Bollettino Notiziario

anno XLIX - N° 6 giugno 2018

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

IN QUESTO NUMERO

- **Osservare concatenare dedurre,** pag. 3, Alessandro Nobili
- **Cistiti ricorrenti,** pag. 4, Debora Marchiori e Pier Paolo Zanello
- **Riabilitazione e non solo,** pag. 8, Alessandro D'Errico

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

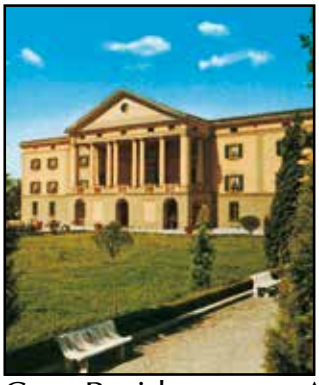
Ospedale Privato Accreditato
Santa Viola

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 MAGGIO 2018 è stato consegnato in posta il giorno 04/05/2018

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

SOMMARIO

ANNO XLIX - GIUGNO 2018 N° 6

ARTICOLI

Osservare concatenare dedurre • **3**

Cistiti ricorrenti nelle donne: impariamo a combatterle • **4**

Riabilitazione e non solo • **8**

Nuova polizza responsabilità professionale medici chirurghi ed odontoiatri • **12**

Convenzione tra Ordine dei Medici e Confcommercio • **15**

Informazione, consenso e vaccinazioni • **16**

I difetti dei vaccini sono accettabili? • **22**

RECENSIONI • **26**

NOTIZIE

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **29**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **29**

CONVEGNI E CONGRESSI • **30**

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • **31**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

FORTUNATO DEPERO, *Nitrito in velocità*, 1932, olio su tela

Sull'onda della rivoluzione tecnologica di inizio Novecento nasce l'avanguardia futurista. In essa si teorizza il credo nel progresso che esalta la velocità. Il dinamismo della macchina e della moto, nell'industria e persino nella guerra, diventano elementi estetici del movimento. La nuova forma d'arte è declinata nella velocità. "Nitrito in velocità" (1932) è un'opera di Fortunato Depero (1892-1960). In essa si esprimono i principi estetici dell'avanguardia futurista, la cui attività spazia dalla pittura alla scenografia alla pubblicità (note le creazioni per Campari). Depero aderisce al movimento, assimilandone le modalità e diventando così Maestro nella composizione dinamica di fome geometriche come "Nitrito in velocità", esposto alla Biennale di Venezia.

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

Osservare concatenare dedurre

Alessandro Nobili

Qualche tempo fa mi capitò di leggere riguardo alla situazione di emergenza in cui si trova la sanità pubblica della Regione Veneto, a causa del sempre maggior numero di medici e chirurghi che "lasciano" l'ospedale per dedicarsi alla professione privata. I motivi sono molteplici, ed in passato se ne è parlato diffusamente su queste pagine, in quanto si tratta di situazioni purtroppo ben note anche nella nostra regione. Responsabilità sempre maggiori, e di tutti i tipi (civili, penali, deontologiche), a fronte di riconoscimenti sia morali che economici esigui; turni di lavoro massacranti; progressiva marginalizzazione rispetto alle scelte ed alle decisioni clinico-strategiche ed aziendali dell'ospedale. I medici sembrano avviati a diventare l'ultima ruota del carro, metafora semplice che però a mio avviso rende l'idea della deriva di un sistema dove financo il malato dovrebbe partecipare alla governance dell'ospedale, al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria. Almeno stando a quanto afferma in proposito sul Corriere della Sera *Guendalina Graffigna, docente di Psicologia all'Università Cattolica di Milano. La professoressa usa il termine* engaged *per definire ciò che il paziente dovrebbe essere: impegnato non solo emotivamente, ma anche in un certo senso contrattualmente nella cura, assumendo un ruolo che da mero oggetto della terapia diventi attivo, cosciente e partecipe. Non vi è alcuno che non percepisca come ciò sarebbe utile e condivisibile, soprattutto allorquando si pensi ai malati cronici ed alla necessità di una loro consapevole e costante aderenza alla lunga o lunghissima cura che li attende. Ma quando si afferma, come nell'articolo in questione, che "l'opinione dei malati è fondamentale per definire le linee guida terapeutiche" più di un dubbio mi assale. Ci mancherebbe solo che le linee guida, peraltro sempre più cruciali nella prospettiva delle future applicazioni della legge 24/2017, fossero il frutto delle opinioni dei pazienti, magari di concerto con quelle degli amministratori degli ospedali... Ci sono poi altri aspetti. A causa del numero chiuso gli accessi alla facoltà di Medicina sono molto inferiori al numero dei medici che andranno in pensione nei prossimi anni. Peraltro i pochi e già numericamente insufficienti nuovi medici si scontreranno con l'ulteriormente limitato accesso alle scuole di specializzazione e di formazione in medicina generale, stanti i pochi posti dispensati col contagocce. Nel volgere di qualche anno saremo un paese con pochi medici e poco qualificati. Tanti lo dicono, e tutti ormai lo sanno. Sempre meno medici, e sempre più marginalizzati, a tutti i livelli. Di pari passo con l'ascesa inarrestabile di altri attori del comparto sanitario. Dico che potrebbe non essere un caso. E se qualcuno mi accuserà di* complottismo, *gli risponderò: osservare, concatenare, dedurre. Lo diceva Sherlock Holmes.*

Cistiti ricorrenti nelle donne: impariamo a combatterle

D. Marchiori* e P.P. Zanello**

Le infezioni ricorrenti del basso tratto urinario (Urinary Tract Infection, UTI) sono molto comuni, specialmente tra le donne. Si parla ormai di un vero e proprio fenomeno epidemiologico! Sappiamo infatti che circa l'11% delle donne di età superiore ai 18 anni presenti almeno un fenomeno di UTI (Foxman B. e Brown P., 2003) all'anno.
La cronicizzazione e la recidività delle infezioni all'apparato urinario è molto invalidante per la donna, ed è spesso anche causa di frustrazione per il medico, la cui competenza terapeutica sembra non essere sufficiente a contrastare il perpetuarsi delle infezioni.
I batteri che sostengono le UTI ricorrenti sono generalmente ceppi batterici anaerobi facoltativi originari dalla flora batterica intestinale: Escherichia coli, Enterococchi e in casi minori da Proteus, Klebsiella, ma anche virus e funghi.
Questi batteri transitando in un ambiente extraintestinale causano infiammazione della mucosa vescicale e vaginale. Sono tante le cause che predispongono le pazienti a queste infezioni come la gravidanza, o l'avanzare dell'età. L'*aging* e la menopausa rendendo la vescica più suscettibile, favorendo gli insulti batterici e di conseguenza la comparsa e la persistenza di episodi di cistiti (Foxman B., 2014). Molto spesso inoltre, la recidiva è secondaria alle multiple residenze dovute a ripetute terapie antibiotiche.
Sono molti i fattori predisponenti responsabili di questa condizione clinica:

– l'uso del diaframma o di assorbenti interni;

– predisposizione genetica;

– il diabete di tipo I e II;

– la stitichezza;

– malformazioni dell'apparato urinario;

– i rapporti sessuali, soprattutto in condizioni ipoestrogeniche e/o in presenza di ipertono del m. elevatore

– i bruschi raffreddamenti;

– affaticamento fisico e mentale che può causare un abbassamento delle difese immunitarie.

Recentemente è stato dimostrato che le infezioni uro-ginecologiche recidivanti possono essere sostenute da biofilm patogeni (Box 1 e 2), spiegando l'elevata cronicizzazione delle infezioni uro-ginecologiche antibiotico resistenti (Graziottin A. et al., 2014).
I biofilm rappresentano comunità strutturate di cellule batteriche spesso di specie diverse, che si compongono per il 15% di cellule e per l'85% di materiale mucopolisaccaridico che compone la matrice. Le cellule sono organizzate in colonie batteriche immerse in una matrice dove assumono la caratteristica forma a torre o a fungo. I biofilm batterici, sia a sviluppo sopramucoso, sia su supporto inerte, hanno un'importante rilevanza nella patogenesi di infezioni croniche e da impianti biomedici, a carattere recidivante.
L'involucro polisaccaridico, secreto dai microrganismi patogeni, garantisce loro una elevata protezione dalla penetrazione degli antibiotici e dalle cellule effettrici della risposta immune. All'interno dello strato più profondo del biofilm batterico, sono presenti talvolta le *persister cells*, cellule batteriche quiescenti a bassa attività metabolica, meccanicamente protette e meno vulnerabili ai farmaci, generatesi per carenza di ossigeno e di nutrienti, ma pronte a ripristinare la carica batterica preesistente, al termine della terapia antibiotica.

La persistenza dei batteri all'interno del biofilm favorisce l'instaurarsi di fenomeni di resistenza genetica agli antibiotici, e fenotipica, poiché causata da un generale rallentamento metabolico che permette lo sviluppo di cellule (*persister cells*) multiresistenti quiescenti, ma sempre pronte a riattivarsi per instaurare una nuova infezione anche in siti distanti dal biofilm di origine (Lewis K., 2010).
Recentemente, questa teoria, che condivide con la pratica clinica quotidiana diverse analogie e riscontri pratici, ha permesso di rivoluzionare almeno in parte l'approccio terapeutico, per ridurre il più possibile l'approccio antibiotico-profilattico al fine di non incrementare inutilmente e in modo esponenziale la cronicizzazione batterica all'interno degli strati più profondi del biofilm.
I biofilm patogeni possono avere due principali localizzazioni: **extracellulare** ed **intracellulare**. I biofilm extracellulari, sono posti sulla superficie delle cellule che rivestono la parete della vagina e sono rivolti verso la cavità.
I biofilm intracellulari, posti all'interno delle cellule uroteliali, più subdoli e di difficile eradicazione, sono spesso caratterizzati da un ceppo di Escherichia coli uro patogeno (Uro Pathogenic E. coli, UPEC), responsabile del 75-85% delle cistiti recidivanti e caratteristico della vescica.
In particolare, i biofilm intracellulari possono causare infiammazione cronica della parete vescicale scaturita dall'attività erosiva e patogena sulle strutture vascolari e le terminazioni nervose. Queste ultime vengono iperattivate in senso algogeno e motorio ("sindrome della vescica dolorosa" e "vescica iperattiva"). L'infiammazione cronica persistente caratterizza tutto il periodo di tempo che intercorre dall'adesione da parte delle cellule batteriche di E. coli all'urotelio vescicale.
La presenza dei biofilm batterici e fungini e delle *persister cells* spiega la difficoltà nel trattamento delle UTI ricorrenti con le consuete terapie antibiotiche. Inoltre, aggregati mono o polimicrobici che si distaccano dal biofilm maturo, fungono da inoculo persistente e promuovono nuovi siti di colonizzazione generando infezioni polimicrobiche spesso antibiotico resistenti, fin dal loro esordio, e tendenti alla cronicizzazione.
Altri meccanismi della patogenesi dei biofilms includono la resistenza al sistema immunitario anche attraverso plasmidi di resistenza derivanti da processi di coniugazione fra le varie cellule. Il fenotipo del biofilm è notevolmente resistente agli agenti antibatterici e le cellule del biofilm sono inoltre notevolmente resistenti agli effetti battericidi di molti agenti. Alla luce del fatto che i biofilm contengono sia cellule sia sostanze polimeriche extracellulari, potrebbero essere efficaci trattamenti che distacchino o penetrino le sostanze polimeriche extracellulari.
In questi ultimi anni la ricerca si è focalizzata sullo studio dei geni espressi durante le prime fasi di formazione dei biofilm allo scopo anche di poter intervenire sull'inibizione della loro espressione impedendo così completamente l'instaurarsi dei biofilm (Donlan and Costerton, 2002). La capacità di diagnosticare le infezioni da biofilm è fondamentale. La farmacogenomica sarà, senza dubbio, lo strumento della terapia antibatterica del futuro (Donlan and Costerton, 2002).
Nelle infezioni uro-ginecologiche recidivanti, al fine di ridurre lo sviluppo di ceppi batterici antibiotico-resistenti o causare elevata disbiosi intestinale e vaginale (Harry L. e Mobley T. 2012), oggi viene documentata in letteratura la terapia con D-mannosio, maggiormente efficace rispetto al cranberry, grazie alla sua elevata affinità di legame con le adesine batteriche, che permette la riduzione dell'affinità tra *E. coli* ed urotelio (Kranjč ec B et al., 2013; Porru D. et al., 2014) e l'utilizzo della N-acetil cistiteina come agente promuovente la dissoluzione del biofilm batterico. Il D-mannosio è un monosaccaride a basso peso molecolare che solitamente si estrae dal legno del larice o della betulla. Le peculiarità del D-mannosio, come lo scarso assorbimento ad opera del nostro organismo, l'ininfluente effetto sulla glicemia e la rapida clearance renale,

