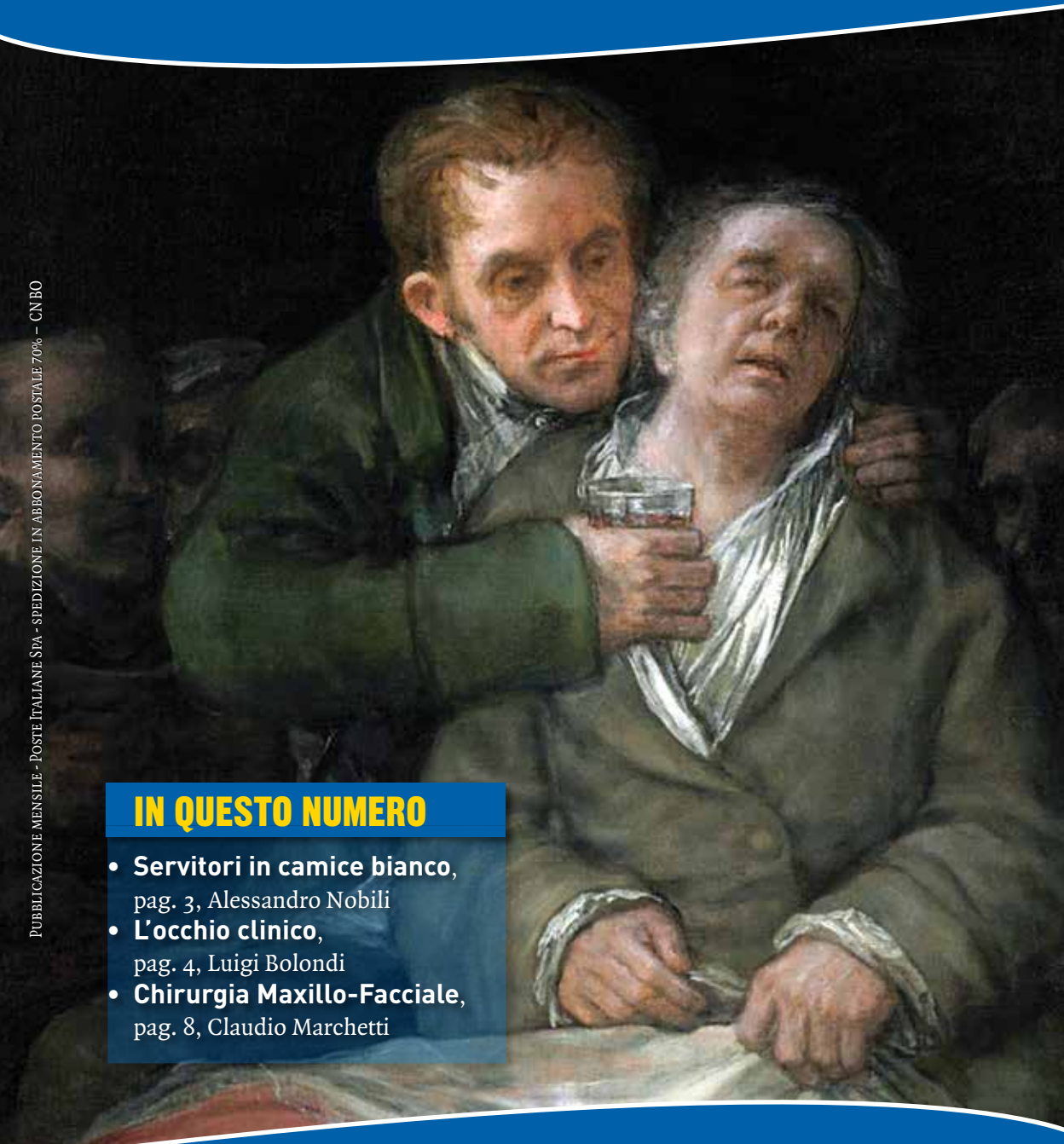
Bollettino Notiziario

anno XLVII - N° 7 luglio 2016

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



IN QUESTO NUMERO

- **Servitori in camice bianco**, pag. 3, Alessandro Nobili
- **L'occhio clinico**, pag. 4, Luigi Bolondi
- **Chirurgia Maxillo-Facciale**, pag. 8, Claudio Marchetti

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

UNI EN ISO 9001:2008
REG. 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.

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

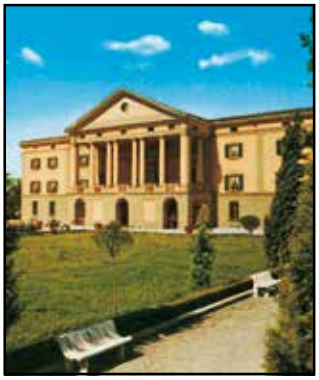
UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Ospedale Privato Accreditato
Santa Viola

Attività di ricovero:
Riabilitazione Estensiva ortopedica e neurologica (stroke), Lungodegenza, Post Acuzie, Sindromi Vegetative, Radiologia, Ecocardiocolordoppler.

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

SOCIALE



UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Casa Residenza per Anziani
Villa Ranuzzi

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

Via Casteldebole, 12 · 40100 Bologna Tel. 051/61.37.611
Fax 051/61.37.619 - info@villaranuzzi.it · www.villaranuzzi.it

UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

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: ecocardiocolordoppler, apparecchiature di diagnostica per-immagini (RX), emogasanalisi in reparto.

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

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Alessandro Nobili

CAPO REDATTORE
Dott. Andrea Dugato

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna
Contiene I.R.

Il Bollettino di Giugno 2016 è stato consegnato in posta il giorno 10/6/2016

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

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO XLVII - LUGLIO 2016 N° 7

ARTICOLI

Servitori in camice bianco • 3

L'occhio clinico, ovvero la scienza dell'individuale • 4

Chirurgia Maxillo-Facciale ieri, oggi, domani • 8

Meno e meglio... per vincere le infezioni del nostro tempo • 10

Il concetto di atto medico e la sua rilevanza penale • 17

Il LIONS International ed il suo impegno in campo sociale e sanitario • 21

NOTIZIE

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 22

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 22

CONVEGNI E CONGRESSI • 23

PICCOLI ANNUNCI • 32

L'immagine di copertina di questo mese:

Goya curato dal dottor Arieta
(Francisco Goya)
(1820, Minneapolis Institute of Art)

Questa drammatica opera ad olio fu realizzata in seguito alla malattia sofferta dal pittore stesso. Goya si autoritrae malato, sofferente sostenuto dal medico Arieta. Lo schema del dipinto, la deposizione delle figure ci riporta all'esperienza pirttorica del "Cristo morto" di Andrea Mantegna del 1480. Il malato è adagiato come in una deposizione del Cristo, in uno scorcio prospettico con le figure delle pie donne nello sfondo scuro come nel Cristo morto mantegnesco. Evidente il contrasto tra la sana carnagione del medico e quella pallida malsana del paziente Goya.
Il dipinto è dominato da una forza cupa insieme a misticismo con uno sfondo scuro e denso, riportandoci agli affreschi delle Pitture nere di Goya.

Illustrazione e commento a cura di Raffaella Lenzi

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. ANDREA DUGATO

Segretario
Dott. VITTORIO LODI

Tesoriere
Dott. OSCAR FINI

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

Consiglieri Odontoiatri
Dott. LUCA ORTENSI
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

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

Collegio dei Revisori dei Conti

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

Servitori in camice bianco

Alessandro Nobili

Inerzia, inazione, abbandono d'incapace, omessa diagnosi. Sono alcune delle accuse mosse dal Procuratore Generale della Repubblica nei confronti di cinque medici dell'ospedale romano in cui terminò l'esistenza terrena di Stefano Cucchi. Si sta celebrando il processo d'appello, il secondo di questo tipo dopo che la Corte di Cassazione, alla fine dello scorso anno, aveva disposto il parziale annullamento della sentenza di appello, in forza della quale i suddetti medici erano stati assolti dall'accusa di omicidio colposo. Confesso che mi ha colpito la durezza delle parole pronunciate dal Pg durante la requisitoria: "Cucchi è stato pestato, ucciso quando era in mano allo Stato, ucciso da servitori dello Stato in divisa ed ucciso da servitori dello Stato in camice bianco. Bisogna evitare che muoia una terza volta... Dal momento del ricovero di Cucchi comincia la non diagnosi, è stato un comportamento gravemente colposo dei medici. Gli imputati erano lontani non solo dal formulare una corretta diagnosi, ma anche dal verificarla. In un paziente che stava morendo viene prescritta acqua, ma si continuava a dare antidolorifici... I medici che lo hanno avuto in cura sono responsabili di omicidio colposo, per loro nessuna attenuante generica". *La richiesta del Pg contempla pene reclusive cha vanno dai quattro ai tre anni e mezzo. Si tratta senz'altro di una vicenda tristissima, dai contorni in parte non ancora chiari, e che forse mai lo diverranno del tutto. E dove forse alcune responsabilità sussistono. Nondimeno mi hanno impressionato il vigore-rigore della requisitoria del magistrato e la durezza non solo della richiesta di pena, ma ancor più dei toni che l'hanno accompagnata. Stefano Cucchi risulterebbe deceduto d'inedia. Il che potrebbe sembrare inconcepibile nell'ambito di un ricovero ospedaliero. Ma è necessario considerare che, già prima del ricovero (e dell'arresto), egli pesava poco più di quaranta chili (per un metro e settantasei di altezza) e denotava un evidente habitus di sotto-nutrizione. Può ciò bastare a giustificarne il decesso a prescindere da eventuali errori dei medici? Evidentemente no. Ma è solare che le condizioni del suo fisico fossero già da tempo precarie. Ed i medici si sono difesi, tra le altre cose, sostenendo che Cucchi avrebbe coscientemente rifiutato di alimentarsi. Non è certo questa la sede per addentrarsi in valutazioni medico legali e di sussistenza di nesso di causalità, che hanno avuto e avranno il giusto spazio nelle fasi processuali. Ma il pensiero corre alle infinite e spesso difficili situazioni sanitarie che i medici si trovano quotidianamente ad affrontare negli ospedali e nei servizi di medicina territoriale. Talvolta in condizioni al limite dell'umanità (è notizia recente la vertiginosa crescita del numero di aggressioni subite da medici ed infermieri da parte di degenti e/o dai loro congiunti). Ed allora quella frase della requisitoria del Pg "...*per loro nessuna attenuante generica" *suona ingiusta. E fa male.*

L'occhio clinico, ovvero la scienza dell'individuale

Luigi Bolondi

(Intervento al Festival della Scienza Medica, 21 maggio 2016)

Esiste ancora l'occhio clinico? O meglio, ha ancora senso oggi, nell'era delle grandi tecnologie diagnostiche e dei farmaci a bersaglio molecolare, parlare di occhio clinico? La locuzione "occhio clinico" è stata spesso utilizzata in passato, quando si voleva connotare la capacità del medico di formulare la diagnosi attraverso il ragionamento clinico basato sull'anamnesi e l'esame obiettivo. Presupposto dell'occhio clinico era anche un certo atteggiamento paternalistico del medico e la totale mancanza di contraddittorio. Il medico era infatti l'unico che sapeva e decideva che cosa fare per il bene del malato, a cominciare da ciò che questi doveva o non doveva sapere. Negli ultimi 40 anni però la Medicina è radicalmente cambiata, certamente molto di più che nei 20 secoli precedenti, e ci si domanda se certi luoghi comuni o certi stereotipi della Medicina "di una volta", spesso rimpianta acriticamente, abbiano ancora senso.

Nell'immaginario e nel linguaggio popolare ancora oggi la locuzione "occhio clinico" rimane e rappresenta la capacità e la rapidità del medico di interpretare e, se possibile, di risolvere un problema di salute. È risaputo che tale capacità non sempre coincide con il patrimonio di conoscenze del medico. Un medico semplicemente erudito non sempre è un buon clinico e in medicina, certamente più che in altre discipline, il "saper fare" è qualcosa di profondamente diverso dal semplice "sapere". Ciò deriva dalla natura stessa di quello che tecnicamente si definisce "atto medico", qualcosa di assolutamente unico nell'ambito delle varie professioni dell'uomo, e che consiste nel prendersi cura ("take care" degli autori anglosassoni, che non significa solo curare) di una persona che soffre per i sintomi più svariati o anche solo manifesta preoccupazioni per la propria salute. Ciò implica innanzitutto l'individuazione della sostanza e dell'entità del problema, cioè l'interpretazione dei sintomi e della loro potenziale gravità, e quindi la ricerca delle possibili soluzioni, non necessariamente basate su farmaci o interventi chirurgici. In altre parole l'atto medico prevede la formulazione della diagnosi e l'impostazione della terapia, con l'assunzione di tutte le responsabilità del caso. Cosa semplice a dirsi, ma difficile a farsi. Prima di tutto perché anche i medici sono esseri umani e le caratteristiche individuali (il carattere impulsivo o razionale, pauroso o audace, ottimista o pessimista, la sua capacità di intuizione, la pazienza, la disponibilità ad ascoltare, la creatività, l'esperienza, lo spirito di sacrificio..., unitamente alle sue competenze tecnico-scientifiche), giocano in questo processo un ruolo fondamentale. Inoltre, in ogni caso, nel momento stesso in cui una persona si rivolge al dottore, si instaura una articolata dinamica relazionale, che deve necessariamente tener conto delle caratteristiche fisiche, psichiche, sociali e culturali del paziente e delle aspettative sue e dei suoi famigliari. Semplificando, si potrebbe affermare che l'occhio clinico consiste nel dare a ciascuno la giusta diagnosi e la giusta cura, impostata secondo le più aggiornate conoscenze scientifiche, ritagliandola però sulle caratteristiche individuali. Utilizzando la metafora anglosassone, potremmo dire che la cura ("care") nel suo complesso è il vestito da confezionare, le evidenze scientifiche sono la stoffa, che il medico, come il sarto, deve ritagliare e cucire sul fisico di ciascun paziente, che non è mai esattamente uguale a un altro.

La varietà dei quadri clinici da interpretare e risolvere in Medicina è pressoché infinita. Non passa giorno o settimana o mese in cui ogni medico non venga posto di fronte a quadri clinici apparentemente nuovi. Basti pensare che una ventina di sintomi variamente com-

binati possono portare a centinaia di diagnosi diverse. Sintomi diversi, inoltre, possono portare alla stessa diagnosi e sintomi apparentemente uguali possono portare a diagnosi diverse. Inoltre, con il progredire delle conoscenze e delle tecnologie, la complessità dell'atto medico e delle scelte possibili si è enormemente accresciuta, e spesso non è più riconducibile a un solo attore, il singolo medico nel suo ambulatorio o nella corsia di ospedale. L'occhio clinico del singolo viene pertanto sostituito e integrato dalla azione collegiale di una serie di specialisti, coinvolti a vari livelli nella gestione del caso e il cui contributo, a volte prevalente, necessita comunque sempre di un raccordo e di una contestualizzazione da parte di un medico referente, che mantiene la responsabilità finale della scelta diagnostica e terapeutica. L'approccio collegiale (spesso attuato per certe problematiche da parte di un team strutturato polispecialistico) garantisce maggiori competenze ed è un antidoto alla autoreferenzialità, ma può contrastare con lo sviluppo della necessaria empatia col paziente e con la personalizzazione delle scelte terapeutiche.