rende la molecola sicura anche in individui diabetici, in gravidanza e allattamento. Il meccanismo d'azione alla base della sua attività anti-infettiva è rappresentato dall'inibizione competitiva dell'adesione batterica, in particolare di *E. coli*, alle cellule uroteliali. Questo microrganismo è caratterizzato sulla sua superficie da appendici filamentose, denominate fimbrie, che gli conferiscono la capacità di aderire alle cellule epiteliali e di colonizzare i tessuti. Il D-mannosio presenta elevata affinità per il fattore di virulenza FimH localizzato sull'estremità delle appendici dell'E. Coli che solitamente interagisce con gli oligosaccaridi presenti sulla superficie delle cellule dell'epitelio vescicale e vaginale (Sharon N, 2006) determinando infezione. Poiché il D-mannosio ha una struttura molto simile al sito di legame dei recettori glicoproteici cellulari, esso agisce come inibitore competitivo dell'adesione batterica quando presente in concentrazione sufficiente nelle urine (Michaels E. K. et al., 1983). L'elevata affinità del D-mannosio per le adesine di *E. coli in vivo*, è stata dimostrata anche nei confronti di molti altri batteri dotati di fimbrie come *Pseudomonas aeruginosa in vitro*. Di conseguenza, l'utilizzo del D-mannosio rappresenta sempre di più una strategia vincente sia in interventi di profilassi sia di cura delle infezioni alle vie urinarie, poiché impedisce l'impianto del microrganismo a livello dell'epitelio vescicale e vaginale, prima tappa della formazione di biofilm, o addirittura ne facilita il distacco meccanico (Sharon N., 2006). Infatti, le appendici dell'E. Coli ed in particolare i pili di tipo 1, sono espressi in più del 90% dei ceppi e sono indispensabili sia per l'adesione alle cellule vescicali e vaginali, sia per la formazione di *Intra-Cellular Bacterial Communities* (IBCs), sia per la differenziazione in *persister cells*, cellule a bassa attività metabolica, sensibili agli antibiotici, ma difficilmente raggiungibili dal sistema immunitario e dagli antibiotici stessi poiché racchiuse negli strati più profondi del biofilm batterico (Lewis K., 2010).
Pertanto, potremmo riassumere così le azioni del D-mannosio, quale sostanziale strategia preventiva, terapeutica e di mantenimento, grazie alla sua duplice azione: difensiva o antiadesiva e riparativo/ricostruttiva, specialmente quando applicato localmente in una specifica formulazione ad azione topica.

1. Azione difensiva, perché impedisce l'impianto di E. coli sui recettori delle cellule vescicali e dell'epitelio vaginale o ne facilita il distacco meccanico, grazie alla elevata affinità per le adesine delle fimbrie batteriche.

2. Azione riparativa/ricostruttiva, perché contribuisce alla ristrutturazione dello strato di mucopolisaccaridi (Glicosaminoglicani, GAG) della parete vescicale e della mucosa vaginale danneggiate, garantendo così una maggiore protezione da successivi insulti batterici.

Più recentemente, l'azione del D-mannosio è risultata ottimale, oltre che quando associato a sostanze deacidificanti delle urine, anche in associazione a quella della molecola N-acetilcisteina (NAC), un derivato N-acetilato dell'amminoacido solforato cisteina, solitamente utilizzato in otorinolaringoiatria e come mucolitico nelle affezioni alle alte vie respiratorie. La molecola N-acetilcisteina ha recentemente dimostrato una efficacia ottimale nella eradicazione delle infezioni vaginali, specialmente quando abbinata in formulazioni più complesse, con D-mannosio, lattobacilli, lattoferrina e Morinda citrifolia, oltre che in uroginecologia, sia nella riduzione delle infezioni dopo esami mininvasivi in urodinamica, sia nella riduzione delle cistiti ricorrenti in donne con tumore al seno e sindrome genitourinaria indotta da terapia endocrinologica e chemioterapica (Graziottin A., 2014; Palleschi G., 2017; Marchiori D., 2017). In particolare, l'associazione di D-mannosio, Morinda Citrifolia e NAC ha dimostrato in un trial clinico controllato, una efficacia ottimale nella risoluzione e nella prevenzione delle recidive di tutti i tipi di vaginiti e vaginosi batterica con leucorrea maleodorante (Nava CM et al., 2013). In letteratura l'assunzione del NAC in associazione al D-mannosio è sempre risultato ben tollerato,

e in nessun caso ha determinato effetti collaterali indesiderati.

Riassumendo, la N-acetilcisteina:

- inibisce la produzione di biofilm da parte di agenti patogeni
- ha effetto disgregante sui biofilm patogeni maturi per azione diretta sulla matrice mucopolisaccaridica
- impedisce la coaggregazione microbica, causa della formazione del biofilm
- ha azione antiossidante, antinfiammatoria e immunostimolante

Pertanto la giusta composizione di sostanze capaci di prevenire la formazione del biofilm patogeno di natura polimicrobica, di bloccare la crescita microbica e di distruggere la membrana polimerica del biofilm, rende i patogeni facilmente eliminabili. Inoltre, l'elevata attività antiossidante del NAC, la sua capacità di inibire la formazione di biofilm e di disgregare la membrana polimerica di biofilm batterici e fungini maturi, rende infatti i patogeni nuovamente sensibili ai farmaci e agli effettori della risposta immune, suggerendone un utilizzo razionale anche in associazione alla terapia antibiotica ancora sempre comunemente e facilmente prescritta. Infatti, l'utilizzo di queste sostanze che agiscono sui meccanismi patogeni del batterio potenziano l'efficacia dell'antibiotico, altrimenti attivo solo sui patogeni liberi dal biofilm che costituisco una quota irrilevante rispetto al pool attivo. La maggiore efficacia antibiotica ne riduce l'assunzione e quindi conseguentemente anche il tasso di resistenza.

Dal momento che ad oggi è noto il meccanismo patogenetico delle cistiti batteriche recidivanti nelle donne, diventa indispensabile utilizzare tutte le strategie a nostra disposizione per risolvere questa condizione clinica esasperante e severamente impattante la qualità di vita delle nostre pazienti.

***Debora Marchiori**
Medico Chirurgo Specialista in Urologia
AIDM Bologna

****Dott. Pier Paolo Zanello**
Dipartimento di Microbiologia
e Virologia di Parma

Bibliografia
(in ordine di citazione nel testo)

1. Foxman B, Brown P. Epidemiology of urinary tract infections: transmission and risk factors, incidence, and costs. Infect Dis Clin North Am 2003; 17:227–241.
2. Foxman B. Urinary Tract Infection Syndromes: Occurrence, Recurrence, Bacteriology, Risk Factors, and Disease Burden. Infectious Disease Clinics of North America 2014; 28 (1):1–13
3. Graziottin A, Zanello PP, D'Errico G. Cistiti e vaginiti recidivanti: ruolo dei biofilm e delle persister cells. *Dalla fisiopatologia a nuove strategie terapeutiche.* Minerva Ginecologica, 2014 Oct;66(5):497-512.
4. Lewis K. Persister cells. Annu Rev Microbiol. 2010;64:357-72.
5. Donlan RM. Biofims: microbial life on surfaces. Emerg Infect Dis 2002;8:881-90.
6. Kranjčec B, Papeš D, Altarac S. D-mannose powder for prophylaxis of recurrent urinary tract infections in women: a randomized clinical trial. *World J Urol* 2013; 32(1):79-84.
7. Harry L and Mobley T. Bacterial stress responses as determinants of antimicrobial resistance. J Antimicrob Chemother 2012; 67:2069-20.
8. Porru D, Parmigiani A, Tinelli C, Barletta D, Choussos D, Di Franco C, Bobbi V, Bassi S, Miller O, Gardella B, Nappi RE, Spinillo A and Rovereto B. Oral D-mannose in recurrent urinary tract infections in women: A pilot study. J Clin Urol 2014; 20 (10) 1–6.
9. Sharon N. Carbohydrates as future anti-adhesion drugs for infectious diseases. Biochim Biophys Acta 2006; 1760(4):527-37.
10. Michaels EK, Chmiel JS, Plotkin BJ, Schaeffer AJ. Effect of D-mannose and D-glucose on Escherichia coli bacteriuria in rats. *Urol Res* 1983; 11: 97–102.
11. Palleschi G, Carbone A, Zanello PP, Mele R, Leto A, Fuschi A, Al Salhi Y, Velotti G, Al Rawashdah S, Coppola G, Maurizi A, Maruccia S, Pastore AL. Prospective study to compare antibiosis versus the association of N-acetylcysteine, D-mannose and Morinda citrifolia fruit extract in preventing urinary tract infections in patients submitted to urodynamic investigation. Arch Ital Urol Androl. 2017 Mar 31;89(1):45-50.
12. Marchiori D, Zanello PP. Efficacy of N-acetylcysteine, D-mannose and *Morinda citrifolia* to Treat Recurrent Cystitis in Breast Cancer Survivals. In Vivo. 2017 Sep-Oct;31(5):931-936.
13. Nava CM, Ricciardo G, Valieri M, Specchcer L, Pregliasco F. Trattamento e prevenzione delle recidive delle vaginiti. Medicinae Doctor - Anno XX numero 8 - 15 giugno 2013

Riabilitazione e non solo

Intervista al Dottor ALESSANDRO D'ERRICO, Direttore Sanitario del Poliambulatorio CMR FISIOS di via Ottaviano Mascherino 9 a Bologna

Vuoi raccontarci la storia del Poliambulatorio CMR FISIOS: come nasce e come si sviluppa?
Il Poliambulatorio CMR Fisios nasce nel 2007 alla Bolognina, che è uno dei quartieri più popolari della nostra città. All'inizio la vocazione era quasi esclusivamente di tipo riabilitativo, in particolare legata al mondo della medicina sportiva. Dall'inizio del 2016, ci siamo trasferiti nella nuova sede di via Ottaviano Mascherino: spazi più ampi e, soprattutto, siamo autorizzati per quasi tutte le branche specialistiche ambulatoriali, oltre ad avere un centro prelievi per le analisi e un buon servizio di Medicina del Lavoro. Da quest'anno, inoltre, abbiamo investito in un ambulatorio chirurgico attrezzato per diversi tipi di interventi con apparecchiature all'avanguardia e rispettoso dei più alti standard di sicurezza. Infine, la maggior parte delle nostre prestazioni, comprese le visite specialistiche ed alcuni esami strumentali come le ecografie, vengono svolte anche a domicilio: servizio particolarmente apprezzato sia dall'utenza più anziana, sia nella convalescenza post-operatoria.

Il concetto è dunque quello di una struttura sanitaria se non a 360°, che tuttavia permetta l'erogazione di diverse prestazioni sanitarie, oltre a quelle tradizionali correlate alla fisioterapia?
Esattamente, almeno nel nostro tentativo. Cerchiamo di diventare punto di riferimento per una utenza di prossimità, dai semplici esami di laboratorio alle visite più comuni, ma cerchiamo anche servizi di eccellenza che, in qualche modo, possano rispondere a specifiche domande di cura che oggi nella nostra città divengono sempre più rilevanti.

Insomma, visto il trend per cui l'accesso agli ospedali è sempre più complicato, con attese a volte bibliche e spesso ormai a pagamento, potremmo dire che in futuro ci sarà sempre più ricorso a strutture private dislocate nel territorio, versatili, facilmente accessibili e con alti livelli di qualificazione?
Credo che sia una tendenza ormai incontrovertibile, in particolare per alcune tipologie di prestazioni: le strutture più importanti, sia pubbliche che private, oggi si concentrano sull'erogazione di attività ad elevata complessità. Assistiamo molto di frequente, invece, a lunghe liste di attesa per prestazioni più semplici, appunto "ambulatoriali". Molte di queste, tuttavia, possono sottintendere problemi a volte rilevanti e che hanno influenze sia sulla qualità della vita che sull'autonomia della persona. Inoltre, l'apertura al mercato assicurativo da parte di strutture come la nostra, permette a molte persone di usufruire delle nostre prestazioni in modo molto vantaggioso dal punto di vista economico.

Si parla molto di ossigeno-ozonoterapia. Ci risulta che sia una delle terapie su cui puntate, peraltro anche tramite una tecnica innovativa che prevede una sorta di inoculazione di sangue arricchito di ossigeno.
Abbiamo intrapreso una proficua collaborazione con alcuni specialisti esperti di Ossigeno-Ozonoterapia: in particolare il Dott. Albert Alexander, ed il suo staff dell'EU.N.I. (European Neurological Institute, Spine Center – www.euni.com), noto a livello internazionale per le lisi discali tramite ossigeno-ozono. Inoltre, collabora con noi anche la Dott.ssa Patrizia Pelotti, da poco uscita dal Rizzoli, esperta nei trattamenti delle artriti periarticolari. Infine, come dicevi, pratichiamo presso il Poliambulatorio la G.A.E.T. (Grande Auto Emo Trasfusione), che prevede l'arricchimento tramite ossigeno-ozono di sangue prelevato direttamente dal paziente e poi rimesso in circolo. Da anni sono noti i benefici della terapia ossigeno-ozono, in particolare per tutte le forme di dolore cronico e persistente. L'utilizzo di ossigeno-ozono in ambito medico ha numerosi risvolti positivi, in particolare per quanto riguarda la scarsa aggressività ed invasività del trattamento: pensiamo ad esempio alle lisi discali ove, ad oggi il trattamento d'elezione è ancora prettamente

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

chirurgico, laddove però è difficile poter assicurare risultati positivi a fronte di una tecnica indubbiamente caratterizzata da diversi rischi.

Sappiamo che puntate sulla chirurgia oculistica, di cui vi è sempre maggiore richiesta e che le strutture pubbliche non riescono a soddisfare...
Come noto, alcune patologie oculistiche, come la cataratta, sono diventate un "problema sociale". La patologia colpisce prevalentemente gli adulti e gli anziani. A Bologna, in alcuni casi, si raggiungono liste di attesa di oltre un anno. Ci siamo attrezzati con un ambulatorio chirurgico dotato delle strumentazioni oggi più performanti e, soprattutto, di uno staff medico di eccellenza proveniente dal Sant'Orsola e dal mondo libero-professionale bolognese e non solo. L'idea è quella di diventare uno dei punti di riferimento per la terapia chirurgica delle principali problematiche visive in un ambito dove, come rilevi, molto spesso le attese sono notevoli. Inoltre, sia attraverso le convenzioni assicurative in essere, sia attraverso una politica di contenimento dei costi, cerchiamo di fornire prestazioni e materiali di alto livello, a costi assolutamente accessibili.

La fisioterapia e la riabilitazione restano comunque alla base del vostro DNA: come siete organizzati al riguardo, e quali ritenete essere gli approcci terapeutici innovativi in questo campo?
Oggi le strumentazioni che abbiamo disponibili sono tutte di ultima generazione. La terapia fisica ha fatto importanti passi in avanti negli ultimi anni e per un Poliambulatorio come il nostro è importante aggiornarsi ed investire costantemente. Tecar, laser, ultrasuoni, onde d'urto, magnetoterapia, elettrostimolazione... Le macchine sono sempre più performanti e permettono di accorciare i tempi di convalescenza in molti casi. La differenza, a cui teniamo particolarmente, è nel modello organizzativo: un paziente, un fisioterapista. Rapporto costante di uno ad uno: abbiamo strumentazioni operatore-dipendente che impongono la presenza del fisioterapista. Solitamente e tendenzialmente, chi effettua sedute di terapia fisico-riabilitativa presso il nostro Poliambulatorio, che in alcuni casi si possono protrarre anche per alcuni mesi, viene seguito sempre dallo stesso fisioterapista. Questo ci permette di seguire ogni singolo caso in modo esclusivo, garantendo al paziente un follow-up scrupoloso rispetto alle variazioni che possono emergere nel percorso di cura.

Riabilitazione: tra gli specialisti che lavorano in CMR Fisios ci sono gli ortopedici, il che appare a prima vista tanto naturale quanto utile. Ma ci sono anche neurologi ...
Sì, non solo: la riabilitazione non può più essere intesa come la prestazione di un singolo. Oggi, in particolare in alcuni casi, è sempre più un lavoro in équipe all'interno del quale, ortopedico, neurologo, fisiatra e fisioterapista si integrano nel disegnare un percorso di diagnosi e di terapia il più efficace possibile. In alcuni casi, poi, il percorso si arricchisce di altre figure, come ad esempio lo psicologo, soprattutto nei casi parti-

AMBULATORIO SPECIALISTICO CAIROLI
a.spe.ca srl
Direttore Sanitario Dr. Onofrio Donzelli

I nostri specialisti:
- ***Dr. Martucci Ermanno:*** specialista in ortopedia e traumatologia.
- ***Dr. Donzelli Onofrio:*** specialista in ortopedia e traumatologia.
- ***Dott.ssa Giannini Conti Gabriella:*** dietologa.
- ***Dr. Bakaloudis Georgios:*** specialista in ortopedia e traumatologia.
- ***Dr. Landi Antonio:*** specialista in ortopedia e traumatologia, chirurgia plastica e della mano.
- ***Dott.ssa Francesconi Dunia:*** specialista in ortopedia e traumatologia.
- ***Dr. Sama Domenico:*** specialista in ortopedia e traumatologia.

CONTATTI:
Personale segreteria: Caterina R.
sede: via Cairoli, 7 - Bologna
Tel 051.4210205 - Fax 051.4214358

colarmente gravi in cui emerge la necessità anche di un supporto utile al riequilibrio dello stato emotivo e psicologico turbato dalla malattia.

Il rapporto con il paziente, in un mondo che tende sempre più a diventare virtuale e spersonalizzato, dovrebbe essere al centro degli obiettivi di una moderna struttura sanitaria. Cosa ne pensi?
Penso che le persone abbiano sempre più bisogno di luoghi di cura. Il rapporto paziente medico è profondamente mutato negli ultimi anni: si è passati dalla domanda di essere curati alla pretesa di essere guariti. Questo cambiamento va ricercato intimamente all'interno dei profondi mutamenti culturali che caratterizzano la nostra società. Oggi c'è una valutazione spesso fuorviante di cosa voglia dire benessere e salute. In parte la responsabilità di questo va ricercata anche nelle modalità con cui il medico si comunica e comunica la propria professione: siamo uomini anche noi! Ritengo, nel nostro piccolo, sia utile provare a riconquistare il rapporto con il paziente, cercando di comprenderne appieno quali siano le vere necessità, che mai si esauriscono esclusivamente nella risoluzione di un problema tecnico. Quando entra qualcuno nel nostro Poliambulatorio, spesso rimane colpito dalla gradevolezza del posto o dalla disponibilità nell'accoglienza. Questo mi rende particolarmente contento: solitamente quando stiamo male abbiamo un pensiero: "speriamo che passi velocemente...". Questo credo sia lo sforzo di tutti coloro che si impegnano in ambito medico-sanitario. Ma la condizione di malattia o di privazione del benessere spesso si accompagna con il sentimento di vivere un momento della vita inteso come "di serie B". L'accogliere le persone in un posto "bello" è uno di quegli aspetti che ci permette di dire che anche la malattia, come fatto momentaneo o come condizione di vita, è un momento "di serie A", innanzitutto perché è un momento della vita di ogni persona e, in quanto tale, lavoriamo per trattarlo.

ATTENZIONE!
QUESTO È L'ULTIMO BOLLETTINO CHE VERRÀ SPEDITO A TUTTI GLI ISCRITTI

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

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 dei LLOYD'S di Londra, 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*
ATTIVITA' 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
RETROATTIVITA'	**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**

Convenzione tra Ordine dei Medici e Confcommercio

Convenzione tra Confcommercio Imprese per l'Italia Bologna, con sede legale in Bologna, Strada Maggiore 23, Codice fiscale n. 80038850378, nella persona di Giancarlo Tonelli, in qualità di Direttore, dotato dei necessari poteri e domiciliato per la carica presso la sede legale (di seguito anche solo l'Associazione), e Cedascom Spa, con sede legale in Bologna, Strada Maggiore 23, codice fiscale n. 01066140375, nella persona di Stefano Giorgi, in qualità di Direttore, dotato dei necessari poteri e domiciliato per la carica presso la sede legale, e Ordine provinciale dei Medici, dei Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna, con sede legale in Bologna, Via Zaccherini Alvisi 4, nella persona di Giancarlo Pizza, in qualità di Presidente, dotato dei necessari poteri e domiciliato per la carica presso la sede legale, di seguito anche congiuntamente le "PARTI" e/o disgiuntamente la "PARTE".

(...)

4) I SERVIZI OFFERTI DALL'ASSOCIAZIONE TRAMITE CEDASCOM Spa:
4.1 Cedascom Spa eroga servizi per i propri associati, con l'obiettivo di assisterli nell'adempimento degli obblighi professionali previsti dalla legge. I Servizi offerti si possono raggruppare in tre grandi macro categorie: contabilità; paghe; ambiente. Ogni servizio viene personalizzato in base alle esigenze e necessità di ciascun associato. Di seguito si elencano in modo esemplificativo ma non esaustivo i servizi e si rimanda alla Brochure della campagna associativa.

a) **Il Servizio Contabilità** consiste: nella tenuta della contabilità ordinaria, semplificata e dei regimi agevolati; ed offre consulenza fiscale per: la gestione, le previsioni di chiusura dei bilancio per l'esercizio in corso, la redazione di tutti i dichiarativi. La consulenza contabile e fiscale può effettuare Budget previsionali e forecast contabili, prevedendo costi e ricavi per l'esercizio in corso e gli obiettivi futuri da raggiungere.

b) Il Servizio Paghe consiste: nella consulenza del lavoro (contrattualistica e normativa sul lavoro); elaborazione buste paga dipendenti; reportistica in merito all'amministrazione del personale (costo del personale mensile e report annuali).

c) Il Servizio Ambiente si concentra: sulla sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs 81/2008). Il servizio consiste nella redazione di un documento di valutazione dei rischi, con sopralluogo da parte del tecnico (Visione dei locali e della documentazione). In aggiunta ci si potrà avvalere di un'Assistenza dedicata personalizzata, che garantisce visite periodiche e affiancamento in caso di contestazioni con gli organi di vigilanza.

d) Il Servizio Ambiente offre l'adeguamento al "GDPR" privacy: servizio di adeguamento al regolamento europeo sulla privacy e conseguente Trattamento dei dati.

5) CONDIZIONI ECONOMICHE:
5.1 A tutti i Medici, Chirurghi, e Odontoiatri iscritti all'Ordine dei Medici di Bologna sono riservate condizioni economiche agevolate, che verranno concordate di volta in volta, per iscritto, con l'interessato, in base al servizio richiesto.

6) COME USUFRUIRE DELLA CONVENZIONE:
6.1 Per usufruire delle condizioni indicate all'art. 5: i Medici, i chirurghi, e gli odontoiatri, iscritti all'Ordine dei Medici di Bologna, interessati, dovranno iscriversi all'associazione Confcommercio Ascom Bologna.

(...)

Per informazione rivolgersi a Confcommercio Ascom Bologna - Tel. 051/6487411 - email: ascombo@ascom.bo.it

Informazione, consenso e vaccinazioni

Cimino Luca, Vasapollo Domenico

Come è noto le finalità del d.l. n. 73 del 2017, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017 n. 119[1], riguardano la «straordinaria necessità ed urgenza di emanare disposizioni per garantire in maniera omogenea sul territorio nazionale le attività dirette alla prevenzione, al contenimento e alla riduzione dei rischi per la salute pubblica e di assicurare il costante mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza epidemiologica in termini di profilassi e di copertura vaccinale»; nonché la necessità di «garantire il rispetto degli obblighi assunti e delle strategie concordate a livello europeo e internazionale e degli obiettivi comuni fissati nell'area geografica europea». Su queste premesse, l'art. 1, comma 1, prevede, per i minori fino a sedici anni di età, dodici vaccinazioni obbligatorie e gratuite.