In questo articolato processo decisionale giocano oggi un ruolo fondamentale le cosiddette "linee guida", a cui anche recenti disposizioni legislative fanno riferimento per definire genericamente la correttezza dell'atto medico nel suo complesso. In passato, fino agli anni Cinquanta, le decisioni mediche erano basate su dogmi o esperienze trasmesse dai Maestri, su orientamenti di Scuola, su speculazioni teoriche, su osservazioni sporadiche. In seguito hanno cominciato a svilupparsi le scelte basate su deduzioni fisiopatologiche e sullo studio retrospettivo di ampie casistiche cliniche. Solo a partire dagli anni Ottanta-Novanta ha cominciato ad affermarsi la Medicina basata sulle evidenze (EBM, Evidence Based Medicine) e la conseguente costruzione delle "linee guida" da parte delle Società scientifiche. Le evidenze scientifiche vengono dedotte solo da studi sperimentali prospettici, cioè condotti sulla base di un preciso disegno, costruito a priori per identificare determinati effetti di un intervento (diagnostico, terapeutico). Negli studi sperimentali vengono pertanto inclusi pazienti che hanno caratteristiche predefinite, escludendo tutti coloro che per comorbidità, età o altro possono costituire un fattore confondente, che cioè non consente di valutare correttamente l'effetto che vogliamo misurare. Pertanto le evidenze valgono rigorosamente solo nelle situazioni particolari nelle quali lo studio è stato disegnato e il fenomeno investigato è stato isolato e schermato da potenziali interferenze. Nonostante l'enorme massa di studi sperimentali condotti negli ultimi 20 anni in tutti i campi della Medicina, rimangono molte aree grigie, dove le evidenze mancano del tutto o sono molto incerte. Pertanto, nella costruzione delle linee guida viene specificato qual è il livello della evidenza e qual è di conseguenza la forza della raccomandazione che spesso, in mancanza di studi sperimentali, deriva solo dalla opinione degli esperti che sono stati coinvolti nella redazione della linea guida e che frequentemente sono portatori di conflitti di interesse con l'industria biomedicale e farmaceutica. Appare pertanto evidente che in ogni caso individuale il medico deve stabilire, attraverso il ragionamento, in che misura l'evidenza scientifica è rilevante, alla luce delle caratteristiche del paziente, che spesso non corrispondono a quelle della popolazione inclusa negli studi sperimentali. Inoltre la decisione medica non deve affrontare solo il problema della integrazione delle informazioni disponibili, ma anche metterle in relazione con le preferenze del paziente. L'EBM è pertanto necessaria, ma non sufficiente per decisioni mediche appropriate. Infine, in molti casi, nell'ambito della problematica della scelta terapeutica, come conseguenza dell'incertezza delle evidenze e/o della ridondanza dei dati scientifici, si possono prospettare opzioni diverse: in questi casi occorre una attenta analisi delle alternative disponibili e delle conseguenze di ciascuna, adattandole al singolo caso clinico. In definitiva, lungi dall'esaurire il problema delle scelte diagnostiche e terapeutiche da effettuare nei singoli individui, le linee guida costituiscono oggi un imprescindibile riferimento teorico per la gestione della "malattia", ma spesso la loro rigida applicazione nel singolo malato risulta impraticabile. È in queste situazioni che l'occhio clinico del medico gioca un ruolo fondamentale per comprendere quando motivatamente ci si

può o ci si deve discostare dalla raccomandazione della linea guida.
Il concetto imprescindibile rimane pertanto quello che l'atto medico non è rivolto alla malattia, ma al malato, con la sua individualità irripetibile, inquadrato in una determinata patologia e tuttavia mai riconducibile totalmente e solamente ad essa. La generica etichetta diagnostica non può pertanto essere la sola a determinare le scelte diagnostiche e terapeutiche. Tutti i testi e tutte le linee guida cercano di categorizzare i malati in sottogruppi per avvicinarsi sempre di più all'individuale e a questo tendono anche i tentativi di classificazione molecolare, fino al punto che la miglior classificazione sarebbe quella che fa di ogni individuo una classe. Ma la categorizzazione sempre più spinta delle linee guida per la gestione delle malattie, pur avvicinandosi all'individuo, non risolve il punto nodale della scelta personalizzata, particolarmente in campo terapeutico, dove le scelte possono variare anche in rapporto alle diverse aspettative. Il medico deve pertanto operare un continuo riferimento ambivalente alle conoscenze teoriche e all'atteggiamento mentale del paziente. Anche questo oggi può significare ciò che si intende per occhio clinico, cioè saper indirizzare il paziente alla scelta giusta per lui.
Gli esempi nei quali le scelte terapeutiche possono essere diverse, ciascuna con elementi favorevoli e contrari, sono infiniti e coinvolgono sia le strategie di trattamento a lungo termine di numerose condizioni patologiche (es. ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, steatosi epatica ecc.) per la prevenzione di eventi avversi, sia trattamenti di patologie per le quali esistono diverse alternative terapeutiche più o meno aggressive, chirurgiche e non chirurgiche (es. carcinoma prostatico, calcolosi colecistica, epatocarcinoma, stenosi carotidee, patologie benigne osteoarticolari, ecc.). In tutti i casi le scelte vanno ovviamente condivise con il paziente che deve essere informato con un linguaggio comprensibile sui pro e contro di ciascuna opzione. Anche questo è facile a dirsi ma difficile a farsi. Innanzitutto perché anche i pazienti (si stima siano il 60% di coloro che si rivolgono ai medici) oggi possono accedere ad una massa enorme e incontrollata di informazione medica tramite il Web, dove si può trovare tutto e il contrario di tutto e dove sempre più frequentemente vengono riferite esperienze personali fuorvianti, con tutta l'influenza che l'aneddottica può comportare nelle scelte personali. La statistica dovrebbe aiutare a superare l'aneddottica, ma non ci riesce: i medici sanno che ha più forza l'esperienza conosciuta riferita da qualcuno (la massima influenza l'hanno le esperienze dei famigliari) rispetto al dato statistico, che oltretutto non convince sulla certezza dell'esito personale. La ridondanza dell'informazione sul Web (per l'ipercolesterolemia si possono trovare oltre 16 milioni di riferimenti!) complica ulteriormente il problema dell'informazione.
In particolare, quando si tratta di scelte terapeutiche, molto dipende anche dalla modalità di presentazione dei dati (il cosiddetto "framing"). I dati su cui si basa l'approvazione di un farmaco e si influenza la scelta del medico sono in genere le differenze statisticamente significative nelle percentuali dei risultati positivi o nelle medie e mediane di alcuni parametri (sopravvivenze, remissione dei sintomi, prevenzione di eventi ecc.), ottenute grazie ad un intervento terapeutico. Però, come affermava Stephen Jay Gould, le medie e le mediane non rappresentano il singolo individuo. Per una diversa percezione dell'efficacia potrebbe essere più importante il dato denominato NNT: "number needed to treat" cioè il numero di casi da trattare per ottenere una guarigione o la prevenzione di un evento: questo vale in particolare per le strategie che si prefiggono di prevenire l'incidenza di eventi patologici (es. statine, antiipertensivi), dato che va bilanciato con quello della frequenza degli eventi avversi (come si è verificato ad es. per la terapia ormonale in menopausa). La modalità di presentazione dei dati acquista inoltre un significato profondamente diverso a seconda del contesto: si tratta di prevenire un ipotetico evento cardiovascolare in un futuro più o meno lontano o di curare una grave malattia in atto? trattare l'ipercolesterolemia con le statine o decidere quale terapia utilizzare per un carcinoma del fegato? Se nel primo caso il grande numero di persone asintomatiche da trattare per prevenire un evento avverso implica che nella stragrande maggio-

ranza dei pazienti l'intervento è probabilmente "inutile" (e passibile di effetti collaterali), nel secondo caso, anche una piccola percentuale di successi, pur a fronte di un grande numero di insuccessi e di effetti collaterali, può essere determinante nella scelta del trattamento.

L'esigenza di tempo e di disponibilità all'ascolto, indispensabili per le scelte personalizzate e correttamente informate, si scontra oggi con l'aumento esponenziale del numero di persone che hanno bisogno di medicina, con la medicalizzazione di massa di tutta la società (è stato scritto da Iona Heath, che ha presieduto l'Ethical Committee del "British Medical Journal" nel suo libro *Contro il mercato della salute*, che la medicina oggi ha sostituito la religione come "oppio" dei popoli). Esiste di fatto oggi una grande sproporzione fra le masse di sofferenti veri, ma spesso solo presunti o indotti da strategie di mercato, che ricorrono alla medicina e la necessità di fornire una medicina personalizzata. Forse un po' semplicisticamente, ma in modo realistico, possiamo concludere, affermando che nella complessità della odierna medicina tecnologica e superspecialistica, "occhio clinico" significa anche comprendere i casi nei quali sono necessari tempi adeguati e opportuni approfondimenti per arrivare alla soluzione giusta per i problemi reali di quel determinato paziente, quella soluzione che cioè comporterà le maggiori soddisfazioni, ma anche i minori rimpianti in caso di esito non favorevole.

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri

Medico Chirurgo

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Psicologia Medica

Bologna - via dell'Osservanza, 19

Centralino:
tel. 051 580395

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

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

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

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

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

Chirurgia Maxillo-Facciale ieri, oggi, domani

Intervista al prof. Claudio Marchetti

Chirurgia Maxillo-Facciale in 3D. Cosa si intende?
Ogni persona vive quotidianamente immersa in tre dimensioni. I chirurghi a maggior ragione hanno sempre sognato di progettare i loro interventi chirurgici in 3D, cioè tenendo conto della terza dimensione (la profondità). Oggi il loro sogno si è avverato perché grazie alle tecnologie informatiche i chirurghi hanno la possibilità di diagnosticare, progettare ed eseguire gli interventi chirurgici in tutte e tre le dimensioni dello spazio.

Quali sono queste nuove tecnologie in Chirurgia Maxillo-Facciale?
Sono quattro le tipologie di attrezzature che stiamo applicando, dopo la fase sperimentale:
– TC a basso dosaggio con ricostruzione 3D dei tessuti ossei e dei tessuti molli del volto;
– software di elaborazione dei dati provenienti dalla TC al fine di visualizzare al computer il nuovo profilo del volto nei casi operati di malformazione facciale (Chirurgia Ortognatica);
– laboratori meccanici che con metodica CAD CAM permettono di progettare al computer placche in titanio e protesi personalizzate in oncologia e traumatologia;
– navigatore intraoperatorio.

Quali potrebbero essere i futuri sviluppi ed applicazioni dell'informatica abbinata alla chirurgia facciale e dei mascellari?
Abbiamo la fortuna di vivere in una nazione e in una regione a forte connotazione tecnologica. Spesso, partecipando a congressi internazionali, ci piace dire che noi lavoriamo in una "Tecnology Valley"!
Per questo motivo siamo impegnati su numerosi nuovi progetti di ricerca tra i quali ricordiamo:
– lo "scudo facciale" che consiste nell'individuare un nuovo biomateriale che sostituendo l'osso possa essere applicato in tutti i deficit scheletrici in caso di malformazioni o di traumi;
– la "realtà aumentata" che consiste nell'indossare speciali occhiali al fine di osservare le strutture profonde del volto senza avere ancora inciso la cute.

Nella Unità Operativa di Chirurgia Maxillo-Facciale del Sant'Orsola, di cosa vi occupate prevalentemente?
Al S. Orsola vengono quotidianamente fornite tutte le prestazione tipiche di una Chirurgia Maxillo-Facciale moderna: tumori del cavo orale e del massiccio facciale (30%), malformazioni dell'adulto e del bambino (30%), traumatologia per incidenti stradali o percosse (20%), patologie di ordine odontoiatrico quali cisti e impantologia avanzata (20%).

Viene da pensare che sia fondamentale una puntuale ed efficace collaborazione con altri specialisti.
Uno dei nostri punti di forza è il lavoro di squadra con gli specialisti ORL, guidati dal Prof. Pirodda, e con gli specialisti in Chirurgia Plastica, guidati dal dr. Cipriani, che si cimentano insieme a noi nella ricostruzione 3D del volto (cioè personalizzata) dopo le demolizioni di tipo oncologico.

Da chi è formata e come viene coordinata la vostra équipe? La scuola di specializzazione fornisce un numero di chirurghi adeguato alle esigenze di questo settore?
L'équipe è formata, oltre al Direttore, da quattro unità mediche, due ospedalieri e due ricercato-

ri universitari. Accanto ad esse sono presenti i Dottorandi in Scienze Chirurgiche a cui vengono affidati specifici progetti di ricerca triennali e 5 medici in formazione specialistica, i c.d. "specializzandi", che vivono con noi e ai quali cerchiamo di trasmettere tutto il nostro sapere. Il numero complessivo di "specializzandi" ammessi al primo anno a livello nazionale è deciso a livello ministeriale ed è sufficiente per le esigenze della disciplina (attualmente sono 30).

È passato oltre mezzo secolo da quando alcuni pionieri tra i quali diversi chirurghi bolognesi (Cesare Cavina, Calabrò, Stea, Dallera, Romagnoli, solo per citarne alcuni) contribuirono in un certo senso ad "inventare" questa branca come disciplina autonoma. Vuoi rammentarci brevemente quel percorso?

Fu una intuizione felice e preveggente che, a dire il vero, nacque durante la prima guerra mondiale per curare i feriti provenienti dal fronte orientale. In quegli anni la cittadinanza bolognese destinò a questo scopo l'Ospizio degli Ottuagenari di via S.Vitale 59 nell'ex- convento di Santa Marta dove il Prof.Arturo Beretta, pionere della Odontoiatria Italiana, affidò a un giovane collaboratore particolarmente brillante, Cesare Cavina, la cura di questi malati. Nacque così il primo reparto in Italia che si intitolava: Reparto di Chirurgia Buccofacciale!

Ritieni che come specializzazione sia ancora attuale o dovrebbe essere rivisitata immaginando confini anatomici diversi ed anche più ampi?

La disciplina di Chirurgia Maxillo-Facciale oggigiorno spazia dalla patologia del basicranio, alla patologia orbitaria fino a tutto il tratto cervicale. È di grande attualità ed ha la fortuna di essere un campo di prova privilegiato per innovazioni tecniche che poi ricadranno su molte altre discipline. La Chirurgia Maxillo-Facciale nasce dalla Odontoiatria e con essa vuole mantenere un forte rapporto culturale: è per questo che a Bologna il S. Orsola è strettamente connesso con il Reparto di Chirurgia Orale della attuale Clinica Odontoiatrica, ubicata sempre in via S. Vitale 59, in modo tale che gli specializzandi dell'una e dell'altra branca possano "contaminarsi" in maniera virtuosa. Per concludere, penso che esisterà sempre la necessità di un Chirurgo del Volto, che sappia accogliere i bisogni che nascono dall'intimo dei suoi malati. Non dimentichiamo infatti che, come diceva Cicerone, "il volto è l'immagine dell'anima", cioè del nostro "io".

Prof. Claudio Marchetti
Professore Ordinario di Chirurgia Maxillo-Facciale - Università degli Studi di Bologna; Direttore U.O. di Chirurgia Maxillo-Facciale - Azienda S. Orsola Malpighi; Responsabile Reparto di Chirurgia Orale - Clinica Odontoiatrica Universitaria di Bologna

Poliambulatorio Privato
ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell' AMAB
Scuola Italo-Cinese di Agopuntura
Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo
Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna
Tel. 340 9553985, **www.amabonline.it**
segreteriascuola@amabonline.it

Attiva fin dal **1986**. Rappresenta uno dei **primi esempi in Italia di integrazione** fra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale.