Di queste, otto (anti-pertosse, Haemophilus influenzae di tipo B, meningococcica di tipo B e C, morbillo, rosolia, parotite e varicella) non erano previste dalla normativa previgente (legge 6 giugno 1939, n. 891, recante «Obbligatorietà della vaccinazione antidifterica»; legge 5 marzo 1963, n. 292, recante «Vaccinazione antitetanica obbligatoria»; legge 4 febbraio 1966, n. 51, recante «Obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica»; legge 27 maggio 1991, n. 165, recante «Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B»).

L'obbligo è escluso in caso di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale, nonché di pericolo per la salute in relazione a specifiche condizioni cliniche, da documentare nei modi stabiliti, rispettivamente, dallo stesso art. 1 del d.l. n. 73 del 2017, ai commi 2 e 3. I commi 4 e 5 dell'art. 1 e i successivi artt. 3, 4 e 5 istituiscono un sistema di controlli e sanzioni volto a garantire il rispetto dell'obbligo vaccinale, anche in relazione all'accesso dei minori alle istituzioni scolastiche ed educative. In caso di inosservanza dell'obbligo, è comminata (art. 1, comma 4) a carico dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale e dei tutori la sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 7.500 euro, salvo che gli stessi provvedano, a seguito di contestazione della competente azienda sanitaria locale (ASL), nel termine ivi indicato, a fare somministrare al minore il vaccino o la prima dose del ciclo vaccinale (e, in questo caso, purché il ciclo sia completato nei tempi stabiliti in relazione all'età del minore). Alla scadenza del termine, l'ASL è tenuta a segnalare l'inadempimento alla procura della Repubblica presso il tribunale per i minorenni, per gli eventuali adempimenti di competenza (art. 1, comma 5).

Fra le varie problematiche sottese a questa novella particolare rilievo, come evidenziato peraltro dalla recente sentenza (5/2018) della Corte Costituzionale, assume il rapporto esistente fra libertà di autodeterminazione individuale nelle scelte inerenti alle cure sanitarie e la tutela della salute individuale e collettiva

[1] In merito preme ricordare come rispetto al decreto originario, la conversione in legge ha apportato alcune modifiche. Infatti, ad esempio, il dl 73/2017 prevedeva, qualora le vaccinazioni non venissero effettuate nelle tempistiche limite indicate, sanzioni fino a 7500 euro; era anche prevista, per chi avesse violato l'obbligo di vaccinazione, la segnalazione da parte della Asl al Tribunale dei minorenni per la sospensione della "potestà genitoriale". Questo punto del decreto, in particolare, è stato certamente uno di quelli più contrastati e che ha generato comprensibile paura e diffidenza nei confronti dell'intero provvedimento, tanto che il Ministero della salute aveva precisato sul proprio sito ufficiale che "non è prevista alcuna sospensione automatica della patria potestà da parte dei Tribunali dei minori in caso di rifiuto di vaccinazione". In ogni caso nel testo definitivo tale sanzione non è stata recepita, stabilendo il c. 4 dell'art. 1 che "in caso di mancata effettuazione delle vaccinazioni di cui ai commi 1 e 1-bis, ai genitori esercenti la responsabilità genitoriale, ai tutori o ai soggetti affidatari ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, è comminata la sanzione amministrativa pecuniaria da euro cento a euro cinquecento".

(tutelate dall'art. 32 Cost.)[2], ovvero, nello specifico, il ruolo assunto dall'interesse del minore, da perseguirsi anzitutto nell'esercizio del diritto-dovere dei genitori di adottare le condotte idonee a proteggere la salute dei figli (artt. 30 e 31 Cost.), garantendo però che tale libertà non determini scelte potenzialmente pregiudizievoli per la salute del minore (sul punto, ad esempio, ordinanza n. 262 del 2004): in poche parole il diritto di scegliere se, quando e come curarsi e, quindi, anche il diritto di non curarsi e, per quanto qui interessa, di rifiutare la vaccinazione. La Corte, in merito, sottolinea come la difesa statale non nega questa libertà, ma osserva che anch'essa, come tutte le altre, incontra il limite dell'altrui diritto: nel caso, dell'altrui diritto alla salute, nella dimensione individuale e sociale. Questo limite, quando viene in rilievo, normalmente richiede un equo e ragionevole contemperamento tra i diritti contrapposti; ma può anche, «in caso di accertata incompatibilità e con le dovute garanzie, comportare la compressione o, comunque, la limitazione del diritto individuale», come stabilito dallo stesso art. 32 Cost. nel suo secondo comma.

Di questi principi ha fatto più volte applicazione la Corte costituzionale (è richiamata in particolare la sentenza n. 258 del 1994, insieme ai precedenti ivi citati e alla successiva sentenza n. 107 del 2012), ritenendo l'obbligo vaccinale costituzionalmente legittimo, perché esso tutela la salute sia individuale sia collettiva e perché il sacrificio dell'autodeterminazione di ciascuno si giustifica proprio e solo in presenza di rischi per gli altri. Il contemperamento di questi molteplici principi lascia spazio alla discrezionalità del legislatore nella scelta delle modalità attraverso le quali assicurare una prevenzione efficace dalle malattie infettive, potendo egli selezionare talora la tecnica della raccomandazione, talaltra quella dell'obbligo, nonché, nel secondo caso, calibrare variamente le misure, anche sanzionatorie, volte a garantire l'effettività dell'obbligo. Questa discrezionalità deve essere esercitata alla luce delle diverse condizioni sanitarie ed epidemiologiche, accertate dalle autorità preposte (sentenza n. 268 del 2017), e delle acquisizioni, sempre in evoluzione, della ricerca medica, che debbono guidare il legislatore nell'esercizio delle sue scelte in materia (così, la giurisprudenza costante di questa Corte sin dalla fondamentale sentenza n. 282 del 2002).

In particolare, la Corte ha precisato che la legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con l'art. 32 Cost. se il trattamento è diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri; se si prevede che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che è obbligato, salvo che per quelle sole conseguenze che appaiano normali e, pertanto, tollerabili; e se, nell'ipotesi di danno ulteriore, sia prevista comunque la corresponsione di una equa indennità in favore del danneggiato, e ciò a prescindere dalla parallela tutela risarcitoria (sentenze n. 258 del 1994 e n. 307 del 1990). In conclusione secondo la Corte Costituzionale la scelta del legislatore statale non può essere censurata sul piano della ragionevolezza per aver indebitamente e sproporzionatamente sacrificato la libera autodeterminazione individuale in vista della tutela degli altri beni costituzionali coinvolti.

Nel nuovo assetto normativo, basato, come si è detto sull'obbligatorietà (giuridica), il legislatore in sede di conversione ha ritenuto di dover preservare un adeguato spazio per un rapporto con i cittadini basato sull'informazione, sul confronto e sulla persuasione: in caso di mancata osservanza dell'obbligo vaccinale, l'art. 1 comma 4 del decreto-legge n. 73 del 2017, come convertito, prevede un procedimento volto in primo luogo a fornire ai genitori (o agli esercenti la potestà genitoriale) ulteriori informazioni sulle vaccinazioni e a sollecitarne l'effettuazione. A tale scopo, il legislatore ha inserito un apposito colloquio tra le autorità sanitarie e i genitori, istituendo un momento di incontro personale, strumento particolarmente favorevole alla comprensione reciproca, alla persuasione e all'adesione

[2] L'art. 32 Cost. postula il necessario contemperamento del diritto alla salute del singolo (anche nel suo contenuto di libertà di cura) con il coesistente e reciproco diritto degli altri e con l'interesse della collettività (sentenza n. 268 del 2017), nonché, nel caso di vaccinazioni obbligatorie, con l'interesse del bambino, che esige tutela anche nei confronti dei genitori che non adempiono ai loro compiti di cura (*ex multis*, sentenza n. 258 del 1994).

consapevole; solo al termine di tale procedimento, e previa concessione di un adeguato termine, potranno essere inflitte le sanzioni amministrative previste, peraltro assai mitigate in seguito agli emendamenti introdotti in sede di conversione.
Detto ciò, rimane tuttavia aperto il problema del consenso al trattamento vaccinale.
Non essendo possibile, nell'economia di queste pagine, entrare nel merito del dibattito sull'informazione e costruzione della consapevolezza genitoriale e sociale dell'utilità pubblica dei vaccini nell'era della globalizzazione, ricordando, in merito, che non sempre i movimenti NoVax sono radicati sulla base di informazioni di carattere scientifico autorevole, o non sempre i diversi motivi ideologici sottostanti sono bilanciati con le autorevoli informazioni medico-scientifiche, al fine di cercare un equilibrio tra i vari interessi e tutelare al meglio il diritto fondamentale della salute, riteniamo comunque utile fare queste nostre brevi osservazioni a riguardo. Ricordiamo, infatti, come il consenso informato rappresenta il fondamento della liceità dell'attività sanitaria, il cui fine è quello di promuovere l'autonomia dell'individuo nell'ambito delle decisioni mediche, assumendo il significato d'adesione consapevole all'atto medico proposto. Tale definizione enfatizza il rispetto dell'autonomia decisionale del paziente e il diritto di ciascuno d'autodeterminarsi, in conformità a quanto stabilito all'art. 32 della Costituzione italiana che sancisce che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, in sintonia a sua volta con il principio fondamentale dell'inviolabilità della libertà personale (art. 13 Cost.). Gli stessi principi dell'art. 32 della Costituzione sono anche ribaditi nella Legge 180/1978 all'art. 1, comma 1 e 5, confluiti poi nella Legge 833/1978 all'art. 33, comma 1 e 5.
L'acquisizione di un valido consenso prima di intraprendere qualunque trattamento sanitario costituisce un obbligo indiscusso, poiché su questo si basa la liceità dell'atto medico nel rispetto dei dettami costituzionali, del Codice di deontologia medica e delle norme contenute nel Codice penale e nel Codice civile. In tale senso le sentenze giudiziarie della Suprema

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

Corte di Cassazione e le disposizioni internazionali in campo sanitario (Convenzione di Oviedo, Carta dei Diritti del Malato, ecc.) sono concordi, pertanto la corretta informazione è presupposto imprescindibile perché l'adesione alla vaccinazione sia ragionata e consapevole. Affinché l'interessato e/o i genitori/tutori (in caso di minori e di incapaci) possano esprimere il loro valido consenso, è quindi necessario che nel corso del colloquio prevaccinale e con l'ausilio di materiale informativo scritto e precedentemente fornito siano loro offerte informazioni chiare e corrette in relazione a: benefici attesi dalla vaccinazione; possibili complicanze della malattia che si intende prevenire con la vaccinazione; eventuali rischi legati alla vaccinazione; tipologie di vaccini disponibili e loro caratteristiche; consapevolezza delle resistenze alle vaccinazioni. Quindi, atto preliminare deve essere il processo informativo, modalità di comunicazione bidirezionale che accompagna e sostiene il percorso di cura.
L'art. 35 del CDM 2014 prevede che l'acquisizione del consenso o del dissenso sia un atto di "*specifica ed esclusiva competenza del medico non delegabile*", precisando che il medico non inizia né prosegue "*in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici*" senza avere acquisito il consenso informato o in presenza di dissenso informato. Il colloquio e il consenso o l'eventuale dissenso devono essere registrati in cartella vaccinale cartacea o informatizzata cui va allegata la modulistica sottoscritta dalla persona assistita. Il rifiuto da parte dell'avente diritto – persona assistita/genitore/rappresentante legale – trova fondamento nell'ordinamento italiano nel diritto alla salute/volontarietà delle cure (art. 32 Cost. - art. 33 L. 838/78), nel diritto alla libertà personale (art. 13 e 2 Cost) e all'autodeterminazione (sancito dall'art. 35 CDM 2014): "*Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato*". La dichiarazione di rifiuto dovrà inoltre contenere espressa dichiarazione da parte dell'interessato e/o i genitori/tutori (in caso di minori e di incapaci) di aver compreso le informazioni ricevute riguardo alla vaccinazione proposta e rifiutata. Il punto focale della questione vaccinazioni, ovvero il tema dell'ade-

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

sione o del rifiuto consapevole alle stesse, non può, pertanto, essere ridotto ad una costruzione formale di moduli, dalla variegata denominazione e contenuto, che negano qualsiasi rilievo al processo di acquisizione di informazione da parte della persona e di formazione di un giudizio proprio che, invece, rappresenta il presupposto fondamentale ed imprescindibile di ogni consenso che possa dirsi informato. Infatti la costruzione formale di questi moduli sembra essere stata concepita, allo stato dei fatti, senza tener conto di quanto già sottolineato in merito al disposto della legge n. 833 del 1978 istitutiva del servizio sanitario nazionale, il cui articolo 33, recante le norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori, recita che "gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi – ed il primo comma contempla 'quelli espressamente previsti da leggi dello Stato'- devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato". In questo senso, pertanto nessun modello informativo di per se può avere valenza di consenso informato ovvero di scelta consapevole, rendendosi necessaria, invece, la promozione di qualsivoglia iniziativa volta ad assicurare la partecipazione della persona. Ricordiamo, in merito, che la comunicazione in Sanità pubblica rappresenta, in generale, lo strumento fondamentale ed imprescindibile per una partecipazione responsabile e condivisa al processo di cura da parte del cittadino e questo tipo di approccio appare in linea, sul piano squisitamente etico, con quanto previsto all'art. 5 della convenzione di Oviedo del 4/4/1997(ratificata con L. 145/2001): "Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso".