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

Meno e meglio... per vincere le infezioni del nostro tempo

Patrizia Farruggia

La mia generazione di medico ha visto un grandissimo cambiamento attuarsi dopo la fine del nostro corso di studi, e perciò, per noi, ancor più che per chi ci ha preceduto e seguito, è stato e rimane fondamentale mantenersi costantemente aggiornato ed informato sulle velocissime evoluzioni di conoscenze, siano esse prettamente diagnostiche o terapeutiche e, quindi, anche influenzate dal galoppante progresso tecnologico, siano esse di tipo comunicativo, informatico, gestionale e giuridico, ovvero legate al mutare delle situazioni epidemiologiche.

Nel campo della prevenzione e controllo del rischio infettivo (campo dell'*infection control*), questo è proprio l'ambito che è profondamente mutato a far data dalla fine degli anni Novanta e ancor più dal 2009 ad oggi, con l'insorgenza di sempre più temibili infezioni, sostenute da patogeni multiresistenti, contro cui le armi terapeutiche sono a dir poco "spuntate" (1).

Dalla fine degli anni Novanta, infatti, si è reso evidente il pericolo rappresentato dal diffondere di patogeni multi resistenti, primo fra tutti lo Stafilococco resistente alla Meticillina, MRSA, insieme ad alcuni altri veri e propri Multiresistenti (Acinetobacter B., Pseudomonas Aeruginosa, ecc.) ma negli anni Duemila, è iniziata la diffusione di un ben più temibile gruppo di batteri, resistenti alla potente classe antibiotica dei Carbapenemi: gli Enterococcchi resistenti ai Carbapenemi (CPE) (2,3).

Negli ultimi 10 anni, infatti, si è assistito ad un incremento di CPE in tutto il mondo, particolarmente negli Stati Uniti d'America, Israele, Porto Rico, Colombia, Grecia e sub-continente indiano. In Europa, nel 2009 la frequenza era al di sotto dell'1-2% nella maggior parte dei Paesi europei, mentre invece in Grecia e a Cipro la frequenza era pari, rispettivamente, a 43,5% e a 17%. In Italia, il trend è in drammatico aumento: mentre nel 2009 solo l'1,3% dei ceppi di Klebsiella pneumoniae isolati da sangue era resistente, questa percentuale è salita al 16% nel 2010 e al 26,7% nel 2011, con ulteriore incremento al 33% nel 2014.

La crescita che possiamo definire globale dell'incidenza di tali patogeni è allarmante e rappresenta una crescente minaccia per i servizi sanitari e per la sicurezza dei pazienti: le infezioni sostenute da tali patogeni, infatti, determinano prolungate degenze, fallimenti terapeutici, alta mortalità, maggiori costi.

Batteri della famiglia delle Enterobatteriacee, come E coli e Klebsiella Pneumoniae, sono parte della normale flora intestinale ma sono anche spesso responsabili di infezione comunitarie e correlate all'assistenza; acquisiscono geni portatori di resistenza agli antibiotici, a partire dalle penicilline, fino ai Carbanenemi (4). Questi anitibiotici betalattamici, con un ampio spettro di attività verso i Gram negativi (inclusi gli enterobatteri) e verso i Gram positivi, sono attivi verso gli enterobatteri produttori di ESBL (betalattamasi) nei pazienti ospedalizzati e, per tale motivo, sono ritenuti potenti principi attivi per il trattamento dei batteri mulitresistenti. Resistenze ai Carbapenemi sono comparse con crescente frequenza fin degli inzi degli anni Novanta (5,6), sono perloppiù dovute ad enzimi carbapenenemasi che sono un eterogeneo gruppo di enzimi,

Fig.1 - Incidenza di MRSA, anno 2014.

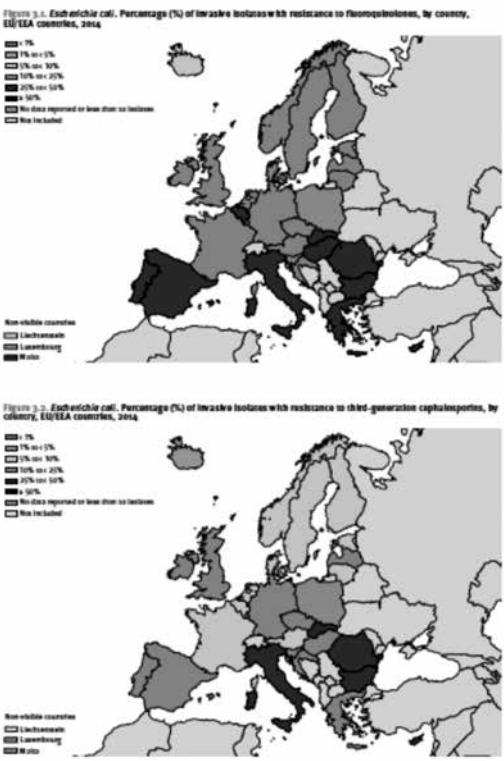


Fig. 2, 3 - Incidenza di E.coli Multiresistente, anno 2014.

Fig. 4 - Incidenza di Kl.Penumoniae resistente a Carbapenemi, anno 2014.

ognuno dei quali identifica lo specifico ceppo di enterobatteri riconosciuti ed identificati come responsabili di differenti infezioni ed epidemie, riportate in letteratura.

Per Klebsiella Pneumoniae i più recenti dati provenienti dalla Rete di Sorveglianza Europea (EARS Net) relativi al 2014 mostrano grandi differenze di presenza di resistenza ai carbapenemei negli isolati invasivi, oscillanti tra lo 0% ed il 62,3% nei differenti paesi (fig. 4).

Una recentissima analisi di *risk assesment* (8), prodotta da esperti europei partecipanti al progetto EuSCAPE sull'occorenza e la diffusione degli Enterobatteri produttori di Carbapeneamsi nei differenti Paesi Europei, ha evidenziato una peggiorata situazione tra il 2011 ed il 2013, con ben 13 su 38 paesi che riportano una diffusione interregionale, se non una situazione ormai endemica (fig. 5).

Fortunatamente, ad oggi, molto differente è la situazione relativa ad E.coli, che ha percentuali di resistenza ai Carbapenemi oscillanti tra 0-1,2%, in tutti i paesi Europei.

Le figure 1, 2, 3, 4, riprodotte dal Report Annuale 2015 del Centro Europeo ECD, rappresentano lo stato di diffusione dei principali patogeni Multiresistenti nei differenti Paesi Europei (7).

In figura 6, è descritto il consumo di gel idroalcolico per il frizionamento delle mani, ritenuta dal WHO, l'azione gold standard per l'Igiene delle mani (9).

In figura 7, 8, 9, sono riportati i Consumi di Antibiotici nella popolazione generale ed in quella ospedaliera, in base alle misure di Prevalenza Europea degli anni 2011 e 2012 (10).

Come si evince dai dati riportati in cartina o in grafico, il nostro paese si distingue per situazioni e comportamenti ad alto rischio infettivo.

In Altri Paesi (UK, Francia) la definizione e attuazione di stringenti politiche nazionali relative alla realizzazione di efficaci misure preventive e di appropriate politiche prescrittive per gli Antibiotici ha portato a risultati tali da invertire e stabilizzare la situazione di multiresistenza a livelli più accettabili di rischio. Negli anni 2009-2013 sono stati abbattuti, in quei paesi, i tassi di incidenza di MRSA e Clostridium Difficile, e più

Fig. 5 - Modalita di Diffusione di Enterobattrei produttori di Carbapenemasi, 2015.

Figure 15. **Median alcohol hand rub consumption (litres per 1000 patient-days), ECDC PPS 2011–2012**

Fig.6 - Consumo di gel idroalcolico per Igiene delle mani, Misura di Prevalenza anni 2011-2012.

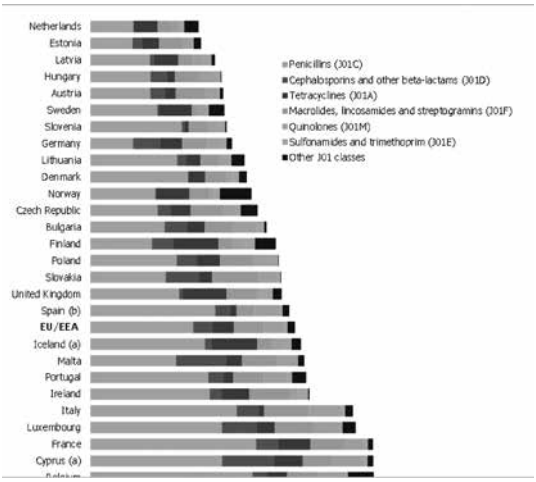


Fig 7 - Consumo di Antibiotici nella popolazione generale, DDD/1.000 abitanti, anno 2012.

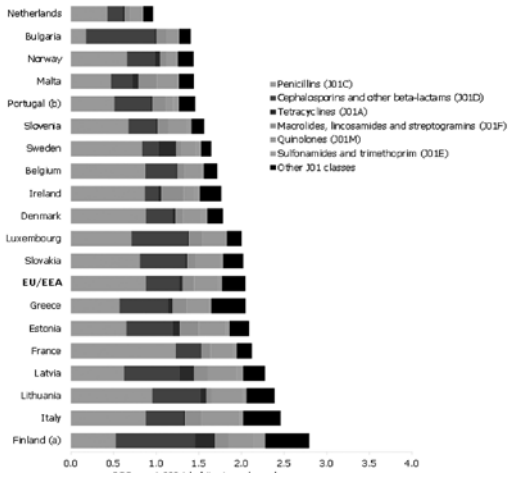


Fig.8 - Consumo di Antibiotici in Ospedale, DDD/1.000 ggdd, anno 2012.

Figure 65. **Prevalence of antimicrobial use (percentage of patients receiving antimicrobials) in acute care hospitals, ECDC PPS 2011–2012**

**PPS data representativeness was poor in Austria, Croatia, Czech Republic, Estonia, Norway and Romania and very poor in Denmark and Sweden.*

Figura 9 - Presenza % di terapia antibiotica in pz. ricoverati in ospedali per acuti: PPS ECDC: 2011-2012.

bassi risultano essere i valori di incidenza dei CPE.

Cosa è stato fatto e cosa dobbiamo ancora fare, noi, in Italia? Per provare a formulare una risposta, torno al titolo che ho scelto: Meno e meglio. Non vuole essere, certo, uno slogan originale; ce lo sentiamo ripetere con differenti variabili semantiche o con dizioni in differenti lingue, in molti corsi e convegni delle differenti specialità, e molti sono i movimenti e le campagne internazionali, che si pongono in questo atteggiamento per affrontare temi di prescrizione diagnostica e di appropriatezza terapeutica, nelle varie discipline.

Tra queste, la campagna "Choosing Wisely", promossa nel 2012 dall'American Board of Internal Medicine (ABIM Foundation), cui hanno aderito oltre 70 Società Scientifiche Americane, ha promosso la definizione delle prime 5 più efficaci azioni da privilegiare per una appropriato approccio al paziente, inserendo il tema della scelta appropriata e prudente, per quanto riguarda prescrizioni diagnostiche e terapeutiche in tutti campi della medicina; scelta verso la quale siamo scuramente spinti dalle politiche economiche di riduzione dei costi, in Italia come tutto il mondo, ma, vorrei dire ancor prima, è una scelta che dobbiamo percorrere indirizzati dalla cultura della medicina basata su evidenze, che ormai, in vari campi, dimostra come alcune prescrizioni si possano dimostrare poco sicure o addirittura dannose, per i nostri pazienti, e, quindi da evitare.

In campo infettivo, la Società degli Epidemiologi Americani (SHEA) ha identificato le seguenti 5 raccomandazioni:

– Non continuare la terapia antibiotica oltre le 72 ore in pazienti ospedalizzati senza chiara evidenza di infezione in atto.
– Evitare l'utilizzo di Devices invasivi (Cateteri Venosi Centrali, Tubi Endotracheali, e Cateteri Urinari), o, se necessari, ridurne al minimo il tempo di permanenza.
– Non ricorrere a esami colturali in assenza di segni clinici di infezione, perché test falsamente positivi possono portare a sovra diagnosi e sovra trattamento,
– Non usare antibiotici in pazienti con recente infezione da Cl. Difficile, per non esporli a recidiva,
– Non continuare la somministrazione di antibiotici per profilassi peri operatoria una volta che il paziente ha lasciato la sala operatoria.

È questo l'approccio, quindi, anche nel campo infettivo, dove il tema del costo da iperconsumo di antibiotici è certamente meno impellente e molto più importante è, invece, il tema dei danni conseguenti all'emergenza di multiresistenze. Multiresistenze emerse, negli ultimi decenni, a fronte di una crescente pressione antibiotica. Lo studio di Prevalenza ECDCDC, degli anni 2011-2012, ha rilevato la presenza di terapie antibiotiche nei pazienti ricoverati in strutture ospedaliere per acuti in percentuali variabili dal 21,4% in Francia al 54,7% in Grecia, con una media pesata europea pari al 32,6% (Italia 40-45%) (fig. 9) Piu spesso in Italia, rispetto ad altri paesi, tali terapie erano presenti, in quello studio, ancora in percentuali elevate per esecuzione di profilassi mediche, non sempre era presente documentata motivazione alla base dell'esecuzione della terapia stessa, molto frequentemente venivano somministrate per via parenterale, utilizzando molecole ad alta induzione di multi resistenze (Cefalosporine di 3° generazione, Fluorchinoloni, Carbapenemi) (10).

In particolare, importanti, le Multiresistenze riscontrate negli Enterobatteri resistenti ai Carpabenemi (CPE): batteri, dalla grande diffusibilità, dalla grande capacità di trasmettere multiresistenze, e dalla elevata mortalità delle infezioni che generano.

Questa nuova classe di batteri, infatti, ha sviluppato modalità di rapida diffusione e di trasmissione ad altri batteri delle resistenze agli antibiotici, resistenze trasmesse per via extracromosomica, tramite plasmidi endocellulari. La loro circolazione, si è fatta, come già descritto, via via più ampia, arrivando ad incidenze del 26 % nelle nostre strutture sanitarie per acuti e del 10% nelle strutture sociosanitarie.. Causano infezioni, inoltre, che proprio per le le caratteristiche di multiresistenza, sono molto più difficilmente curabili, se non con schemi terapeutici complessi, da affrontare con il supporto specialistico infettivologico e micorbiologico.

Le opzioni per ridurre il rischio rappresentato da questi batteri sono in sintesi i riassumibili, in 5 azioni da porre in atto: Azioni correlate alle limitate opzioni terapeutiche e all'alta mortalita: cioè un tempestivo ed appopriato approccio diagnostico di laboratorio per limitare il ritardo di attivazione di appropriato intervento terapeutico. Azioni per prevenire la trasmissione di CPE nelle strutture ospedaliere e non ospedaliere. Azioni per prevenire la diffusione di CPE in Comunità. Azioni di rinforzo dei team esperti di *infection control* a livello nazionale e locale, perché sopportare il peso di una situazione di endemia è molto piu gravoso che predisporre costi per azioni preventive.

Come comportarsi, quindi?

Necessaria la dimensione della prevenzione primaria, su cui non mi soffermo; di radicale importanza, se solo ricordiamo, come unico esempio, quanto ci costi, su tutti i fronti, affrontare annate di epidemia influenzale, in cui si sono verificati bassi tassi di adesione alle campagne vaccinali.