Proprio all'interno di questa tematica sembra muoversi il motivo principale dei contrasti al decreto-legge[3] che, infatti, appare fondamentalmente identificabile con il carattere coercitivo che sembra urtare contro la sensibilità pubblica ormai da tempo orientata a considerare i vaccini come raccomandati, lasciando loro il compito e la responsabilità della scelta finale. Riguardo al tema in discussione la pratica del dissenso informato e motivato appare, in realtà, del tutto legittima, poiché la profilassi vaccinale non rappresenta, anche nella vigenza del decreto Lorenzin, un trattamento sanitario obbligatorio (cfr. Corte Costituzionale, Sentenza 132 del 1992), che prevede il ricorso alla forza pubblica per la sua esecuzione coattiva, bensì una misura di prevenzione delle malattie che trova ragione nella indubbia utilità ed efficacia del presidio vaccinale, la cui somministrazione, tuttavia, rappresentando un presidio terapeutico, non può essere difforme dalla volontà dei genitori di voler vaccinare o meno il proprio figlio. Una eventuale richiesta di esonero, infatti,

[3] A proposito si ricorda come nel luglio 2017 scorso, la Regione Veneto depositava ricorso alla Corte costituzionale, denunciando l'incostituzionalità del decreto legge in più punti, tra i quali, appunto, anche in quello relativo alle modalità di attuazioni coercitive prescritte. In particolare le obbiezioni fatte al decreto legge n. 73 del 2017 riguardavano sia la sua interezza, sia gli art. 1 (c. 1-5), 3-5 e 7. Più nel dettaglio, l'art. 1 (rubricato "vaccinazioni obbligatorie"), c. 1-5, e gli art. 3-5 e 7, per violazione dell'art. 77, c. II, della Costituzione (per la Regione ricorrente le disposizioni impugnate devono essere dichiarate incostituzionali in primo luogo per insussistenza dei presupposti di cui all'art. 77, c. II, della Costituzione, che ammette la decretazione d'urgenza all'esclusivo fine di fronteggiare casi straordinari di necessità ed urgenza), in combinato disposto con gli art. 117, c. 3 e 4, e 118 della Costituzione; sempre l'art. 1 (c. 1- 5), e gli art. 3-5, del d.l. in questione, per violazione degli articoli 2, 3, 31, 32 (il ricorso evidenzia che, al c. I, riconosce la salute come "fondamentale diritto dell'individuo", tutela una delle massime espressioni della libertà, quella di non essere sottoposti a cure o terapie che non siano liberamente scelte o accettate: "solo uno stato di necessità per la salute pubblica può, infatti, consentire al legislatore l'imposizione di un trattamento sanitario"), 34 e 97 della Costituzione, in combinato disposto con gli art. 117, c. 3 e 4, e 118 della Costituzione e, infine, l'art. 1 (c. 1, 4 e 5) e degli art. 3- 5 e 7, per violazione degli art. 81, c. 3, e 119, c. 1 e 4, della Costituzione. Il Consiglio di stato ha già offerto un parere in risposta ad uno dei quesiti del presidente della Regione Veneto sull'interpretazione della normativa vigente in materia di obbligo vaccinale (decreto legge n. 73/2017), chiarendo che, già a decorrere dall'anno scolastico in corso, trova applicazione la regola secondo cui, per accedere ai servizi educativi per l'infanzia e alle scuole dell'infanzia, occorre presentare la documentazione che provi l'avvenuta vaccinazione.

alla luce dell'attuale ordinamento normativo e giuridico, risulta prevista dalla legge e non comporta, allo stato attuale, l'effettuazione di un trattamento sanitario obbligatorio e coercitivo. Riteniamo utile ricordare in merito che, l'espressione "trattamento sanitario obbligatorio" viene spesso erroneamente identificata esclusivamente con il procedimento previsto per la malattia mentale, mentre deve essere più ampiamente riferita a una serie di situazioni più articolate, la più frequente delle quali è rappresentata dalle vaccinazioni obbligatorie. Pur essendo i trattamenti sanitari assolutamente volontari, la norma prevede la possibilità di trattamenti sanitari obbligatori, che possono essere classificati come coercitivi o non coercitivi, quest'ultimi "meramente obbligatori"; mentre i primi possono essere imposti con la forza, i secondi no. Sebbene alcune vaccinazioni indicate dalla norma sono da considerarsi obbligatorie per tutti i nuovi nati, esse, pur costituendo dei veri e propri trattamenti sanitari obbligatori, non possono essere ritenuti "coercibili", cioè non possono essere imposti, allo stato attuale, con l'utilizzo della forza da parte dell'autorità sanitaria. Infatti va chiarito che le vaccinazioni, seppur obbligatorie, non possono essere considerate, in caso di rifiuto alla loro effettuazione, alla stregua di un trattamento sanitario obbligatorio che sia anche coercitivo, in quanto tale trattamento è un atto di tipo medico e giuridico, che consente l'imposizione di determinati accertamenti e terapie, come nel caso di un soggetto affetto da malattia mentale che richiede trattamenti sanitari urgenti in assenza di accettazione delle cure. Le vaccinazioni, invece, sono trattamenti sanitari che intendono prevenire l'insorgenza di malattie infettive nel soggetto sottoposto e, pertanto, non sono da ritenersi, a seguito di interventi legislativi e giurisprudenziali, in nessun caso coercitive. Come abbiamo già accennato il problema principale sorge proprio in merito al bilanciamento degli interessi costituzionalmente garantiti, cioè fino a che punto può essere sacrificato il diritto dell'individuo per l'interesse della collettività.

A ben vedere si potrebbe ritenere interesse della collettività una vaccinazione obbligatoria durante un'epidemia conclamata e accertata, ma in caso di vaccinazioni pediatriche "ordinarie", il diritto a non ricevere un trattamento c.d. preventivo dovrebbe assolutamente essere considerato preminente rispetto ad un generico e mero interesse della collettività in quanto, pur rappresentando la vaccinazione un interesse anche per la collettività il dovere di solidarietà, come sottolineato dalla Corte Costituzionale, "non può essere spinto a sino a postulare il sacrificio della salute di ciascuno per la tutela della salute degli altri". Tuttavia la stessa giurisprudenza, se da una parte ha riconosciuto il dovere del genitore di tutelare la salute del minore quale causa giustificatrice dell'inottemperanza all'obbligo vaccinale, dall'altra ha chiarito a più riprese come il rifiuto alle vaccinazioni può considerarsi lecito e legittimo unicamente laddove da "fatti concreti" sia desumibile un pericolo reale per il minore (Corte cost., n. 262/2004). In particolare la giurisprudenza di legittimità ha precisato come la concretezza del pericolo vada accertata caso per caso, e che la circostanza secondo cui nella famiglia d'origine si sia già verificata un'ipotesi di danno da vaccinazione non costituisce elemento idoneo a giustificare l'inottemperanza all'obbligo vaccinale (Cass. civ., n. 5877/2004).

A riguardo è, infine, importante ricordare che l'obiezione vaccinale potrebbe esporre i genitori alle sanzioni previste dalla legge, ma che comunque l'autorità sanitaria non potrà, allo stato vigente, imporre in modo coattivo la vaccinazione, che, nel caso specifico, potrebbe eventualmente essere imposta solamente a seguito dell'accertamento di una condotta genitoriale irresponsabile, ovvero di "cattiva genitorialità", che rappresenta la indefettibile giustificazione del provvedimento di affievolimento della potestà genitoriale con cui è possibile procedere alla vaccinazione del figlio, pur permanendo la contraria volontà dei genitori o di uno di questi, strada questa, tuttavia, come abbiamo già accennato, di non agevole percorso. Risulta pertanto evidente come, allo stato attuale, in assenza di una specifica presa di posizione normativa, non è possibile attuare un intervento sanitario coatto nel caso di dissenso alle vaccinazioni obbligatorie.

I difetti dei vaccini sono accettabili?

Giuseppe Barbanti-Brodano*

Nell'ambito delle aspre polemiche che sono emerse di recente, non è stato troppo difficile difendere e lodare i vaccini, per le grandi qualità e gli indiscutibili meriti che essi hanno.
Chi critica e scredita i vaccini si basa essenzialmente sulla mancanza di conoscenze, su episodiche ed aneddotiche esperienze personali o addirittura su atteggiamenti francamente superstiziosi e scaramantici. Un esempio ormai ben noto è la notizia che ha incriminato i vaccini di essere causa dell'autismo.
Essa era fondata su risultati scientifici erronei, tanto che la prestigiosa rivista scientifica inglese che li aveva pubblicati è stata costretta a ritirare l'articolo che li conteneva e l'autore del testo è stato espulso dall'ordine dei medici.
Paul Ehrlich, grande microbiologo del passato, inventore dei primi farmaci arsenicali per la cura della sifilide e precursore delle teorie sulla sintesi degli anticorpi, fantasticava di ottenere, a scopo terapeutico, un "proiettile magico" che colpisse il bersaglio senza provocare alcun danno.
Purtroppo questo strumento, in biologia e in medicina, non esiste. Infatti, in linea con tutti i farmaci ed i presidi medici, i vaccini hanno indubbiamente dei difetti. Perciò, invece di abbandonarsi a denigrazioni emotive e viscerali dei vaccini, è opportuno esaminare obiettivamente alcuni dei loro difetti ed alcuni errori delle pratiche vaccinali, considerando contemporaneamente anche i provvedimenti che la scienza medica ha messo in atto, spesso con successo, per tentare di eliminarli.
Una trattazione esauriente di questi argomenti appare piuttosto complessa ed estesa.
Ci limiteremo perciò ad alcuni esempi, tenendo presente che menzionare i difetti dei vaccini non significa mettere in discussione la loro indiscutibile efficacia protettiva, solidamente acquisita da più di due secoli di esperienza.
Negli anni successivi al 1955 l'introduzione del vaccino antipoliomielitico a virus inattivato, preparato da Jonas Salk, aveva già radicalmente ridotto l'incidenza della poliomielite.
L'uso, a partire dal 1961, del vaccino di Sabin a virus vivo ed attenuato, più immunogeno del vaccino a virus inattivato, nel corso di pochi anni aveva determinato essenzialmente la scomparsa della poliomielite nelle popolazioni vaccinate.
In Italia si era passati da 40.000-70.000 casi annuali di poliomielite, riscontrabili nelle fasi epidemiche della malattia, a una dozzina di casi all'anno, corrispondenti a un caso ogni tre milioni di dosi di vaccino inoculato. Il virus isolato da questi pazienti fu identificato come uno dei tre tipi del virus vaccinale.
Quindi risultò evidente che i pochi casi residui di poliomielite erano causati non dal "virus selvatico", responsabile delle epidemie, ma dallo stesso virus che costituiva il vaccino. Vennero perciò definiti "casi di poliomielite da vaccino". Le forme più gravi si manifestavano in bambini affetti da immunodeficienze congenite o acquisite. Trattandosi di un vaccino a virus vivo ed infettante, l'incidente era plausibile. Si scoprì così che uno dei tre tipi del virus vaccinale era geneticamente instabile. Essendo stato attenuato nella virulenza tramite un trattamento di mutagenesi chimica, sviluppava, a bassa frequenza, un processo di retromutazione o "reversione", riassumendo le caratteristiche del "virus selvatico", inclusa la virulenza.
Si riuscì a trovare un rimedio a questo inconveniente. Il calendario delle vaccinazioni venne modificato, riprendendo in considerazione il vaccino di Salk il quale, essendo costituito da virus inattivato, non presenta alcuna minaccia di infezione.

Perciò in Italia, dal 1999, con le prime due dosi della vaccinazione antipoliomielitica viene somministrato il vaccino di Salk. Ciò permette all'organismo di sviluppare una iniziale risposta immunitaria verso il virus poliomielitico, protettiva contro una eventuale reversione alla virulenza del vaccino di Sabin che viene somministrato nei successivi richiami.
Pochi anni dopo l'introduzione dei vaccini antipoliomielitici si scoprì che sia il vaccino a virus inattivato sia il vaccino a virus vivo erano spesso contaminati da un virus della scimmia, denominato SV40 (dalla nomenclatura anglosassone "Simian Virus 40"). La presenza di SV40 nel vaccino è dovuta al fatto che il virus poliomielitico viene coltivato, a scopo vaccinale, in cellule di rene di scimmia che possono essere talvolta contaminate con SV40. La permanenza di SV40 nel vaccino a virus inattivato dipende dal fatto che esso è più resistente del virus poliomielitico al formolo, usato da Salk per inattivare il virus della poliomielite.
Dopo questo incidente, dalla metà degli anni '60 le cellule di scimmia, dove viene coltivato il virus poliomielitico a scopo vaccinale, vengono rigorosamente controllate per l'esclusione di SV40. Tuttavia, poiché SV40 si replica in cellule umane e sostiene nella popolazione un contagio interumano, da quelle persone, inizialmente infettate con gli stock di vaccino contaminato, SV40 si è diffuso nella popolazione umana.
SV40 non è oncogeno nell'ospite naturale, cioè nella scimmia. Però induce tumori in animali da esperimento (topi e criceti) e trasforma "in vitro" cellule normali in cellule tumorali, incluse le cellule umane.
È sorto perciò il sospetto che SV40 possa essere correlato all'insorgenza dei tumori umani. Numerosi studi sono stati condotti in molti paesi con i seguenti risultati: non si individua il virus intero, ma spesso si trovano porzioni significative del virus (DNA genomico, antigeni virali) nei tessuti di una percentuale di persone variabile secondo i luoghi di indagine.
In particolare queste stigmate virali si riscontrano in alcuni tumori umani (tumori cerebrali, osteosarcomi, mesoteliomi pleurici, linfomi) corrispondenti ai tipi tumorali indotti dal virus in animali da esperimento. Inoltre il 20% dei sieri umani di persone normali e il 35% dei sieri di pazienti affetti da tumore contengono anticorpi verso SV40.
Tuttavia, la quantità di DNA virale individuata nei tessuti umani è molto esigua e il genoma virale si trova libero nel nucleo e non integrato nel DNA della cellula, una localizzazione che ne facilita la perdita ad ogni divisione cellulare. Alcuni studi poi non hanno confermato la presenza di SV40 nei tessuti umani.
Perciò, alla luce dei risultati finora ottenuti, la situazione appare controversa e rimane incerta una eventuale correlazione fra SV40 e tumori umani. Nonostante questi inconvenienti, è fondamentale mettere in risalto la grande efficacia ed utilità del vaccino antipoliomielitico. Infatti, dopo l'eradicazione totale del vaiolo su scala mondiale, grazie all'uso massivo della vaccinazione antivaiolosa, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha intrapreso un programma di eradicazione totale della poliomielite, fondato sulla vaccinazione antipoliomielitica.
Tale programma, bene avviato all'inizio, ha subito una fase di regressione ed è stato recentemente ostacolato per l'impossibilità di raggiungere con la vaccinazione numerose zone del mondo (Somalia, Sudan, Siria e altre), coinvolte in guerre che impediscono l'organizzazione delle campagne vaccinali.
Una pratica vaccinale che si potrebbe definire non corretta riguarda il vaccino antirosolia. Si tratta di un vaccino a virus vivo ed attenuato che viene somministrato alle femmine prima del raggiungimento della pubertà. Infatti è noto che, per la capacità del virus di attraversare la barriera placentare, la prima infezione da virus della rosolia, se viene contratta durante la gravidanza, può causare gravi malformazioni all'embrione o al feto.
Orbene, le ragazze che raggiungono la pubertà prive di immunità anti-rosolia sono il 12 -15 % del totale, secondo una moderata variabilità regionale. Perciò l'approccio

razionale alla vaccinazione prevederebbe una preliminare analisi sierologica per individuare questa esigua quota della popolazione non immune. La pratica corrente consiste invece nel vaccinare indiscriminatamente tutte le ragazze in età prepubere, senza discriminare quelle già immuni da quelle non immuni.
Ciò non è probabilmente dannoso, ma è inutile ed economicamente costoso. Un saggio comportamento nei confronti dell'infezione rubeolica viene adottato negli Stati Uniti. La prima infezione da virus della rosolia generalmente non è grave: è essenzialmente priva di complicazioni e decorre spesso come un'infezione inapparente e asintomatica.
Perciò, quando una bimba contrae la rosolia, indice un "rubella party", cioè una "festa della rosolia", invitando tutte le compagne di scuola e tutte le altre amiche, affinché esse abbiano la possibilità di contrarre l'infezione naturale che è più efficace della vaccinazione nell'indurre un'immunità più ampia e duratura.
Con questo comportamento si realizza una elevata probabilità di ottenere una pressoché totale immunizzazione delle ragazze in età prepubere, senza dovere ricorrere alla vaccinazione massiva.
Probabilmente una incentivazione di questa pratica di contagio naturale, potrebbe ridurre in Italia la necessità di una vaccinazione generalizzata. Assolutamente sconsigliati sono invece i "parties" per trasmettere la prima infezione da morbillo, varicella e parotite. La prima infezione indotta da questi virus può infatti risultare severa e aggravata da complicazioni (polmoniti, encefaliti, orchiti, pancreatiti) e va quindi prevenuta non con la trasmissione dell'infezione naturale, ma con una appropriata vaccinazione.
Infine è forse significativo citare un curioso episodio, relativo al clamoroso fallimento di una vasta campagna vaccinale che però, nell'ambito dell'amaro scacco subito dai promotori della vaccinazione, testimonia la fondamentale importanza attribuita ai vaccini e la totale fiducia in essi riposta per prevenire la diffusione delle epidemie. Nella caserma di Fort Dix, nel New Jersey, dove erano alloggiate alcune migliaia di reclute, si sviluppò, nel gennaio 1976, un focolaio di influenza.
Duecentotrenta soldati furono infettati e 122 di essi si ammalarono di influenza, con un caso mortale. Il virus fu isolato ed identificato. Si trattava di un virus ricombinante fra il virus influenzale umano ed il virus influenzale suino. Esso mostrava una composizione antigenica nuova e molto diversa rispetto ai ceppi di virus influenzale che avevano dominato le epidemie dal 1968 al 1976. Perciò, a causa della sua struttura antigenica completamente innovativa, esso aveva caratteristiche potenzialmente pandemiche. Dimostrava poi, vista la contagiosità dei casi di Fort Dix, di avere già efficientemente acquisito la capacità di trasmissione interumana. Inoltre il virus isolato dai casi di Fort Dix, caratterizzato con le tecniche disponibili a quell'epoca, mostrava una stretta somiglianza con il virus influenzale che aveva causato la grave pandemia del 1918-1920, detta anche "febbre spagnola"[1].

1 Questa influenza pandemica è considerata, nella storia delle epidemie, una delle più gravi in termini di numero di decessi, equivalente alle terribili pestilenze del passato. Infatti si calcola che abbia causato la morte di 50-100 milioni di persone in tutto il mondo. In Europa si diffuse fra la primavera e l'autunno del 1918 e produsse più morti della Grande Guerra. Il luogo di origine di questa pandemia non è mai stato identificato. Poiché la maggior parte delle successive pandemie influenzali sono iniziate generalmente in estremo oriente, oggi si pensa che probabilmente il virus sia partito dalla Cina. I primi casi però furono diagnosticati negli Stati Uniti, in un centro militare del Kansas. Perciò si ritiene che la l'infezione sia stata portata in Europa dalle truppe americane, in seguito all'entrata in guerra degli Stati Uniti all'inizio del 1918. Fu denominata "febbre spagnola", poiché, nonostante che i casi di influenza si stessero diffondendo rapidamente in tutti i paesi europei, i primi e gli unici a darne diffusamente notizia furono i giornali spagnoli. Essi infatti non erano sottoposti alla censura militare degli Stati Maggiori delle potenze belligeranti, perché la Spagna era neutrale. La censura veniva applicata, perché le numerose defezioni nelle truppe al fronte, in seguito alla febbre influenzale, venivano considerate come una causa di indebolimento delle forze in campo e quindi come un potenziale fattore di sconfitta. Per la designazione della pandemia fu rilevante anche il fatto che il re di Spagna Alfonso XIII fu uno dei primi ad ammalarsi.

Dunque la connotazione pandemica del virus e il timore che il virus potesse dare origine ad una pandemia fatale come la "febbre spagnola" indussero il Ministero della Sanità americano a varare un programma di vaccinazione con un vaccino contenente il virus di Fort Dix inattivato con formolo. In occasione delle riunioni dei comitati scientifici e delle discussioni che precedettero questo provvedimento, due dei maggiori esperti di epidemie e di vaccinazioni antivirali, Jonas Salk ed Albert Sabin, i quali, durante gli anni Cinquanta, avevano allestito con successo i vaccini antipoliomielitici, si pronunciarono decisamente a favore della vaccinazione di massa con il virus di Fort Dix. Il vaccino fu prontamente preparato e in 10 settimane, fra la fine di settembre e la metà di dicembre 1976, furono vaccinati 45 milioni di persone, circa un quarto della popolazione totale degli Stati Uniti in quell'epoca.

Contemporaneamente a questo efficiente ed encomiabile sforzo scientifico ed organizzativo, l'evidenza epidemiologica dimostrava che l'epidemia non si stava diffondendo. Anzi il virus influenzale non era uscito da Fort Dix. La conclusione era perciò che il focolaio epidemico causato da questo virus era durato soltanto un mese ed era stato estremamente circoscritto dal punto di vista geografico. In seguito a queste evidenze epidemiologiche la vaccinazione di massa fu interrotta a metà dicembre 1976.

Numerosi interrogativi senza risposta sono scaturiti dall'episodio di Fort Dix. È tuttora oscura l'origine di quel ceppo di virus influenzale. Rimane un comportamento assolutamente anomalo, rispetto agli altri virus influenzali noti, l'autolimitazione e l'estinzione dell'epidemia che non è sfociata, come era ragionevolmente prevedibile, in una pandemia. Naturalmente l'episodio di Fort Dix diede origine a violente polemiche, anche perché il Congresso americano aveva stanziato 137 milioni di dollari per il programma di vaccinazione. Il Ministero della Sanità e gli organi sanitari degli Stari Uniti furono accusati di avventatezza per non avere atteso dati virologici ed epidemiologici più sicuri in relazione al possibile sviluppo di una pandemia, rendendo così inutile e dispendioso il grande sforzo compiuto per eseguire la vaccinazione antinfluenzale. In risposta a queste critiche fu calcolato, utilizzando modelli di statistica epidemiologica, che, se si fosse sviluppata una grave pandemia, la vaccinazione antinfluenzale tempestiva e massiva avrebbe salvato circa 5 milioni di vite umane nella popolazione americana. Al contrario, se l'epidemia fosse iniziata e la popolazione non fosse stata vaccinata in anticipo, la diffusione dell'influenza sarebbe stata così rapida che avrebbe irrimediabilmente compromesso la protezione conferita da una vaccinazione eseguita in ritardo. L'episodio descritto, pur nel fallimento dell'operazione, dimostra quindi come, nelle decisioni di istituzioni competenti e responsabili, il ricorso alla vaccinazione di massa, realizzata tempestivamente, venga considerata l'unica ed efficace risorsa per controllare la diffusione delle malattie virali epidemiche.