È necessario altresì, riappropriarsi, in primo luogo, della dimensione della prevenzione delle infezioni, intesa come adozione delle misure di precauzione, che ci aiuteranno a diminuire la diffusione dei patogeni, in particolare dei multi resistenti, nell'ambiente, ove resistono a lungo vitali, e nei nostri pazienti, diminuendo così la loro capacità di diffondere e di diffondere ulteriormente, anche ad altri patogeni più comuni, spettri così elevati di multiresistenza, che li rendono praticamente inattaccabili da tutti i gli antibiotici oggi in commercio.

Certo la principale misura di prevenzione, l'igiene delle mani, è entrata nella pratica professionale in maniera molto evidente, già nel lontano 1854, grazie alla fondamentale esperienza svolta da Ignaz Philipp Semmelweis, nella Clinica Ostetrica di Vienna, da Lui diretta, ma deve essere presente oggi più che mai nel nostro ope-

rare quotidiano, proprio per la mutata condizione epidemiologia dei nostri tempi.
Sempre più, infatti, sono presenti nelle nostre strutture patogeni che si trasmettono con modalità di tramissione per contatto, trasmissione favorita dalle mani di operatori non adeguatamente igienizzate, come ci testimonia una fiorente letteratura relativa alla evidenza di ritrovata presenza di patogeni umani sulle mani di operatori sanitari, ed alla origine di epidemie causate dagli stessi operatori (11).
Cosa si verificò allora che non possa ripetersi oggi e con analoghi pericolosi riscontri in termini di morbilità e mortalità in qualsiasi delle nostre strutture ?
Allora fu la diffusione di patogeni in grado di determinare sepsi puerperali, per mancanza di adeguata igiene delle mani, dopo essere stati in contatto con materiali o pazienti infette e la responsabilità fu attribuita ai giovani universitari che frequentavano quella clinica e che non praticavano una adeguata igiene delle mani nel visitare le pazienti ancora indenni, dopo contatto con il materiale biologico contaminato, proveniente dai riscontri autoptici, o da pazienti già infette.
Da quel lontano 1854, studiando la microbiologia e spostando il nostro interesse dalla pura morfologia alle differenti modalità di trasmissione di malattia delle specie batteriche, abbiamo imparato che alcune malattie si trasmettono per via aerea, sicuramente la modalità più pericolosa, ma fortunatamente limitata a pochi patogeni; alcune, e sono la maggior parte, si trasmettono per Droplet, cioè per goccioline di saliva, che diffondono fino ad un metro dalla fonte di infezione, ed altre, altrettanto numerose, per contatto diretto, ovvero indiretto, tramite materiali, superfici e mani contaminate.
Abbiamo quindi imparato a porre in atto anche altre misure di precauzione, aggiuntive rispetto alla semplice azione di igiene della mani. Abbiamo imparato i differenti sistemi di isolamento da porre in atto e, quindi, siamo più sicuri, rispetto a quel lontano 1854, nell'affrontare il controllo della diffusione dei patogeni, siano essi batteri o virus (12,13).
Certo alcuni ci spaventano più di altri, anche perché presentati, a volte, in maniera drammatica dai media, in corso di specifiche epidemie, ma altrettanto certamente i mezzi di controllo,

Responsabilità civile Professionale del Medico

Con la sua iscrizione all'Ordine dei medici, Lei ha diritto per tre anni alla copertura assicurativa per la Responsabilità civile Professionale del Medico con la speciale Formula Young, di Assicuratrice Milanese.

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

-NESSUNO SCOPERTO PER DANNI A PERSONE.
-TUTELA LEGALE PENALE E CIVILE ILLIMITATA.
-MASSIMALE DI GARANZIA € 2.000.000,00.

PREMIO € 250,00

N.B.: La responsabilità civile Professionale Formula Young è riservata esclusivamente ai medici nei primi tre anni di iscrizione all'ordine Professionale e cessa alla prima scadenza annuale oltre tale limite.

Per informazioni :

GAFEMAR SRL
VIA SABATINI, 3 40133 BOLOGNA 05119980051 info@gafemar.it
Riferimento: Giuseppe Verardi 3384058137
Gafemar srl è un Intermediario Assicurativo iscritto al Registro IVASS (RUI) al n. A000348325

se correttamente e costantemente attuati, ci consentono di limitare moltissimo la diffusione e sconfiggere, così, le eventuali epidemie in tutte le parti del mondo.
Parlando di Virus Ebola, ad esempio, basta pensare a come, in pochi mesi, il fenomeno sia stato arginato pur in paesi a basso reddito e basso potenziale di prevenzione e cura e, come, invece, sia stato possibile non evitare il contagio di alcuni operatori in strutture di evoluti sistemi sanitari, per banali inosservanze di buone pratiche.
E finora abbiamo parlato del "meglio" da mettere in atto.
Per venire al "meno", devo inoltrarmi nel terreno delle corrette prescrizioni antibiotiche, tema già considerato tra le 5 raccomandazioni degli Epidemiologi americani sopra rammentate, e di competenza dei colleghi specialisti infettivologi, che sempre più andranno consultati nell'atto di trattare infezioni sorrette da patogeni multiresistenti, come quelli oggi in circolazione e degli specialisti microbiologi, che tante e preziosissime informazioni ci possono fornire, se allertati sulla base di tempestive esecuzioni di esami colturali.
Insieme Igienisti, Infettivologi, Microbiologi ed Infermieri esperti in Infection Control, supportano le strutture sanitarie con programmi di prevenzione e controllo del rischio infettivo e di *stewardship* antibiotica sorretti da solide evidenze e rigorosa metodologia, e con un colloquio e un confronto continuo con i colleghi impegnati negli atti clinico-assistenziali.
IL WHO (Organizzazione Mondiale della Sanità) indica le azioni per ridurre le antibiotico resistenze indicando i differenti livelli in cui agire: a livello di informazione della popolazione, di formazione dei prescrittori ospedalieri e non, di management e di laboratori ospedalieri, di utilizzo di antibiotici nei cibi per allevamenti e, a livello di strategia nazionale globale (14).
Le Linee Guida di Infettivologi ed Epiemiologi Americani indicano quali debbano essere le principali azioni di *stewardship* antibiotica da attuare nelle strutture sanitarie per ridurre l'emergenza di multi resistenze, evidenziando come maggiormente efficaci l'approccio multi professionale, la definizione e diffusione di protocolli e algoritmi, l'esecuzione di Audit ed il tempestivo feedback di dati, il precoce *switch* alla formulazione orale(15).
La Campagna CDC sulla antibiotico resistenza (16), ci indica quali siano le poche e semplici domande da porsi prima di avviare una terapia antibiotica nei nostri pazienti, o prima di confermarla: sto prolungando una profilassi che andrebbe interrotta? Sto trattando una colonizzazione senza sintomi o una infezione clinicamente evidente? Ho eseguito un esame colturale? Ho impostato una terapia empirica precoce con attenzione a dose, tempi e durata di somministrazione? Revisionerò la terapia al terzo giorno ?
Migliori azioni di precauzione e Minore pressione antibiotica, quindi, ci aiuteranno a ridurre l'incidenza del rischio infettivo delle nostre strutture sanitarie, ospedaliere e non ospedaliere, ed a meglio trattare i nostri pazienti.
Azioni di particolare rigore ed urgenza saranno necessarie, come suggerito dai più recenti report di esperti, per contrastare la diffusione dei CPE, per i quali un approccio più comprensivo di attenzione ed intervento a piu livelli è richiesto.
Sono infatti necessarie azioni immediate e tempestive di approccio al paziente per una diagnosi e cura appropriata, con i supporti specialistici esperti; azioni che prevengano la trasmissione dei CPE nelle strutture ospedaliere per acuti e non acuti e in tutti i *settings* assistenziali, tramite interventi di messa in atto di sorveglianze attive di portatori, attuazione di precauzione a contatto ed isolamenti, e promozione di politiche di *stewardship* antibiotica; azioni per prevenire la diffusione in Comunità, compresi gli interventi su cibi, coltivazioni, allevamenti; azioni di grande attenzione alla circolazione di pazienti portatori; azioni di supporto ai Servizi Sanitari ed alle Aziende per i settori esperti di *Infection Control* e per le risorse necessarie alla messa in campo di azioni sempre piu stringenti di Infection Control e Stewardship antibiotica.
Ma anche per queste azioni spesso Meglio, e cioè il Migliore intervento in ambito di attuazione di Misure di Prevenzione, e Meno, e cioè attuazione di azioni di Stewardship Antibiotica e, non solo a livello umano, si rivelano approcci vincenti.

Patrizia Farruggia
Azienda Usl di Bologna

Bibliografia

1. "Management of Multidrug-Resistant Organisms in Healthcare Settings, 2006" (http://www.cdc.gov/hicpac/mdro/mdro_toc.html).
2. Ben-David D, Maor Y, Keller N, et al. Potential role of active surveillance in the controlof a hospital-wide outbreak of carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae infection.Infect Control Hosp Epidemiol 2010 Jun;31(6):620-6. Rapid evolution and spread of carbapenemases among Enterobacteriaceae in Europe.
3. Cantòn R, Akòva M,Carmeli L, Giske GC, Glupczynski Y, Gniadkowski M, Livermore DM, Miriagou V, Naas T, Rossolini GM, Samuelsen Ø, Seifert H, Woodford N, Nordmann P; European Network on Carbapenemases. "Rapid evolution and spread of Carbapemenemases among Enterobacteriaceae in Europe" Clin Microbiol Infect. 2012 May;18(5):413-31.
4. Woerthere PL.,Burdet C, Chachaty E. Andremont A. "Trends in human fecal carriage of extednde-spectrum beta-lactamases in the community:toward the globalization of CTX –M. Clin Micorbiol Rev. 2013 Oct; 26(4):744-58.
5. Gupta N,Limbago BM, PatelJB, Kallen AJ. «Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae: epidemiology and prevention. Clin Infect.Dis. 2011 Jul 1; 53 (1):60-7.
6. Munoz-Pice LS, Poirel L, Bonomo RA, Schwarber MJ, Dalkos GL, Cormican M, et al. Clinical epidemiology of the global expansionof Klebisella Pneumoniae carbapenemases. Lancet Infect.Dis 2013 Sep; 13 (9).785-96
7. European Centre for Disease Prevention and Control.. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2014. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net),Stockolm: ECDC,2015.
8. Carbapenem - resistant Enterobacteriaceae: European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: Carbapenem 8 April 2016. Stockholm.
9. Pittet D.and Boyce J.M.Hand hygiene and patient care: pursuing the Semmelweis legacy. Lancet Infectious Diseases, vol1, pp-9-20, April 2001
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report of Antimicrobial resistance and healthcare-associated infections, 2014
11. Pittet D, Allegranzi B, Storr J, Donaldson L. 'Clean Care is Safer Care': the Global Patient Safety Challenge 2005-2006. Int J Infect Dis. 2006 Nov;10(6):419-24
12. Jane D. Siegel, MD; Emily Rhinehart, RN MPH CIC; Marguerite Jackson, PhD; Linda Chiarello, RN MS;the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, cdc
13. Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza - Progetto INF-OSS Zotti C, Moro ML.,2010
14. WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance (WHO 2001)
15. Timothy H.Dellit, Robert. Owens, John E Mc Gowan, Infectious Disease Society of America and the Society fo Healthcare Epiemiology of America Guidelines for developing an Institutional Program to enhance Antimicrobial Stewardship Clinical Infectious Disease 2007: 44:159-77
16. www.cdc.gov/getsmart.. Centers for Disease Control and Prevention,October 2014

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Ai Colli

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO PSICHIATRICO

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
- Etnopsichiatria e Servizio di Consultazione Culturale:

Coordinatore:
Dott. Vincenzo Spigonardo

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

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

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

Il concetto di atto medico e la sua rilevanza penale

Vincenzo Castiglione

A proposito di recenti episodi, che hanno riguardato la "delega di atti medici ad altri professionisti sanitari nell'ambito dell'emergenza territoriale", occorre, innanzi tutto, chiarire il concetto di atto medico, onde individuare la sua rilevanza penale.
Secondo la definizione di atto medico (Budapest-UEMS, novembre 2006), "l'atto medico comprende tutte le azioni professionali, vale a dire le attività scientifiche, didattiche, formative ed educative, cliniche, medico-tecniche compiute al fine di promuovere la salute e il buon funzionamento, prevenire le malattie, fornire assistenza diagnostica e terapeutica e riabilitativa a pazienti, gruppi o comunità nel quadro del rispetto dei valori etici e deontologici. Tutto ciò rientra nei doveri del medico iscritto (cioè abilitato e iscritto all'ordine dei medici) o deve avvenire sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione".
Sebbene qualche Autore abbia sottolineato che la definizione non dice cosa sia l'atto professionale, in quanto tale, ma le azioni in esso comprese, sicché l'atto è definito solo in termini di azioni e di attività, cioè è interpretato come operatività, pare che si debba specificare che la questione medica non è risolvibile se prima non ci si accorda su cosa debba essere un atto medico.
In genere, quasi tutte le definizioni, anche di altre professioni, che si possono ricavare da diverse fonti, fanno la stessa cosa: esse adottano l'espressione "profilo professionale", usata, però, in modo diverso se rivolta ai medici o alle professioni sanitarie (L. n. 251, D.m. 118), ma la tendenza a circoscrivere resta comune. Per i medici in genere il profilo, specie nei contratti, non descrive l'atto professionale, ma la figura di "medico competente" o "dirigente", quindi i requisiti giuridici che egli deve possedere per svolgere un incarico.
L'atto è, tuttavia, molto più dell'incarico e, quindi, non è riducibile né all'incarico, né alla funzione, né al compito. Oggi i medici tentano di mettere ordine nei rapporti tra le professioni sanitarie (in sanità esse sono 22), perseguendo la strada della definizione giuridica di atto medico.
La definizione giuridica di atto medico allo stato attuale può apparire più problematica di quella che si crede, probabilmente per le difficoltà che la letteratura giuridica ha incontrato sino ad ora a trovare una definizione. Le difficoltà che incontra la definizione giuridica di atto medico stanno esponendo da anni la professione ad un genere nuovo di conflitto, che riguarda la titolarità delle competenze da svolgere.
Da anni è in piedi una discussione su che cosa debba fare il medico e su che cosa debba fare l'infermiere e da anni si discute del "principio di confine", vale a dire che tutto quanto non rientra nelle competenze del medico rientra automaticamente nell'ambito delle competenze dell'infermiere. Ma se questo confine non è mai definito, la sua funzione di demarcazione delle titolarità viene a mancare. È difficile per il medico definire i rapporti con le altre professioni, senza prima aver ridefinito cosa debba essere la professione medica oggi.
Alla radice del conflitto professionale tra medici e infermieri sulle competenze, è che il famoso "atto medico" a tutt'oggi non è specificato dalla legge se non in termini di generiche competenze mediche.
Oltre a questi problemi vi è un elemento nuovo che da qualche anno ha fatto la sua

comparsa in sanità, e che configura il conflitto tra medici e infermieri sempre più con i caratteri di un vero e proprio "conflitto sociale": le restrizioni finanziarie, cui è sottoposto drammaticamente il settore, e soprattutto le crescenti politiche di definanziamento, che riducono le risorse disponibili per il lavoro, che riducono le retribuzioni attraverso blocchi e tagli, che limitano enormemente l'autonomia delle professioni.

Il conflitto professionale inteso quale conflitto sociale è sempre più un'interazione tra due categorie, che si contraddistingue per una divergenza di scopi che solitamente si manifesta in situazioni caratterizzate dalle forti restrizioni, anche finanziarie ma non solo, che impediscono alle parti in gioco il conseguimento simultaneo dei propri obiettivi professionali.

Nei conflitti professionali in sanità le parti contendenti si rifanno tutte immancabilmente e retoricamente all'interesse primario del malato, sia chi vuole di più come è il caso degli infermieri, sia chi non vuole dare di più come è il caso dei medici. In ogni caso, occorre fare chiarezza sul concetto di atto medico, basandosi su due elementi fondamentali:

a) la rilevanza giuridica del Codice di Deontologia Medica;

b) i principi affermati in materia dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione.

Come è noto, il Codice Deontologico dei medici e degli altri esercenti una professione sanitaria nasce come un insieme di norme consuetudinarie, nell'ambito di un gruppo sociale costituito dai membri di una professione, omogenei nella qualità dei rapporti e delle azioni.

Le regole deontologiche, con la loro connaturata propensione a offrire previsioni generali e con la loro altrettanto connatura apertura alle nuove sfide della tecnologia, possono essere di grande ausilio al fine di stabilire le regole basilari della condotta professionale medica, che riguardano gli interessi essenziali della collettività e della persona umana. Il problema più rilevante che esse propongono, tuttavia, è costituito dalla loro eventualmente rilevanza giuridica, trattandosi di norme extragiuridiche, per cui qualche autore ritiene di poterle equiparare a linee guida peraltro caratterizzate dalla possibilità di sanzioni disciplinari in caso di violazione da parte del professionista. Secondo un'opinione giurisprudenziale, risalente nel tempo, le norme deontologiche, essendo extragiuridiche, non assurgono a norme dell'ordinamento generale, né posso essere ad esse assimilate.

Questo argomento è stato utilizzato per giustificare l'impossibilità di ingerenza della Corte di Cassazione nella discrezionalità della giurisdizione professionale e, quindi, nella sindacabilità dei giudizi sanzionatori formulati dai Consigli degli Ordini per le violazioni delle regole deontologiche da parte dei loro iscritti (Cass. Sez. Un. 12 dicembre 1995, n. 12723; Cass. Sez. Un. 23 luglio 1993, n. 8239. Cass. Sez. III civ. 10 febbraio 2003, n. 1951, e numerose altre).

Questo orientamento è stato ribadito dai giudici della Corte di Cassazione con la sentenza n. 23017 dell'11 novembre 2015, secondo cui le norme del codice deontologico di un ordine professionale, al di fuori dell'ambito disciplinare, non sono assimilabili a norme di diritto operanti nell'ordinamento generale.

Particolare è, tuttavia, l'affermazione rinvenibile nella sentenza della Corte Costituzionale del 26 giugno 2002, n. 282, che, nel dichiarare l'illegittimità costituzionale di una legge regionale della Regione Marche, ha chiamato espressamente in causa il Codice di Deontologia Medica per sostenere che "poiché la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita dall'autonomia e dalla responsabilità del medico", il quale "deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate (art. 12 del Codice di Deontologia Medica del 1998)"; pertanto, le scelte del legislatore regionale, che non si fondano su "specifiche acquisizioni tecnico-scientifi-

che verificate da parte degli organismi competenti", ma poggiano su "valutazioni di pura discrezionalità politica", non possono prevalere sui "principi fondamentali comunque risultanti dalla legislazione statale già in vigore": principi ai quali sarebbe riconducibile il Codice di Deontologia Medica, che prospetta un "punto di incrocio tra autonomia del medico nelle sue scelte professionali e obbligo di tener conto dello stato delle evidenze scientifiche e sperimentali" (Analoghi principi sono stati ribaditi dalla stessa Corte Costituzionale in merito alla legge della Regione Piemonte del 18 settembre 2006, n. 32).

La penetrazione delle norme deontologiche nell'ordinamento giuridico, alla luce degli autorevoli suggerimenti della Corte Costituzionale, può dirsi ormai avviata, tanto da far attribuire dalla dottrina più attenta alle norme deontologiche un ruolo di determinazione e di specificazione di principi e di clausole generali dell'ordinamento giuridico (v. D'Angelo, 2001; Quadri, 2002; Comporti, 2002; Iadecola, 2007).

In definitiva, secondo questo orientamento dottrinale "la regola deontologica viene attratta dall'ordinamento giuridico e, per così dire, recuperata nella sua rilevanza per il diritto dalla clausola generale il cui contenuto essa va a determinare" (Bellelli, 1999).

In ogni caso, alcune norme del codice deontologico mostrano una piena convergenza con quanto previsto dall'ordinamento giuridico per cui l'inosservanza di norme deontologiche finisce per avere anche una rilevanza penale o civile, oltre che disciplinare, sempre che dalla condotta sia scaturito un evento lesivo o dannoso. In tale ambito si collocano, ad esempio, l'obbligo per il medico di intervenire in qualunque situazione si renda necessaria la sua attività (art. 8): un obbligo che va ben oltre i confini della norma penale sull'omissione di soccorso (art. 593 cod. pen.), poiché riguarda non soltanto il caso in cui il medico "si trovi in presenza di un malato o di un ferito in pericolo", ma anche il caso in cui il medico sia semplicemente "informato" di tale pericolo; l'obbligo di osservare il segreto professionale (art. 10), in analogia con l'art. 622 cod. pen.; il dovere dell'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci utilizzati, nonché delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle prevedibili reazioni individuali (art. 13) ecc.

Più pregnanti e definitivi appaiono, infine, gli insegnamenti costantemente affermati dalla Corte di Cassazione, che ancora recentemente è intervenuta in materia, affermando: ai fini dell'accertamento del reato di esercizio abusivo della professione medica (art. 348 cod. pen.), deve aversi riguardo al concreto svolgimento di atti tipici, cioè di atti riservati a detta professione, dovendo negarsi che possa avere rilievo, per escluderne la configurabilità, la circostanza che il soggetto agente non si presenti come "medico".

Ciò che caratterizza l'attività medica, per la quale è necessaria una specifica laurea e un'altrettanta specifica abilitazione, è la "diagnosi", cioè l'individuazione di un'alterazione organica o di un disturbo funzionale, la "profilassi", ossia la prevenzione della malattia, e la "cura", l'indicazione dei rimedi diretti ad eliminare le patologie riscontrate ovvero ridurne gli effetti.

Conseguentemente, ciò che rileva è che queste tre componenti della professione medica siano poste in essere da soggetti che non hanno conseguito la prescritta abilitazione medica. In definitiva, un soggetto privo dell'abilitazione medica non può eseguire diagnosi di malattie, non può prescrivere rimedi terapeutici e non può somministrare farmaci (Cass. penale Sezione VI 3 marzo 2016, n. 8885; conf. Cass. pen Sez. VI 20 giugno 2007, n. 34200; Cass. pen. 10 aprile 2003, n. 30590 ed altre).

Conclusivamente, nel caso concreto, si tratta di accertare la effettiva natura degli atti posti in essere dai "professionisti sanitari (delegati per atti medici) nell'ambito dell'emergenza territoriale", al fine di stabilire se sia stato violato o meno l'art. 348 cod. pen.

CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie 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.

051.644.00.55 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA
COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

CERTIFICATA

Il LIONS International ed il suo impegno in campo sociale e sanitario

Angelo Di Dio*

Il 12 giugno 2016 il Lions Club Crevalcore Marcello Malpighi insieme al Lions Club BO Archiginnasio hanno donato un "cane guida" al sig. Mario Cirri, persona non vedente.
La cerimonia si è svolta a Porretta Terme alla presenza delle Autorità Lionistiche: Giuseppe Rando Governatore Lions del Distretto 108 tb, del past Governatore Fernanda Paganelli, del Presidente del centro di addestramento Cani Guida di Limbiate (MI), Giovanni Fossati Coordinatore service permanente Cani Guida, dei Presidenti dei Club Lionella Dall'Agata Ragazzini e Bo Archiginnasio Angela Castellari, del Sindaco di Porretta Terme Giuseppe Nanni, del Direttore della Pinacoteca di Bologna Franco Faranda e del Presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna Giancarlo Pizza.

È stato sottolineato l'impegno solidale dei LIONS per le problematiche sociali, sanitarie e giovanili, locali ed internazionali a favore della vista e contro la cecità di cui il service odierno ne è concreto esempio. Il costo per l'addestramento di un cane guida si aggira sugli 11.000,00 euro.
Sono stati consegnati il "MALPIGHI D'ORO" consistente in una targa d'Oro al prof. Mario Lima professore Universitario di Chirurgia Pediatrica dell'Ospedale Sant'Orsola di Bologna, ed il premio Bolelli ad una neolaureata in ambito medico biologico, che si è distinta per miglior curriculum, consistente in un assegno di 2000,00 euro.
Altri esempi di impegno e di solidarietà sanitaria e sociale verso la comunità sono stati:
– il versamento di 60.000,00 euro a favore delle zone terremotate, che hanno permesso anche la ricostruzione della scuola e della biblioteca di Finale Emilia consegnata alcuni mesi fa;
– la consegna di cinque defibrillatori nel Distretto Lions 108 Tb, di cui 1 al Comune di Crevalcore.

** Già Consigliere dell'Ordine dei Medici di Bologna, Vice Presidente del Lions Club Crevalcore Marcello Malpighi*

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 1 giugno 2016

Cognome-Nome	Telefono
ARCIUOLO GIUSEPPE	340/74.61.536
ATTI CARLO	339/72.01.388
AZZARONE CARLOTTA	338/93.02.918
BALZANI ALESSIO	393/06.03.479
BARILLI GABRIELE	338/44.60.516
BONFATTI ROCCO	340/56.57.568
BONFIENI AMANZIO	373/83.84.322
BOSCHETTI LAURA	338/22.23.320
BRAVI CARLO ANDREA	338/78.34.089
BUA BENEDETTA	349/33.24.001
BUIATTI MARIA	333/99.21.595
CAFORIO VALENSIA	347/65.97.080
CALIARI GABRIELE	340/85.87.196
CASSANELLI GIULIA	333/78.36.895
CHIARINI VALENTINA	349/00.60.601
CLEMENZA SARA	329/40.13.803
COBILAS TATIANA	333/92.54.695
CORDA CAROLINA	333/49.29.919
COSTANTINO CLAUDIA	335/70.09.963
CUCU SILVIA	380/79.39.244
D'ADAMO ANTONIO	340/91.58.482
DE BERARDINIS GIULIA	339/50.77.298
DE MARIA BEATRICE	338/67.32.338
DI CIOMMO MARIA LUISA	347/23.03.113
DI MARZIO GIULIA	339/30.12.847
FOGUE BWOPDA FABRICE INNOCENT	329/60.15.283
FIORINI FRANCESCA	339/45.06.617
FIRINU ANTONELLA	348/72.21.665
FORMARO NICOLINA SILVANA	347/78.27.325
GALUPPI FRANCESCO	335/65.98.563
GAMBERI ALESSANDRO	333/57.94.387
GAMBERINI ELISA	333/71.17.218
GENTILINI MATTIA	051/47.76.20 - 340/23.17.355
GORGA FRANCESCO	346/94.79.582
GRANA MARIANNA	329/89.32.333
GRAZIANO DANIELE	333/74.94.082
GUENZI LORENZO	389/80.66.070
KHATTAB KHALED	389/16.58.401
LATTUCA THOMAS	328/62.14.756
LEUNTE VIOREL	373/85.68.811
LOCASO MICHELA	320/07.84.669
LOLLI GIULIA	338/87.69.986
LONETTI CARLO	340/30.09.554
LOTRECCHIANO LUDOVICA	348/56.71.879
MAYA GIRALDO PAOLA	380/43.20.438
MANINETTI MARINA	340/31.69.918
MATTEI SIMONE	329/15.91.919
MERLI ELENA	333/38.14.807
NUZZETTI MICHELA	349/28.90.091
PASSARINI GIULIA	339/17.34.151
PATTI DANIELA	349/33.20.021
PEDRINI FRANCESCA ALICE	340/78.48.535
PERGOLESI ANNA CHIARA	339/14.85.636
PRIVITERA HRUSTEMOVIC HANA	329/37.98.070
RIZZO RAFFAELLA	380/79.43.223
ROCHIRA ANDREA	328/19.29.335
ROTINI CARLOTTA	329/79.39.753
RRUSHO ODETA	370/31.18.258
SCANDELLA MICHELA	339/24.59.451
SOFLAI SOHEE SOPHIA	333/95.84.688
STARA ALESSANDRA	345/59.00.388
STEFANINI CRISTINA	348/44.49.668
STIPA CARLOTTA	329/58.66.089
TAMBURRANO CHIARA	340/85.38.654
TARTIVITA CHIARA NATALIA	348/91.38.057
TOMASSOLI GIOVANNI	340/29.41.064
TUNDO GIULIA MARIA	393/25.83.205
UBIALI ANDREA	347/37.61.653
VACCARI DANIELE	348/49.96.512
VALLI VITORIO	337/59.10.23
VALTORTA ALESSANDRO	347/16.43.919
VENTURI RAFFAELLA	349/74.60.558
ZAVARONI SUSANNA	370/31.16.647
ZUCCHINI RICCARDO	340/96.97.810

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
BAGNATO FRANCESCA	Medicina Interna	338/39.99.669
BOTTOLI ELENA	Corso di Formazione in Medicina Generale	339/30.10.766
CARDELLICCHIO RODOLFO	Ortopedia e Traumatologia	051/49.29.16
		335/62.20.145
DANNOUN AHMAD	Corso di Formazione in Medicina Generale	3711543082
DI VITO LIDIA	Neurologia	328/85.17.534
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
FABBRI SIMONETTA	Medicina Interna	335/54.87.533
FARNETI PIERO	Neurologia	338/73.21.555
GALLI ALESSANDRO	Odontoiatra	320/71.31.656
LACORTE DORIANA	Pediatria	380/38.65.381
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente	
	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/44.32.41
		339/48.19.676
NAZIONALE IMMACOLATA	Gastroenterologia	347/36.29.125
PALUMBO BENEDETTA	Odontoiatra	051/30.38.96
		338/33.64.432
PICCOLI LIDIA	Chirurgia Generale	347/59.17.472
PIGNATARO BARBARA	Odontoiatra	333/48.97.823
SCATURRO MELCHIORRE	Neurologia	347/53.37.537
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23
VENTURI RAFFAELLA	Patologia Clinica	349/74.60.558

Le Radici del Benessere: dall'igiene orale all'Area Wellness. Igienisti, dentisti, medici, atleti, sportivi e cultori della materia

Venerdì 16 e sabato 17 Settembre 2016

Bologna, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - via San Vitale n. 59 (Bologna) - Aula Bigari

OBBIETTIVI FORMATIVI

La salute psicofisica dell'individuo è l'obbiettivo primario verso il quale tende la scienza medica. Dalla correlazione tra malattia orale e malattie sistemiche deriva la necessità di adottare corretti stili di vita, al fine di mantenere integro non solo il cavo orale ma l'intero organismo. Alimentazione corretta, attività fisica regolare e bilanciata ed una adeguata igiene orale sono infatti pilastri di una vita sana. Corretti stili di vita ed alimentazione sana condizionano infatti anche la salute orale dell'individuo e di conseguenza la salute in generale dalla bocca, che è crocevia di patologie sistemiche e porta di ingresso di nutrienti, da cui dipende il completo benessere fisico, mentale e sociale.