I fatti che abbiamo esaminato dimostrano che i vaccini hanno dei difetti e possono causare degli inconvenienti. Queste mancanze sono spesso state corrette e rimediate da successivi interventi oppure si sono rivelate innocue per le persone vaccinate o sono rimasti in dubbio i loro effetti nocivi sulla popolazione umana. Inoltre i difetti e le imperfezioni dei vaccini non limitano la loro fondamentale funzione protettiva sulla collettività e quindi sono accettabili. Infatti l'evidenza epidemiologica dimostra l'assoluta efficacia profilattica dei vaccini nel prevenire l'insorgenza e la diffusione delle malattie infettive. I farmaci antibatterici (sulfamidici ed antibiotici) e i vaccini antivirali hanno contrastato e talvolta debellato alcune delle malattie che per secoli hanno perseguitato l'umanità ed hanno radicalmente cambiato il destino futuro della salute dell'uomo contemporaneo.

Giuseppe Barbanti-Brodano
Già Professore Ordinario di Microbiologia
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università di Ferrara

DALL'EMPIRISMO ALLA MEDICINA BASATA SULL'EVIDENZA
DAL PASSATO REMOTO E PROSSIMO AL PRESENTE ED AL FUTURO

Parliamo di salute. Guida ai progressi medici negli anni 2000
Daniele Bracchetti. Casa editrice Clueb 2018.

Oggi, in un'epoca in cui i "media" hanno assunto un ruolo fondamentale nell'informare sia sui giornali sia soprattutto in rete nei numerosissimi siti internet dedicati alla medicina, i cittadini che desiderano utilizzare questo "surrogato" ad una corretta e documentata valutazione medica o chiedono conferme su tutte le problematiche riguardo alla salute ampiamente intesa – ponendo in tale ricerca dei seri dubbi sulla correttezza e preparazione professionale medica – appare sempre più necessario che si forniscano fonti di conoscenza medica accessibili e certe di tipo non aulico, non professionale, facilmente intellegibili e contemporaneamente altamente attendibili ed utili.
Per questo possono trovare in un aureo libretto scritto da Daniele Bracchetti un risposta chiara ed aggiornata che parlando direttamente al "paziente" *, o supposto tale, insegna quale debba essere il percorso razionale per curarsi e come la medicina moderna offra attualmente, dopo un lungo e travagliato iter storico, un ampio ventaglio di possibilità e certezze che hanno permesso – con il miglioramento di altri indispensabili fattori quali la nutrizione ed il benessere generalizzato – di raggiungere traguardi impensabili sulla sopravvivenza di vita e sempre più spesso in buona salute sino a tarda età.
Raccogliendo innanzitutto a piene mani dalla sua esperienza di attività medica, egli ci spiega come, attraverso circa mezzo secolo di professione, da quando, da studente e aspirante medico, ha avuto i primi contatti nelle corsie degli ospedali con i malati, sino alla progressiva scalata ai massimi livelli di dirigenza in un grande ospedale pubblico da cardiologo, abbia vissuto in un'epoca privilegiata, che va dagli anni Sessanta a oggi, condiviso la graduale modernizzazione della medicina che viviamo tutt'oggi, anche grazie allo svilupparsi delle innovazioni delle scienze e delle politiche sanitarie in generale.
Questo fra l'atro non è il solo libro "storico "e di indirizzo e conoscenza per cittadini, di tipo divulgativo quindi, che esprime il suo amore e per la medicina e per i "pazienti", avendo già pubblicato un breviario di "Storia della medicina dal Risorgimento all'Unità d'Italia" e " Come prendersi cura del cuore" oltre che aggiornate Guide mediche sulle "Aritmie "per i colleghi medici.
I complessivi miglioramenti ed i risultati ottenuti tuttavia, come ci spiega, non solo hanno portato ad un potenziale divario di conoscenza tra medico e cittadini, sia in parte di tipo culturale, sia di tipo tecnologico, ma anche tra i singoli specialisti e soprattutto con il medico di medicina generale; pur essendo chiaro che dietro a ciò non vi è più l'empirismo del passato, ma vi sono i risultati degli studi clinici controllati basati sull'evidenza che devono guidare la decisione ed orientare sempre in maniera maggiore verso la "medicina di precisione". Non trascurando le prossime sfide da affrontare: essendo vicino anche l'ulteriore passo verso il futuro, quando i pazienti in ogni espressività sintomatologica saranno monitorati a distanza con la telemedicina. Assistendo quindi, in questo

suo" Gradum ad parnasum", come la disponibilità delle tante nuove metodiche di diagnostica strumentale degli ultimi cinquant'anni, abbia reso meno rilevante il ruolo della componente "soggettiva" del medico, poiché, anche davanti alla più sofisticata e risolutiva indagine strumentale la mente umana deve conservare il suo ruolo fondamentale nel saper correlare il referto ai dati clinici del paziente. Di conseguenza al "paziente", principale beneficiario di queste innovazioni, non sempre sono e saranno date informazioni dettagliate e personalizzate sulla sua malattia: lo specialista si limita alla spiegazione "tecnica "ed il medico curante ha difficoltà nel dare dettagli su tecniche così "sofisticate". Mentre il diritto all'informazione va sempre rispettato ed incentivato: il medico deve comunicare con il paziente il suo giudizio, le sue possibili considerazioni, ma questo va fatto con equilibrio e vanno trovate le giuste parole che tengano conto della componente psicologica.
Fatte queste premesse, il libro ci dà una chiara chiave di lettura di come, pur nel diffondersi di strumentari molto sofisticati e sensibile impatto diagnostico, pur essendo cambiato nei suoi fondamenti l'atto medico complessivamente inteso e forse l'atteggiamento empatico del medico verso cittadino malato – sapendo il significato di ogni possibilità diagnostica e terapeutica disponibile –, ci si possa districare, di volta in volta, per giungere ad un chiarimento e ad una più o meno possibile soluzione delle varie malattie. Ci spiega come, con l'aiuto del medico curante, il cittadino sofferente possa trovare nell'organizzazione della moderna Sanità le modalità per districarsi tra le varie specialità, superare, quando palese, la mancanza di intercomunicabilità tra specialisti e quella con il medico di Medicina generale.
Così nei vari capitoli di questo *Vademecum* di Bracchetti si dipanano e si spiegano l'importanza cruciale degli esami diagnostici mirati, l'importanza ed i limiti dell'uso del pronto soccorso, il percorso che facilita l'iter di inquadramento e terapia di qualsiasi malattia. Nel quale il cittadino può trovare – dal pronto soccorso stesso che lo aiuta nelle prime necessita, alla cardiologia che permette di valutare il suo apparato cardiocircolatorio, così come dalla gastroenterologia o dalla radiologia con le tecniche più sofisticate che studiano il suo interno, alla pneumologia che valuta i suoi polmoni e così via – la cura dei suoi malanni. Avendo nel Medico curante anche colui il quale, auspichevolmente, fa la sintesi sul malato, su una persona valutata nel suo complesso e talvolta nella sua complessità. In definitiva un'ottima sintesi per chi lontano dal mestiere di medico può trovare un primo e certo indirizzo del come districarsi nella "Medicina moderna" con i suoi vari difficili passaggi burocratico-amministrativi e di sistema.
E come infine, non dimenticandone i travagli, questa è attualmente sempre in grado, nei limiti del possibile umano, di alleviare gran parte delle sofferenze dei cittadini.

** La dizione "paziente" appare ormai in un mondo "politicaly correct (!?)" dissueto, come ci ricorda l'Autore, ed è suggerirei di sostituirlo con il termine "il cittadino malato" o più facilmente, forse meno correttamente, "il malato".*

CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio a Bologna e provincia

È obbligatoria la prescrizione del medico

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

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

Il servizio è attivabile su tutta la provincia di Bologna.

REFERTO GARANTITO IN SOLE **24** ORE

NUMERO VERDE - 800100670

051.644.00.55 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA COLIBRÌ

CERTIFICATA

Aut.San. PG.N. 25139/2017

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 4 maggio 2018

Cognome-Nome	Telefono
AMODIO FRANCESCO	347/91.98.367
BALDESSARI MARGHERITA	348/71.37.485
BELLANOVA MATTEO	333/99.50.426
BELTRANI MARCO	349/27.93.284
BETTI LUDOVICA	347/42.46.334
BOGGIA LAVINIA	328/24.69.057
BONFATTI SARA	338/76.74.660
CAMPORESI BEATRICE	347/64.50.186
CAPUTO VALENTINA	051/199.80.847 - 327/39.59.738
CARAMELLA ILARIA	340/59.30.657
CHIAVETTA PIERFRANCESCO	328/22.43.186
CIAPPINI BEATRICE	338/69.00.158
CIORDINIK MICHELE	338/50.26.721
CONTI GRETA	340/25.21.229
DAJTI GERTI	327/42.84.555
DE BERARDINIS GIULIA	339/50.77.298
DEL MASTRO LUCIANA	328/57.04.441
DEL VECCHIO VALERIA	333/74.83.388
DI PAOLO EDOARDO	340/28.45.812
GAGLIARDINI LAURA	338/11.52.229
GELLI DANIA	339/61.24.347
GHERARDI GIULIA	340/72.91.200
GRIMANDI IRENE	340/82.30.443
IATTONI MARTINA	340/12.68.630
IEZZI MASSIMILIANO	349/89.48.060
LAMMA RICCARDO	338/66.51.516
LANZARINI LEONORA	320/08.85.582
LIBRIO MILO	329/18.63.835
LICCI FRANCESCO	320/40.88.881
MAGNONI STEFANIA	348/14.90.984
MAYA GIRALDO PAOLA	380/43.20.438
MATTUCCI GIULIA	338/74.41.614
MORDENTI GIORGIA	333/63.62.964
MORETTI SARA	339/83.84.804
MURATAJ AULONA	327/56.53.502
PATELLI GIORGIO	338/77.43.179
POGGIOLI TOMMASO	338/10.14.098
PRESUTTI MASSIMILIANO	339/25.00.453
RIOLO SERENA	328/41.33.828
RONCHINI LAURA	333/87.30.689
ROTUNNO MARIANGELA	329/57.97.860
SASDELLI ANNA SIMONA	334/99.50.996
SCARPETTI LEONARDO	333/94.93.782
SCHIUMERINI RAMONA	338/10.31.500
SCIMECA ODORICO MARTA	338/47.06.688
SOKOLOVA JULIA	347/01.25.873
TONELLI FILIPPO	329/77.75.321
TORRE BEATRICE	348/33.95.713
TOSCHI ALICE	349/05.91.261
TRAVAGLIA CHIARA	339/17.69.747
TULIPANO DI FRANCO FRANCESCO	334/63.85.563
VENTURELLI ANDREA	335/75.68.809
VERACINI EZIO	340/07.80.755

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
CANELLA PIERO	Ortopedia e Traumatologia e Fisioterapia	335/39.77.87
CARDELLICCHIO RODOLFO	Ortopedia e Traumatologia	335/62.20.145 051/49.29.16
DOMINICI VERONICA	Odontoiatra	340/39.31.241
GRISHKO YANA VLADIMIROVNA	Odontoiatra	392/41.36.390
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva Medico Competente Corso di Formazione in Medicina Generale	339/48.19.676 051/44.32.41
MONTECCHIESI ELENA	Corso di Formazione in Medicina Generale	333/25.25.992
PALUMBO BENEDETTA	Odontoiatra	051/30.38.96 338/33.64.432
SASDELLI SIMONA	Scienza dell'Alimentazione	334/99.50.996
SCHIUMERINI RAMONA	Gastroenterologia	338/10.31.500
SORRNTI GIOVANNI	Medicina Interna Diabetologia e Malattie del Ricambio	347/21.20.787
TEDESCO PAOLA	Psichiatria	371/31.50.198
VILLALTA VIRGINIA	Odontoiatra	338/83.06.119

CORSO DI AGGIORNAMENTO IN ENDOCRINOLOGIA CLINICA - IL NUOVO VOLTO DELLA TIROIDE

Bologna - 30 giugno 2018

Circolo unificato dell'Esercito - Via Marsala 12 - bologna
Con il patrocinio di ITCO Foundation

PROGRAMMA PRELIMINARE
08:15-09:15 Registrazione dei partecipanti. Saluti e presentazione dell'evento. In ricordo di Marco Attard
09:15-10:15 *Simposio: il nodulo tiroideo*
Storia naturale del nodulo tiroideo. Percorso diagnostico e terapeutico del nodulo tiroideo - Integrazione citologica e molecolare nella patologia nodulare
Discussione
10:15-10:30 Coffee Break
10:30-11:30 *Simposio: terapia delle tireopatie*
La diagnostica: quali novità - Terapia medica delle tireopatie - Osteoporosi e tireopatie: inquadramento del problema, come procedere?
Discussione
11:45-12:30 LETTURA
Quale provvedimento terapeutico nel carcinoma differenziato della tiroide: tiroidectomia totale, emitiroidectomia, sorveglianza attiva?
12.30-13.30 Pranzo
13:30-14:30 *Simposio: carcinoma differenziato della tiroide: follow up*
Gestione post-chirurgica del carcinoma differenziato della tiroide: stratificazione del rischio e implicazioni per un corretto follow-up - Marcatori molecolari: l'utilità - Il trattamento del carcinoma tiroideo persistente: l'uso degli inibitori di tirosin-chinasi?
Discussione
14:30-15:30 MISCELLANEA
Lo stato attuale del gozzo in Italia - Esperienza in Emilia-Romagna - Finalità e attività ITCO - Operatività al Centro Ramazzini
15:30-16:00 Conclusioni e consegna questionari ECM

Comitato organizzatore
Angela Guaragna - Domenico Meringolo - Michela Polazzi - Remo Ramini
Istituto Ramazzini, Via Libia 13/A Bologna - tel. 051 302252

Comitato scientifico
Angela Guaragna - Domenico Meringolo

Modalità di iscrizione
Il corso è gratuito e rivolto a un numero complessivo di 100 partecipanti. La prenotazione al convegno potrà essere fatta inviando il proprio nome e cognome, il titolo di studio e codice fiscale al seguente indirizzo e-mail: capriotti@4educational.it.
L'oggetto della mail dovrà riportare il titolo del Convegno.
Il corso sarà accreditato presso l'apposita commissione ECM.