PROGRAMMA
VENERDÌ 16/09
9:00-9:15 - *Prof. Luigi Checchi,* Introduzione al corso
9:50-13:00 - *Prof. Filippo Ongaro,* Nutrizione e malattie cronico-degenerative
14:00-17:00 - *Prof. Luigi Checchi,* Malattia parodontale, malattie sistemiche e igiene orale domiciliare
SABATO 17/09
9:00-13:00 - *Prof. Filippo Ongaro,* Allenamento fisico e prevenzione
14:00-16:00 - *Dott.ssa Sonja Ongaro,* Stress e tecniche di rilassamento
16:00-17:00 - Tavola rotonda

Per effettuare la registrazione al corso contattare:
Dott.ssa Barbara Tissino
barbara.tissino@unibo.it
(+39) 051 20.88.189
dalle ore 12:00 alle ore 13:00

Tavola Rotonda: L'ATTO MEDICO: CHIARIAMO. LA PROPOSTA DI LEGGE DELL'ON. D'INCECCO

1° ottobre 2016 8.30-13.30

Presso la Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna, Via G. Zaccherini-Alvisi 4, Bologna
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna
Coordinano: Prof. Ivan Cavicchi, Dott. Giancarlo Pizza
8:30 - Saluto del Dott. Pizza, Presidente OMCeO Bologna
8:45 - Prof. Ivan Cavicchi, Docente Scuola di Medicina, Tor Vergata, Roma
9:00 - On.le Vittoria D'lncecco: PERCHÉ LA PROPOSTA
9:30 - Dott.ssa Roberta Chersevani, Presidente Comitato Centrale FNOMCeO: Cosa ne pensa il Comitato Centrale FNOMCeO
10:00-10:20 - Dott. Piero Muzzetto, Presidente OMCeO di Parma
10:20-10:40 - Dott. Roberto Carlo Rossi, Presidente OMCeO di Milano
10:40-11:00 - Coffee Break
11.00-11.20 - Prof. Luca Benci, Giurista, Firenze
11:20-11:40 - Prof. Mauro Barni, Docente di Medicina Legale, Università di Siena
11:40-12:00 - Prof. Luigi Bolondi, Ordinario Medicina Interna, Università di Bologna
12:00-12:30 - DISCUSSANT
Dott. Giuseppe Lavra, Vice Presidente OMCeO di Roma, Dott. Antonio Ciofani, Responsabile UOC Nefrologia e Dialisi, Pescara
13:00-13:30 - Discussione
13:30-14:00 - Conclusioni: Prof. Ivan Cavicchi, Dott. Giancarlo Pizza
14:00 - Lunch

Tavola Rotonda: MEDICI E PROFESSIONI SANITARIE: UN DIALOGO MAI INTERROTTO

15 ottobre 2016 8.30-13.30

Presso la Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna, Via G. Zaccherini-Alvisi 4, Bologna
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna
Coordinano: Prof. Ivan Cavicchi, Dott. Giancarlo Pizza
8:30-8:45 - Saluto del Dott. Pizza, Presidente OMCeO Bologna
8:45-9:00 - Prof. Ivan Cavicchi, Docente Scuola di Medicina, Tor Vergata, Roma
9:00-9:30 - Dott.ssa Roberta Chersevani, Presidente Comitato Centrale FNOMCeO
9:30-10:00 - Dott.ssa Barbara Mangiacavalli, Presidente Comitato Centrale IPASVI
10:00-10:30 - Dott.ssa Rossana Ugenti, Direttore Generale Risorse Umane, Ministero della Salute
10:30-11:00 - Dott. Alessandro Vergallo, Segretario Nazionale AAROI
11:00-11:30 - COFFEE BREAK
11:30-12:00 - Prof. Mauro Barni, Docente di Medicina Legale, Università Di Siena
12:00-12:30 - Dott. Roberto Lala, Presidente OMCeO di Roma
12:30-13:00 - Dott. Roberto Carlo Rossi, Presidente OMCeO di Milano
13:00-13:30 - DISCUSSIONE
13:30-14:00 Conclusioni: Prof. Ivan Cavicchi, Dott. Giancarlo Pizza
14:40 - LUNCH

PATOLOGIE RADIOTRASPARENTI DEI MASCELLARI

Bologna, 19 dicembre 2015

Il giorno 19 dicembre 2015 si è svolto presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università di Bologna il seminario interdisciplinare dal titolo "Patologie Radiotrasparenti dei Mascellari".
L'organizzazione è stata curata del prof. Claudio Marchetti, ordinario di Chirurgia Maxillo-Facciale dell'Università di Bologna e della prof.ssa Maria Pia Foschini, ordinario di Anatomia Patologica della medesima Università, con la collaborazione del dott. Giuseppe Lizio, assegnista di ricerca presso il reparto di Chirugia Orale della Clinica Odontoiatrica universitaria. L'evento ha rappresentato un "esperimento" rispetto ai canoni del "convegno" tradizionalmente inteso, prefiggendosi di eliminare il divario tra la figura del relatore e dell'ascoltatore per rendere tutti i presenti protagonisti, fruitori dell'esperienza altrui e forieri della propria.
L'argomento, piuttosto eterogeneo per la natura e le caratteristiche del tipo di patologia considerata, è stato trattato con un taglio eminentemente pratico in un vivace confronto tra i vari specialisti presenti sul podio e nell'uditorio e l'evento ha registrato una buona partecipazione non solo di odontoiatri, ma anche di chirurghi, radiologi ed anatomo-patologi.
La giornata si è articolata nella presentazione di casi tra i più interessanti occorsi negli ultimi anni nella pratica clinica delle realtà ospedaliere ed ambulatoriali della città di Bologna che si occupano di patologie oro-facciali quali la Clinica Odontoiatrica Universitaria, il Policlinico S.Orsola e l'ospedale Bellaria, e ogni caso è stato esposto criticamente dal clinico, dal radiologo e dall'anatomo-patologo di riferimento per poi essere discusso in modo interattivo con il coinvolgimento di tutti i presenti. La casistica è stata suddivisa in quattro sessioni: le lesioni cistiche benigne, odontogene e non, le lesioni cistiche neoplastiche, comprendenti la cheratocisti e l'ameloblastoma, le displasie e le pseudocisti, le lesioni tumorali maligne.
L'interazione tra i singoli specialisti ha evidenziato le conoscenze acquisite sull'argomento, ma ha risaltato anche le zone di buio per ridurre le quali è apparsa evidente la necessità di uscire fuori dal proprio ambito e di comunicare il più possibile con i colleghi che affrontano il problema da altre angolazioni, fornendo ad essi tutte le informazioni, perché la "verità diagnostica" possa emergere da un approccio alla realtà a 360°. Ciò tanto più se si considera l'altissimo riscontro nella pratica quotidiana di tali lesioni, spesso subdole in termini di diagnosi e di terapia, e la necessità mai sufficiente di una diagnosi precoce; da ciò è emerso l'obbligo di eseguire sempre una biopsia in caso di dubbio.
Risultato non meno importante dell'evento, è stato proprio quello di permettere ai vari professionisti bolognesi di conoscersi personalmente, in modo da poter in futuro meglio interagire per il bene della comunità.

Dott. Giuseppe Lizio

XX CONGRESSO NAZIONALE COI AIOG - BOLOGNA 8-9 APRILE 2016 RELAZIONE SCIENTIFICA

Cenacolo Odontostomatologico Italiano Associazione Italiana Odontoiatria Generale - Associazione per la Ricerca e la Cultura Odontostomatologica

Il XX Congresso Nazionale tenutosi a Bologna l'8 e 9 aprile 2016, è stato incentrato, come suggerisce il titolo "Salute Orale e benessere oggi, e domani?", su salute orale e prevenzione, finalizzati al benessere complessivo del paziente.
Le informazioni che giungono da ricercatori di tutto il mondo identificano infatti una correlazione sempre più stretta tra salute orale e benessere complessivo della persona. L'O.M.S. sottolinea come concetto di salute quello di uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. In questo sicu-

ramente la salute orale riveste un ruolo importante. È importante sottolineare come il nostro lavoro, e quello di tutto il team odontoiatrico deve essere finalizzato sì all'oggi, ma bisogna lavorare con un efficace percorso di mantenimento, altrimenti il domani, è solo un punto di interrogazione. Fondamentale dunque parlare di prevenzione, di buona pratica clinica, di costruzione di quell'alleanza terapeutica tra paziente e odontoiatra, di una squadra che lavora, ciascuno con i propri ruoli e i propri compiti per il ben-essere del paziente. Dunque, in questa occasione, si è cercato di spiegare come il team odontoiatrico possa essere strumento di miglioramento della qualità della vita, lavorando sull'oggi per il benessere del domani. È stata una due giorni intensa sotto il profilo dell'aggiornamento e dell'approfondimento scientifico, diventata anche l'occasione per guardare al futuro della professione odontoiatrica. Da questo XX Congresso escono più forti e chiari due concetti fondamentali, divenuti imprescindibili: quello di un nuovo approccio "etico" al paziente e alla sua salute e quello del team odontoiatrico. I Relatori hanno affrontato ciascuno un argomento specifico spaziando tra tutte le discipline odontoiatriche, dall'implantologia all'endodonzia, alla parodontologia. Ma anche di *special care* nel paziente affetto da patologie sistemiche. L'evento è stato accreditato per medici di medicina generale, odontoiatri, igienisti dentali, con 9,8 crediti Ecm, ed ha avuto il patrocinio dell'Ordine dei Medici di Bologna e della FNOMCeO.

Apre il Congresso la Lectio Magistralis del Dott. Giano Ricci, che ci spiega come il benessere generale della persona dipende anche dall'avere una bocca sana e una situazione funzionale ed estetica che consenta di sorridere e di mangiare tranquillamente con i propri denti naturali. Durante la sua presentazione il Dott. Ricci descrive le metodiche diagnostiche e terapeutiche che permettono di raggiungere questo scopo. Prosegue la Dott.ssa Maria Grazia Cannarozzo, presidente nazionale COI AIOG, insieme al Dott. Mauro Rocchetti, vicepresidente vicario nazionale ANDI che ci parlano di salute orale e patologie sistemiche.

Il Prof. Luigi Checchi, Professore ordinario dell'Università di Bologna, ribadisce e analizza la stretta connessione tra salute orale e malattie sistemiche.

La Dott.ssa Marialice Boldi ha parlato della professione dell'igienista dentale, dello stato attuale e delle prospettive di questa professione in tema di salute orale. Le competenze dell'igienista dentale trovano la loro applicazione soprattutto nel campo della prevenzione, ambito in cui il suo impiego è tuttavia non sfruttato pienamente e adeguatamente. Infatti la salute orale della popolazione potrebbe trovare un ampio giovamento dall'utilizzo sistematico dell'igienista dentale oltre che nelle strutture private, anche nelle strutture pubbliche. La prevenzione messa in atto dall'igienista dentale, soprattutto quando addestrata ad intercettare possibili patologie anche molto gravi (vedi ad esempio forme precancerose) da mandare alla valutazione e diagnosi dell'odontoiatra, oltre a migliorare la salute orale dei cittadini, risulterebbe molto vantaggiosa dal punto di vista economico per il SSN.

Il Prof. Gilberto Sammartino, docente di malattie odontostomatologiche dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, illustra con ampia documentazione iconografica l'utilizzo degli emocomponenti nella rigenerazione, e la possibilità di rendere predicibile tale tecnica con estremo confort del paziente.

Il Dott. Maurizio Azzini, medico specializzato in cardiologia, con la sua relazione ha cercato di chiarire i concetti con i quali sia possibile eseguire con sicurezza, chirurgia orale e implantare, anche su pazienti cardiopatici e/o scoagulati. Particolare attenzione deve essere rivolta all'anamnesi del paziente per acquisire la diagnosi e la terapia in atto per poter valutare l'entità della patologia e dei rischi conseguenti. Particolarmente complessa è la gestione di pazienti cardiopatici con malattia coronarica plurivasale, con protesi valvolari meccaniche di vecchia generazione, con Fibrillazione Atriale a rischio emboligeno, con ridotta contrattilità miocardica (FE ´35%), con terapia antiaggregante e/o anticoagulante, nei quali devono essere adottati schemi precisi e in accordo con le linee guida nazionali ed europee per la sospensione temporanea delle stesse. Sarà rivalutata la profilassi dell'endocardite infettiva (EI), per la quale le nuove linee guida, sia nazionali che europee, tendono a limitarne l'indicazione solo a pazienti con più alto rischio; benché su questa scelta non ci sia accordo unanime e evidenze scientifiche definitive.

La Dott.ssa Federica Demarosi, vicepresidente COI AIOG, ha fatto il punto sulla diagnosi del carcinoma orale. Anche se facilmente visibile (non servono sofisticati esami strumentali) e diagnosticabile, questo tumore è ancora oggi diagnosticato tardivamente. Gravi sono le conseguenze personali e sociali di tale realtà. Complessivamente i tumori orofaringei rappresentano il 5% dei tumori nell'uomo e l'1% nella donna. In quest'ultima, tuttavia, l'incidenza di questo tumore è lentamente ma progressi-

vamente aumentata anche a causa del maggior consumo di tabacco verificatosi nell'ultimo ventennio. Annualmente in Italia si registrano circa 8.000 nuovi casi e circa 3.000 decessi all'anno (uno ogni tre ore). La maggior parte dei casi di cancro orale sono causati dall'uso di tabacco e alcool ma nello sviluppo del tumore sembrano intervenire anche fattori dietetici, stili di vita non corretti e infezioni. La prevenzione primaria consiste nell'eliminazione dei fattori di rischio. Si attua, pertanto, modificando il proprio stile di vita, se inidoneo al mantenimento della salute, attraverso l'eliminazione del fumo, il miglioramento dell'alimentazione da un punto di vista qualitativo e quantitativo, il consumo moderato di alcol, la pratica di una costante igiene orale e un'adeguata protezione in caso di esposizione protratta alle radiazioni ultraviolette del sole o di lampade e lettini abbronzanti. La prevenzione secondaria mira invece a diagnosticare e rimuovere le lesioni precancerose e i carcinomi nelle fasi più precoci. Insieme all'odontoiatra e all'igienista, il paziente stesso può svolgere un ruolo determinante in questo tipo di prevenzione, eseguendo l'autoesame della bocca.
Il Dott. Filippo Dini ha descritto l'importanza di gestire il successo endodontico nell'immediato. Il trattamento endodontico primario ed il ritrattamento endodontico sono procedure essenziali nella pratica clinica quotidiana per il mantenimento di elementi dentari che presentano una patologia pulpare irreversibile e/o parodontale apicale. Rendere le procedure facilmente predicibili garantisce al clinico la possibilità di poter prolungare la vita di elementi dentari altrimenti destinati all'avulsione. La continua ricerca di materiali sempre più innovativi ha portato alla produzione di strumenti altamente performanti: soluzioni irriganti e sistemi di aspirazione dedicati, strumenti in Ni-Ti versatili e ottimizzati per una corretta sagomatura dei canali, materiali da otturazione endodontica innovativi. Tutto ciò per gestire in prima battuta il successo endodontico ed evitare un ulteriore reintervento, riducendo in questo modo il rischio di fallimento. Il Dott. Paolo Torrisi ha parlato di impianti post-estrattivi immediati, descrivendo i fattori e le tecniche che ne determinano il successo a lungo termine.
L'avvocato Silvia Stefanelli ha incentrato la sua relazione sul futuro della pubblicità sanitaria, la Business Coach Roberta Pegoraro sottolinea l'importanza di una corretta comunicazione con il paziente, utilizzando anche i nuovi mezzi di comunicazione, come i social network.
Il Dott. Alessandro Cipollina illustra l'utilizzo del laser in chirurgia orale rigenerativa.Il laser è infatti ormai un ottimo ausilio per il chirurgo orale, permettendo, nel caso di interventi riabilitativi complessi,di gestire bene i tempi di guarigione. Nella giornata di sabato interviene per primo il Dott. Brunello Pollifrone, presidente CAO Roma, e membro del Consiglio CAO Nazionale. La sua relazione è incentrata sui temi dell'etica e della deontologia professionale. Il Dott. Mauro Merli descrive il piano di trattamento con impianti nel paziente edentulo totale. Negli ultimi anni sono stati pubblicati importanti studi osservazionali con follow-up a lungo termine che documentano come la soluzione implanto-protesica fissa nei soggetti edentuli risulti efficace e stabile nel tempo in percentuali estremamente significative. Inoltre, diversi studi clinici randomizzati e revisioni sistematiche della letteratura hanno dimostrato la fattibilità e l'efficienza clinica della contrazione dei tempi per il carico funzionale dei pazienti edentuli totali. Ciò nonostante, l'evidenza scientifica è più spesso riportata in forma di successo e/o sopravvivenza implantare, senza riferimenti, o con limitate informazioni, riguardo l'incidenza delle complicanze biologiche e biomeccaniche.
Il Dott. Merli, con la sua relazione, effettua un'analisi critica della letteratura più recente e descrive il piano di trattamento integrato facendo riferimento a molti casi clinici affrontati e avvalendosi di numerosi videofilmati, utili per l'apprendimento degli aspetti più critici delle metodiche illustrate. Ancora incentrata sul paziente edentulo la relazione del Prof. Gianfranco Gassino e dell'odontotecnico Carlo Borromeo che si occupano della riabilitazione del paziente edentulo con protesi a supporto implantare, per un ripristino funzionale ed estetico. L'aspettativa della vita negli ultimi 30 anni si è prolungata moltissimo. Oggi l'anziano ha una vita di relazione e sociale, ed oltre al ripristino funzionale è importante dare importanza all'estetica del volto. La percentuale di soggetti totalmente edentuli sta diminuendo ma è sempre significativa con l'incremento della vita media. In accordo con i criteri della World Health Organisation (WHO) nel caso dell'edentulia si può parlare di handicap fisico. Il fenomeno dell'edentulia riguarda in Italia 4,2 milioni di persone ed il 40% di queste hanno difficoltà masticatorie e fonetiche essendo portatori di protesi totali mal adattate. La letteratura internazionale da tempo ha definito i vantaggi del trattamento attraverso overdenture ritenuta da impianti. I due relatori hanno mostrato dei casi in cui la protesi a sostegno implantare, su barra e non, è stata la soluzione migliore oltre che economicamente vantaggiosa per il paziente.

Il Prof. Federico Biglioli ha parlato del trattamento ambulatoriale in anestesia locale nel caso di sinusiti odontogene da corpo estraneo. La dislocazione di impianti, elementi dentari e, più genericamente, corpi estranei nel seno mascellare, può causare sinusiti e migrazioni pericolose degli stessi a causa del drenaggio mucociliare. Diventa quindi imperativo rimuovere il corpo estraneo. Ciò è attualmente eseguito prevalentemente con tecnica endoscopica. Se questo approccio è sicuramente poco invasivo da un punto di vista anatomico, risulta di chiaro discomfort per il paziente che viene sottoposto ad ospedalizzazione e ad una procedura chirurgica in anestesia generale. Il Dott. Biglioli descrive dunque una tecnica di accesso al seno mascellare mirata al recupero di corpi estranei dislocati nel seno mascellare attuabile in anestesia locale ambulatorialmente. La tecnica consiste nell'esecuzione di uno sportello osseo nella parete anteriore del seno mascellare peduncolato alla mucosa sinusale a livello del suo margine craniale. Questo permette di accedere in modo chiaro e veloce allo spazio sinusale nel suoi 3/4 inferiori. Una dislocazione più alta del corpo estraneo, ben individuabile con una radiografia immediatamente preopratoria, permette di optare per un approccio endoscopico. Le complicanze intra- e perioperatorie riscontrate su di una casistica di 40 pazienti sono state pressoché nulle. Dall'esperienza riportata di può evincere che la tecnica proposta limita la portata dell'intervento per il paziente e riduce per il professionista il disagio legato alla complicanza della procedura odontoiatrica o chirurgica che ha comportato la dislocazione del corpo estraneo nel seno mascellare.
Il Dott. Besostri chiarisce il concetto di prevenzione. L'epidemiologia ha per scopo il mantenimento o il ripristino della salute umana. E la ricerca epidemiologica sulla prevalenza della carie nella prima infanzia nel Veneto, impostata nel 1984 dal Dott. Ferro, ha permesso di affinare negli anni le strategie preventive. Il programma si è infatti trasformato nel modello attuale che vede coinvolti ogni anno nelle varie sedi scolastiche circa 2000 bambini in età prescolare (2-5 anni). Il monitoraggio continuativo della malattia cariosa attraverso periodiche indagini epidemiologiche sulla popolazione infantile in età prescolare (1984,1994,2004,2011) ha rilevato valori di prevalenza equiparabili ai migliori dati europei. L'esperienza maturata sul campo in ambito pubblico può essere acquisita dal Libero Professionista come base per un approccio preventivo appropriato. Le linee guida italiane ed internazionali rappresentano la sintesi dell'evidenza scientifica e il supporto per la diffusione di un messaggio chiaro ed univoco condiviso.
L'igienista Maurizio Luperini e l'ASO Sonia Simonelli, hanno parlato rispettivamente del ruolo dell'igienista e dell'assistente allo studio odontoiatrico, nel'alleanza terapeutica con il paziente.
Conclude il Congresso il Dott. Marco Degidi, con la sua relazione sul concetto conometrico in implanto-protesi.
Questo XX Congresso Nazionale COI AIOG, in termini affluenza, è stato seguito da più di 350 persone. I partecipanti che hanno conseguito i crediti Ecm, cioè medici, odontoiatri e igienisti dentali sono stati 175; la restante parte sono odontotecnici, assistenti allo studio e studenti in odontoiatria e igiene dentale.

LA MISURAZIONE DELLA SOSTENIBILITÀ

Opportunità e finanziamenti per l'impresa nel percorso verso la Green Economy 8 e 14 Aprile 2016 – Ordine Dottori Commercialisti – Bologna

Relazione in merito a contenuti e finalità del corso formativo
Il corso ha voluto dare un contributo per gestire i problemi ambientali del nostro tempo, aiutando le imprese, ed in particolare le PMI, nel percorso verso la "green economy". E questo mediante procedure basate sulla misurazione di impatti o conseguenze delle variabili ambientali della gestione tramite i bilanci d'esercizio.
Gli attuali problemi ambientali, ed in particolare il cambiamento climatico, la riduzione di biodiversità, i flussi di azoto e fosforo nella biosfera, la deforestazione e cementificazione arrivano ormai a minacciare la stessa nostra possibilità di vita sul pianeta. Al riguardo vi sono già state numerose

sollecitazioni per misure correttive a livello scientifico (es. studio Rockstrom / Steffen "Planetary boundaries"), a livello etico (Enciclica *Laudato Si'*), a livello internazionale (Agenda ONU 2030).
Tale situazione per le imprese rappresenta un riferimento obbligato, sia di natura difensiva, con riguardo ad adempimenti e prescrizioni da osservare, a pena di sanzioni anche di natura penale, e sia quale opportunità di sviluppo, con riguardo a possibilità di mercato, di investimenti, di finanziamento, e di comunicazione per migliorare l'immagine dell'impresa. I meccanismi di mercato possono infatti essere utilizzati, tramite idonee regolamentazioni da parte del settore pubblico, per guidare le imprese a risolvere i problemi ambientali tramite la leva del profitto (green economy/economia circolare) ed a realizzare i risultati di scala necessari.
I problemi di natura finanziaria connessi a ritardi nell'avvio di percorsi di contrasto ai problemi ambientali, e climatici in particolare, sono stati ben evidenziati da Nicholas Stern sin dal 2007 (*The economics of climate change*), secondo cui per evitare tra qualche anno perdite di ordine grandezza dal 5% al 20% del pil mondiale sono necessari da subito investimenti correttivi di valore tra l'1 ed il 2% del PIL mondiale. Tali investimenti dovranno poi essere accompagnati da interventi sui mercati di scambio emissioni di carbonio, da iniziative per contenere la possibilità di bruciare carbone gas e petrolio a meno della metà delle riserve ~~di~~ oggi esistenti, e dalla risoluzione del problema della povertà, in modo da raggruppare la coalizione necessaria.
L'urgenza di azioni di contrasto al problema climatico è stata evidenziata lo scorso settembre 2015 anche dal Governatore della Banca di Inghilterra, Mark Carney (*Breaking the tragedy of the horizon – Climate change and financial stability*). Sostiene Carney che per evitare una destabilizzazione del sistema finanziario ed assicurativo è necessario avviare da subito una transizione graduale verso la de-carbonizzazione, in modo da avere possibilità di meglio gestire i rischi correlati al cambiamento climatico, distinti tra fisici, da responsabilità, e di transizione.
Perché il percorso sia graduale è necessario avviarlo da subito tramite meccanismi di mercato, trasferimenti ai settori "green" di finanziamenti, investimenti, sussidi, agevolazioni, incentivazioni, investimenti consistenti, tecnologia, mercato del carbonio, regolamentazione da parte del pubblico, educazione.
Per attivare tali meccanismi e trasferimenti serve in particolare una conoscenza diffusa delle prestazioni ambientali che caratterizzano imprese e beni oggetto di investimento.
Tale conoscenza deve essere consentita e favorita tramite trasparenza informativa ed idonei sistemi di misurazione e rendicontazione che consentano al mercato, alle imprese, ed in particolare al sistema finanziario di investitori, finanziatori ed assicuratori, di dare ed avere evidenza delle esternalità correlate ai processi produttivi e delle rispettive conseguenze in termini sanitari, di benessere, di capitale naturale, e sociali.
Tali impatti potranno poi essere misurati/tradotti anche in termini economici e finanziari, affinché possano partecipare alla formazione dei bilanci delle imprese, anche in coerenza con l'evoluzione prevista nei prossimi anni verso i "bilanci integrati". I bilanci andranno pertanto a qualificarsi nei prossimi anni come uno degli strumenti più idonei per finalità di misurazione della sostenibilità, e quindi per guidare le movimentazioni finanziarie che andranno a premiare settori ed imprese più meritevoli per gli obiettivi di de-carbonizzazione.
L'avvio di un percorso di tale natura può considerarsi quasi scontato per effetto del positivo esito della recente conferenza di Parigi (COP21), che ha visto un accordo, non scontato, tra i 195 Paesi presenti, per contenere l'aumento di temperatura rispetto all'era preindustriale sotto i 2 gradi, meglio se sotto 1,5 gradi.
Per dare un contributo a tale problema anche a livello locale, nel 2014 è stato firmato un protocollo tra Ordine Commercialisti, Università e Comune di Bologna, in via di applicazione ed estensione ad altri Comuni, per effetto del quale si vogliono incentivare le imprese, ed in particolare le PMI, ad inserire nella parte descrittiva del proprio bilancio, in via volontaria ed assistita dei Comuni, alcune informazioni di facile acquisizione sulle proprie prestazioni ambientali ed energetiche.
A tal fine, anche a seguito di collaborazione con ENEA, sono state predisposte delle schede per guidare tale percorso in modo da consentire alle imprese anche una diagnosi energetica semplificata, un percorso per incrociare domanda ed offerta di materiali e risorse, utilizzati ed espulsi dal ciclo produttivo, una verifica sulla correttezza della gestione di eventuali rifiuti/materie prime secondarie, indicatori per prevenire possibili situazioni di rischio, e di sanzioni per reati ambientali, ed infine la

produzione di report ambientali, da valorizzare in collaborazione con i Comuni di riferimento, con i quali sarà possibile organizzare scambi di utilità.
Per gestire tale percorso è in via di costituzione un Osservatorio di natura interdisciplinare idoneo a consentire un percorso meglio strutturato al lavoro svolto sino ad ora e si stanno raccogliendo disponibilità a partecipare ed a sostenere tale iniziativa.

Dr. Marco Soverini
Presidente Commissione Ambiente Ordine Commercialisti Bologna

---

IL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DELLE PATOLOGIE SURRENALICHE: COMMENTI E PROSPETTIVE

Bologna, 13 maggio 2016

Il convegno si è tenuto lo scorso 13 Maggio presso l'aula "Viola" del Policlinico ed ha riscosso un notevole successo, con ampia partecipazione di medici delle varie aree mediche del Policlinico, di specialisti e medici di Medicina generale della provincia di Bologna e delle aree limitrofe, in particolare Modena e Romagna, e di chirurghi del Policlinico e di varie città italiane.
All'inaugurazione erano presenti il Magnifico Rettore dell'Alma Mater, Francesco Ubertini, ed il Direttore Generale del Policlinico Sant'Orsola, Mario Cavalli, che hanno espresso parole di apprezzamento per il coinvolgimento e l'organizzazione multidisciplinare del PDTA, che rappresenta, oggi, una condizione imprescindibile per la gestione delle patologie complesse e la cura dei pazienti.
La 1ª sessione è stata gestita dai medici dell'UO di Endocrinologia Pasquali ed è stata dedicata ad aspetti scientifici e clinici della patologia surrenalica come:
(a) la rapida evoluzione delle conoscenze e della comprensione dei vari quadri clinici e dei meccanismi fisiopatologici di questo capitolo della Medicina;
(b) il radicale cambiamento degli aspetti epidemiologici legati alla patologia surrenalica: da un lato il crescente impiego di indagini di imaging ad elevata risoluzione è alla base del riscontro di un numero di patologie espansive surrenaliche, mono o bilaterali, sempre più numeroso, dall'altro l'ipertensione secondaria ad un iperaldosteronismo primario appare molto più comune di quanto si ritenesse in passato, soprattutto nei pazienti relativamente giovani o resistenti alla poli-terapia ipotensiva;
(c) il riscontro di adenomi surrenalici singoli o di iperplasie micro/macro-nodulari con modesta (c.d. "subclinica") secrezione di cortisolo, le cui manifestazioni cliniche sono spesso aspecifiche, ma che necessitano di uno studio laboratoristico, per imaging e talora anche di terapia chirurgica;
(d) l'anomala presentazione clinica dei feocromocitomi, la cui descrizione (sia clinica che anatomopatologica) si è basata, per decenni, su casistiche chirurgiche più che sulla base delle manifestazioni cliniche;
(e) il riconoscimento infine di nuove caratterizzazioni molecolari e genetiche dei tumori surrenalici che, in prospettiva, potrebbero favorire lo sviluppo di terapie su base individuale, secondo i principi della "medicina di precisione".
La 2ª sessione ha coinvolto specialisti di altre discipline mediche che hanno contribuito, nel corso di pochi anni, a un rapido e importante miglioramento dell'efficienza diagnostica e terapeutica del PDTA. La Radiologia ha avuto un ruolo fondamentale in questo contesto, poiché essa genera, di fatto, il riscontro del problema clinico (non si dimentichi che il 2-4% delle indagini di imaging mette in evidenza masse surrenaliche clinicamente misconosciute). La radiologia di riferimento del Policlinico Sant'Orsola (Radiologia Golfieri) ha individuato nel suo ambito un gruppo di radiologi dedicato allo studio delle patologie surrenaliche, grazie al quale il miglioramento della definizione diagnostica è stato rapido ed esponenziale. Negli ultimi tempi, è stato anche possibile individuare un gruppo di marcatori radiologici funzionali (wash out, ecc.) che sono in grado di predire l'ipersecrezione ormonale.
Il gruppo anatomo-patologico, che fa capo alla dr.ssa Donatella Santini, ha un ruolo fondamentale