Segreteria e provider
4Educational Srl - Via R. Venuti, 73 - 00162 Roma
Tel. +39 06.97605630 | Fax +39 06.97605650
capriotti@4educational.it
www.4educational.it

Centro Medico Santagostino ricerca:
Medici Specialisti in Urologia, Ortopedia, Endocrinologia, Chirurgia Vascolare, Oftalmologia, Otorinolaringoiatria, Ginecologia, Allergologia, Gastroenterologia, Dermatologia.
Per l'espansione della sede di Bologna, in Via Massarenti 46/I, **Centro Medico Santagostino** offre attività ambulatoriale in un Centro in crescita, innovativo, attento alla qualità del servizio erogato.
Centro Medico Santagostino è una rete di poliambulatori specialistici completi, la prima in Italia a sperimentare un modello di sanità che concilia qualità elevata e tariffe accessibili.
Fondato nel 2009, nasce per rispondere a un bisogno crescente e insoddisfatto di una larga parte di popolazione: *una medicina specialistica di alto livello, economicamente accessibile, che copra anche le aree scoperte dal SSN - come per esempio l'odontoiatria, la psicoterapia, la logopedia e altre - dove l'offerta è quasi esclusivamente privata e ha prezzi mediamente alti.*
Un obiettivo altrettanto importante è rispondere anche ai bisogni relazionali della persona, favorendo l'instaurarsi di un buon rapporto medico-paziente fondato sull'ascolto e sulla fiducia.
Per questo Centro Medico Santagostino assicura tempi di visita adeguati per una buona diagnostica e la possibilità di scegliere lo specialista per mantenere la continuità terapeutica.
Per maggiori informazioni, e per candidarsi: **www.cmsantagostino.it/chi-siamo/lavora-con-noi**

NEW TRENDS IN ORTOPEDIA E RIABILITAZIONE

BOLOGNA 21 APRILE 2018 presso FICO EATALY WORLD

Questo evento è la quinta edizione di un Corso di Aggiornamento annuale con intenti informativi e formativi sull'evoluzione attuale dell'Ortopedia, della Medicina Rigenerativa Biologica e della Fisioterapia e riabilitazione e sull'integrazione di queste metodiche per ottenere i migliori risultati.
Ogni corso ha ottenuto il Patrocinio dell'Ordine dei Medici di Bologna ed è stato introdotto da una breve relazione del Dott. Pizza, presidente dell'Ordine. Il patrocinio ha dato al Corso una garanzia di serietà e approfondimento scientifico che ha permesso una grande affluenza di partecipanti Medici e Fisioterapisti riempiendo l'aula.
La V edizione ha trattato due temi principali.
Le nuove frontiere della medicina rigenerativa biologica autologa con l'uso di un concentrato di cellule mesenchimali MSC ottenute dal tessuto adiposo o dal midollo osseo o dal sangue periferico.
I relatori hanno illustrato come il concentrato cellulare possa essere usato come un complemento degli interventi chirurgici ortopedici tradizionali (ricostruzione LCA, lesioni meniscali e cartilaginee, osteotomie...) con il risultato di accelerare i poteri rigenerativi dei tessuti, diminuire il dolore e migliorare il percorso riabilitativo. Oppure può essere usato come intervento unico, in un solo tempo: liposuzione, processazione con apposito kit e infiltrazione nelle articolazioni interessate: ginocchio, anca, caviglia, spalla e piccole articolazioni.
Gli studi scientifici hanno dimostrato che le cellule impiantate nelle articolazioni in grande quantità non solo si riproducono con le caratteristiche di tessuto cartilagineo, ma inducono un'accelerazione alla riproduzione anche nelle cellule cartilaginee già presenti.
Questo trattamento autologo non presenta alcun rischio né sono state descritte complicazioni a breve o a distanza e riempie un vuoto nella terapia dell'Artrosi precoce del paziente giovane, quando è troppo presto per la chirurgia protesica, ma la patologia articolare è dolorosa e invalidante e non risponde più alle comuni terapie farmacologiche, fisioterapiche e infiltrative.
In un capitolo a parte è stata comunicata una assoluta novità: la possibilità di trattare con infiltrazione percutanea rx-guidata con concentrato cellulare anche l'ernia discale, con risultati positivi ad un anno di distanza documentati con immagini RMN di risoluzione del conflitto disco-radicolare e risultati positivi su tutti i pazienti.
I relatori hanno illustrato al termine la numerosa casistica ed i risultati: oltre 300 casi dal 2014 al 2018 con testimonianze in interviste video di alcuni pazienti significativi e si è aperta una interessante discussione interattiva con i partecipanti.
Nella seconda sessione i relatori hanno trattato un argomento estremamente attuale: la nuova chirurgia protesica delle articolazioni (ginocchio, anca, spalla, caviglia), le nuove tecniche mini-invasive con protesi di ultima generazione, l'evoluzione della tecnica dei metalli e i rivestimenti anallergici. Ma soprattutto i vari relatori hanno illustrato la necessaria integrazione fra il Chirurgo Ortopedico, l'Anestesista esperto di Terapia del Dolore, il Fisiatra e il Fisioterapista e Riabilitatore e come questa collaborazione di équipe nella osservanza della metodica denominata FAST-TRACK può portare a interventi più sicuri e duraturi, senza dolore e con un pieno e accelerato recupero funzionale. Anche al termine della seconda sessione si è aperta una discussione interattiva con i partecipanti.
Il Corso si è chiuso con un piacevole pranzo nella cornice del FICO EATALY WORLD e i partecipanti hanno continuato a fare domande e chiedere informazioni manifestando la loro soddisfazione per i contenuti del corso e la loro esposizione.

Dott. MAURIZIO MAGNANI Specialista in Ortopedia e traumatologia
Specialista in FisioKinesi terapia
Presidente e responsabile scientifico del Corso

Il Centro medico autorizzato multispecialistico Attiva, sito in Rastignano (BO), sta ricercando medici (liberi professionisti a p.iva) per le specialistiche: dermatologia, gastroenterologia. Per informazioni: direzione@attivasalute.it. Tel. 051/0063401.

Affittasi stanza arredata presso elegante ambulatorio zona S. Viola. Ingresso indipendente. Servizio di segreteria e posto auto coperto. Parcheggio libero per i pazienti. Costo da concordare in base all'utilizzo. Tel. 345/7954488.

Poliambulatorio a San Lazzaro sito nel cuore della cittadina facilmente raggiungibile dalla tangenziale e dall'autostrada dotato di 5 ambulatori con aria condizionata, filodiffusione, servizio di segreteria e tanta strumentazione, dispone ancora di qualche spazio libero per medici specialisti di qualunque branca sia per la mattina che per il pomeriggio. Se interessati contattare il numero 335.6349232.

Ambulatorio odontoiatrico costituito da 5 unità operative, sala d'attesa, sala sterilizzazione, 3 bagni, con decennale attività cerca odontoiatri con propri pazienti per ottimizzarne l'utilizzo o disposti a rilevarlo con possibilità di avviamento. Tel. 051/494023.

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

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

Medico Pediatra a Imola vende ecografo portatile Med Mark Modello Falco con 2 sonde lineare 6-8 MhZ e Convex 3,5-5 Mhz con carrello, in buono stato a euro 600 trattabili. E elettrocardiografo Mortara Rangoni modello Eli 50i in buono stato a 200 euro trattabil. Per info 337/557057.

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

Cerco collaborazione scopo cessione per ambulatorio odontoiatrico in zona centro Bologna, completamente attrezzato composto da due riuniti con possibilità del terzo. Pluridecennale attività. Indirizzo mail paolougo@libero.it cell 329/3484872.

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

Studio medico privato Piazza dei Martiri rende disponibili vani con segreteria-reception. Per informazioni telefonare ore 9-13 e 15-19 al 051/255111, e-mail saneviveresani@tiscali.it.

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

Cedesi ambulatorio dentistico 160mq, 40 anni di attività, recente ristrutturazione, autorizzato presidio sanitario, posizione tranquilla, ampio parcheggio. Al piano terra ingresso zona amministrativa, sala attesa, due ambulatori, locale sterilizzazione, due servizi igienici, ripostiglio. Al primo piano: 2 ambulatori, antibagno, bagno, ripostiglio. Area cortiliva con parcheggio, impianti a norma, utenze autonome. Nessuna spesa condominiale. Adatto anche a poliambulatorio. Per informazioni 335/5729506.

Odontoiatra laurea 2006, esperto in conservativa, endodonzia, chirurgia estrattiva, è disponibile da Ottobre per collaborazione 1-2 gg a settimana a Bologna. Per informazioni telefonare al 366/9397801.

Clinica dentale di prossima apertura in Bologna cerca odontoiatri per le branche di conservativa, endodonzia, chirurgia estrattiva, chirurgia parodontale, protesi fissa e mobile. Scrivere a: progettosorriso2014@gmail.com

Vendesi muri compresi studio odontoiatrico di 110 mq, autorizzato come struttura e situato in centralissima e prestigiosa posizione a Bologna. scrivere a progettosorriso2014@gmail.com

Nuovo Poliambulatorio multispecialistico con unità day surgery, in Bologna, cerca medici tutte le specialità per inizio collaborazione. Scriveteci: progettosorriso2014@gmail.com

Norme editoriali

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

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

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

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

Annunci: testo di massimo 500 battute

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

Poliambulatorio Privato

Giardini Margherita

Direttore Sanitario: Dr. Maurilio Missere

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

You Tube

Instagram

Google+

Seguici su Facebook

CONTATTI

Personale Segreteria: Alice T. – Michela G.

Sede: Via Santo Stefano 103 – Bologna

Tel/Fax : 051. 48 42 736

segreteria@fondazionectr.it

http://www.poliambulatoriogiardinimargherita.it/

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

CMR FISIOS
centro medico riabilitativo

Poliambulatorio CMR Fisios

Riabilitazione Fisica e Visite mediche specialistiche

Cardiologia
Chirurgia Generale
Chirurgia Plastica
Chirurgia Vascolare
Dermatologia
Diagnostica Ecografica
Dietologia
Fisiatria
Ginecologia
Medicina Estetica
Medicina dello Sport
Oculistica
Ortopedia
Otorinolaringoiatria
Podologia
Urologia

Centro prelievi

Servizio di Medicina del Lavoro

Cura di importanti patologie come la cataratta e la miopia

DOVE SIAMO
Via Ottaviano Mascherino 9/B
40128 Bologna (BO) - Italia

ORARI
Da Lunedi a Venerdi: 7.00/20.00
Sabato dalle: 7.00/13.00

CHIAMACI
051 362089

SCRIVICI
info@cmrfisios.it

www.cmrfisios.it

Direttore Sanitario
Dott. **Alessandro D'Errico**

CMR FISIOS centro medico riabilitativo · FISIOS AT HOME · FISIOS AT WORK · FISIOS LEARNING