nell'interpretazione degli aspetti morfologici relativi alle patologie trattate chirurgicamente e, soprattutto, nella tipizzazione delle forme maligne, grazie all'approccio biomolecolare. L'apporto dei medici internisti, con particolare riferimento a quelli dedicati allo studio e alla terapia dell'apparato cardiovascolare, è stata ben rappresentata durante il convegno, soprattutto per quanto riguarda la gestione degli stati ipertensivi e la fase di preparazione del paziente alla chirurgia.
La 3° sessione è stata dedicata al ruolo della chirurgia nelle diverse patologie surrenaliche e all'importanza di una corretta gestione medico-anestesiologica in alcune forme particolari, come i tumori catecolamino-secernenti. L'U.O. di Chirurgia Generale di riferimento del PDTA è quella diretta dal prof. Minni, che ha un'ampia esperienza di chirurgia surrenalica e, da oltre 20 anni, sempre più spesso pratica la surrenectomia con tecniche chirurgiche mini-invasive; a fronte di una mortalità operatoria assente e di un indice di complicanze e di conversione estremamente basso i risultati post-operatori immediati appaiono estremamente gratificanti in tema di dolore, risultati cosmetici e riduzione della degenza. Altri gruppi chirurgici provenienti da varie scuole italiane hanno presentato le loro esperienze, tutte caratterizzate da aspetti di notevole importanza, quali gli approcci mini-invasivi diversi dalla laparoscopia (via posteriore o laterale) l'impiego del robot. Tutti i relatori hanno sottolineato l'opportunità di concentrare tale pratica chirurgica in centri adeguati di 2°-3° livello, in grado di garantire una performance importante, da cui consegue l'importanza di una pianificazione sanitaria in ogni regione. Non va infine dimenticata la possibile collaborazione fra team medici, anestesiologici e chirurgici diversi, soprattutto nei casi di maggiore complessità. In quest'ottica, la presenza di anestesisti competenti e qualificati può notevolmente favorire la gestione dei problemi intra-operatori, soprattutto nella gestione di patologie complesse come i feocromocitomi ed i paragangliomi.
L'intervento del Direttore sanitario del Policlinico, il dr. Anselmo Campagna, ha messo infine in evidenza l'utilità e le possibile prospettive future del PDTA, che rappresenta, per molte aree della Medicina al pari dei surreni, un valido strumento di integrazione professionale, di implementazione delle competenze, di garanzia per la pratica di una "buona medicina" e, infine, di efficacia organizzativa in grado di ottimizzare le risolse e garantire il controllo dei costi di gestione.

Prof. Renato Pasquali - Prof. Francesco Minni
U.O. Endocrinologia - Dipt. di Scienze Mediche e Chirurgiche - AOU Policlinico S. Orsola-Malpighi

---

FESTIVAL DELLA SCIENZA MEDICA. LE ETÀ DELLA VITA
Bologna, 19-22 maggio 2016

Dal 19 al 22 maggio 2016 si è svolta a Bologna la seconda edizione del 'Festival della Scienza Medica. Le età della vita', un'iniziativa organizzata dalla Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna e da Genus Bononiae. Musei nella Città, in collaborazione con l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna.
L'iniziativa, che ha visto la partecipazione di oltre 50.000 persone – di cui due terzi giovani – riconferma l'importanza del ruolo di Bologna nell'ambito delle scienze biomediche, già emerso con rassicurante evidenza nel corso della prima edizione del Festival, che si è tenuta tra il 7 e il 10 maggio 2015.
Se con l'edizione inaugurale il Festival puntava il riflettore dell'attenzione scientifica e clinica sulla "lunga vita", sull'evidenza per cui – almeno nelle società affluenti e più sviluppate – la durata media della nostra avventura biologica tende quasi a sfiorare il secolo, la seconda edizione si è concentrata sulle diverse fasi di questa straordinaria avventura: quante sono "le età della vita"? Prenatale, neonatale, infanzia, fanciullezza, gioventù, pubertà, adolescenza, vita adulta, vecchiaia, senescenza: chi studia i cambiamenti fisiologici significativi considera almeno dieci età diverse che si devono considerare come specifiche al corso di ogni singola esistenza. Anche se diamo per scontato che dalla culla alla bara siamo sempre la stessa persona, in realtà ognuno di noi vive tante vite quante sono le fasi fisiologiche – e, di conseguenza, potenzialmente patologiche – che attraversa. Questo significa che la Medicina deve usare idee e strumenti innovativi, e perseguire avanzamenti scientifici e tecnologici che consentano di definire, prevenire e trattare i disturbi con metodi che siano efficaci e funzionali rispetto alle diverse età che attraversa ogni singola vita umana. Quanti e quali interventi si possono

mettere in atto per prevenire i rischi per la salute derivanti dalla mancata considerazione che nel corso della vita la nostra "persona" diventa diverse "persone"? Per ognuna di queste "persone", ovvero per ogni particolare processo di crescita, con tutti i cambiamenti che accadono nell'organismo e i conseguenti comportamenti, si determinano rischi specifici per la salute, cui la Medicina deve fare fronte con metodi sempre più scientificamente affidabili che permettano strategie di prevenzione e trattamento mirati. Questi i temi fondamentali al centro del dibattito di questa seconda edizione, che ha visto la presenza di alcuni tra i principali rappresentanti della scienza medica italiana, sia quelli che fanno ricerca e lavorano all'estero, sia i molti che mantengono alto il profilo delle istituzioni e dei laboratori del nostro Paese.

Significativa, anche quest'anno, la partecipazione dei giovani, cui il Festival ha dedicato eventi ad hoc: dalle iniziative per i più piccoli – le 'Lezioni di anatomia' al Teatro Anatomico dell'Archiginnasio, quest'anno dedicate anche alle famiglie, e le visite animate condotte da un bizzarro studente di Medicina, che ha accompagnato i piccoli spettatori in un viaggio tra il Portico della Vita e il Portico della Morte – fino ai laboratori per i Licei, che hanno visto gli studenti impegnati nello studio della storia dei farmaci che hanno cambiato il mondo e in un role playing organizzato in collaborazione con la Città della Scienza di Napoli.

In questa seconda edizione si è riconfermato il successo delle 'Visite in corsia' – dove un pubblico sempre più numeroso ha potuto seguire il 'primario' nella simulazione del proprio lavoro quotidiano, in una successione di epoche e reparti diversi –, e grande interesse hanno suscitato anche le simulazioni di visite ambulatoriali in cui il pubblico ha potuto approfondire il complesso rapporto medico-paziente.

Grande partecipazione è stata rilevata anche per gli eventi legati al Paese Ospite d'Onore, che quest'anno è stato la Cina: all'interno di una tavola rotonda che ha avuto luogo nella splendida cornice dello Stabat Mater, si sono confrontati tra loro alcuni dei più illustri esponenti dell'economia nazionale sul tema degli avanzamenti della Cina nell'applicazione e nello sviluppo di tecnologie d'avanguardia nel settore bio-medico.

La seconda edizione ha riconfermato il successo del formato dedicato al rapporto tra alimentazione e salute, quest'anno analizzato alla luce delle diverse fasi – e di conseguenza delle differenti esigenze – attraversate dall'essere umano nel corso della sua esistenza.

Grande affluenza è stata inoltre registrata per l'evento incentrato sulla ricostruzione delle modalità con cui Ludwig van Beethoven poteva ascoltare i suoni – e dunque le meravigliose partiture da lui composte – nei vari stadi della sua patologia.

Quest'anno il Festival è stato inoltre protagonista di importanti collaborazioni, come quella con l'Accademia di Belle Arti di Bologna, che nell'ambito della mostra dal titolo 'Le regole del corpo. Norma e arbitrio' ha presentato uno specimen sulla rappresentazione del corpo umano tra arte e scienza.

Un'importante novità della seconda edizione sono stati gli open days all'interno delle principali strutture ospedaliere di Bologna (Ospedale Maggiore, Ospedale Bellaria, Istituto Ortopedico Rizzoli, Policlinico di Sant'Orsola, Hospice Bentivoglio Fondazione Seràgnoli, strutture afferenti al Consorzio Colibrì), che hanno permesso al pubblico di osservare da vicino il frutto delle più sofisticate tecnologie che negli ultimi anni hanno reso Bologna patria dell'innovazione nel settore sanitario.

Una straordinaria risposta da parte del pubblico si è avuta anche per le letture magistrali dei quattro Premi Nobel coinvolti in questa seconda edizione: Bruce Beutler, Premio Nobel per la Medicina nel 2011; Aaron Ciechanover, Premio Nobel per la Chimica 2004; Tim Hunt, Premio Nobel per la Medicina nel 2001 ed Eric Kandel, Premio Nobel per la Medicina nel 2000 (nell'ambito della cui lecture l'affluenza di pubblico è stata a tal punto elevata da rendere necessaria l'apertura di una seconda sala di Palazzo Re Enzo da cui proiettare il suo intervento, misura che tuttavia non ha consentito alla totalità dei partecipanti accorsi all'evento di accedere alle sale).

Grande successo, infine, si è avuto per la serata speciale in compagnia di Carlo Verdone, tenutasi al Teatro Duse, che ha visto l'attore e registra italiano impegnato in un dialogo-intervista volto a riflettere sulle modalità con cui la cinematografia ha storicamente interpretato la Medicina. La conferma del successo di questa seconda edizione – testimoniata da una rassegna stampa imponente (consultabile al sito http://www.bolognamedicina.it/rassegna-stampa-2016/) induce a ipotizzare l'organizzazione di una terza edizione, nella speranza che, anche attraverso l'esperienza del Festival, possa essere richiamato e rinverdito il legame che, nel corso dei secoli, ha unito Bologna e la Medicina.

In studio odontoiatrico (situato in via A. Costa a Rastignano), affittasi locale attiguo di 30 mq, ristrutturato a nuovo, con impianti a norma, piano terra, ingresso indipendente, bagno con abtibagno, due vetrine, fronte strada, luminosissimo, ad uso ambulatorio medico/specialistico. Per informazioni e visite te-lefonare al 328.6521439.

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

Studio Medico in Bologna vende piattaforma laser Synchro HP con modulo ND YAG + manipolo, marca DEKA, usata ma appena revisionata, acquistata nel 2008. Applicazioni principali: fotoringiovanimento cutaneo non ablativo; fotoepilazione laser + luce pulsata; macchie cutanee supeficiali; lesioni vascolari. Per info Tel, 051/246824 in orari d'ufficio.

Affittasi in zona di prestigio (via Dante angolo viale Carducci) stanza arredata in ampio e luminoso studio medico con sala d'attesa e due bagni in comune, a medici specialisti per giornate o mezze giornate. Servizio reception per accoglienza pazienti. Per informazioni e visite Tel. 051.301977.

Dottoresa offresi come igienista disponibile part-time al mattino zona Castel S. Pietro - Imola - Bologna. Tel. 051/941872-328/4741163.

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

Vendesi Porta Castiglione studio dentistico libero da attrezzature predisposto per tre poltrone 100 mq+cantina – Tel. 348/3345399 (mm55b14@gmail.com).

Cerco collega per condivisione studio dentistico Bologna centro - Tel. 331.5850427.

Poliambulatorio Bonazzi, sito in Cento (FE), via IV Novembre 11, autorizzato e certificato ISO 9001, con servizio di segreteria, accesso handicap e fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Per informazioni Tel. 051/902236.

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

Medico Dentista, Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva, Chirurgia Maxillo-Facciale e Implantologia, esperienza trentennale, cerca preferibilmente in Emilia-Romagna collaborazione per Chirurgia, Implantologia e Protesi. Tel. 331.5850427.

Vendesi villa a schiera di testa. 250mq, Euro 550.000. Tel. 331.5850427.

Affittasi studio dentistico con una unità operativa sito in Bologna centro. Attrezzatura da revisionare o sostituire. Euro 600 mensili. Tel. 328/4741163.

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***
– ANGIOLOGIA MEDICA	***Dr. Caniato Andrea***
– CARDIOLOGIA	***Dr. Drago Gianmarco***
	Dr. Marchetta Fausto
– CHIRURGIA PLASTICA	***Dr. Pistorale Antonio***
– DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	***Dr.ssa Orsini Maria Grazia***
– ECOGRAFIA	***Dr. Affinito Domenico***
	Dr. Missere Maurilio
– GINECOLOGIA/OSTETRICIA	***Prof. Cassani Alberto***
	Dr.ssa Alfieri Stefania
	Dr. Guida Gerardo
	Dr. Marino Silvio Antonio
	Dr.ssa Rosa Stefania
	Dr. Traversa Gabriele
– FISIATRIA	***Dr.ssa Lullini Giada***
– OCULISTICA	***Dr. Morinelli Gaudenzio***
	Dr.ssa Manzari Alessandra
	Dr. Galazzetti Muscinelli Alberto
– OTORINOLARINGOIATRA	***Dr. Borghesi Francesco***
	Dr. Giorgi Giuseppe
	Dr. Montanari Fabio
– UROLOGIA	***Prof. Bercovich Eduard***
	Dr. Comerci Francesco
– PUNTO PRELIEVI	
– MEDICINA DEL LAVORO	***Dr. Missere Maurilio***
	Dr.ssa Venturi Silvia
	Dr.ssa Belisario Adele
	Dr.ssa Concordia Alessandra
	Dr.ssa Mastio Valeria
	Dr.ssa Sifaky Evangelia

You Tube

Instagram

Google+

Seguici su Facebook

CONTATTI

Personale Segreteria: Caterina F. – Alice T.

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 1046/GP/cb

TOYOTA

ALWAYS A BETTER WAY

OPERAZIONE IBRIDO PER TUTTI.

Sosteniamo la vostra mobilità professionale a impatto zero per l'ambiente

- ACCESSO ZTL GRATUITO
- PARCHEGGIO GRATIS SULLE STRISCE BLU
- BOLLO GRATIS*

TOYOTA HYBRID

Convenzione stipulata tra T Motor Bologna e il Consiglio Direttivo ODM Bologna in coerenza con l'art. 5 del codice deontologico ‹Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente›

T MOTOR BOLOGNA

Nuova Concessionaria Toyota

San Lazzaro di Savena
via Emilia, 295 - Tel. 051 4992511
www.tmotorbologna-toyota.it

*In Emilia Romagna per l'anno 2016 i proprietari di autoveicoli con alimentazione ibrida benzina-elettrica, inclusiva di alimentazione termica, o con alimentazione benzina-idrogeno, immatricolati per la prima volta sono esentati dal pagamento della tassa automobilistica regionale dovuta per il primo periodo fiscale e per le due annualità successive, ex art. 1, L.R. n. 23 del 29/12/2015 pubblicata nel BURERT n. 339 del 29/12/2015. Accesso gratuito alla ZTL ai sensi del Testo Unico allegato all'Ordinanza PG. n. 8550/2005 e dell'Ordinanza PG. n. 195563/2005. Esenzione dalla sosta tariffata ai sensi della Delibera del Consiglio PG. n. 232951/2005 e dell'Ordinanza PG. n. 43391/2007.
Immagini vetture indicative. Valori massimi Yaris Hybrid: consumo combinato 27,8 km/l, emissioni CO_2 82 g/km. Valori massimi Auris Hybrid: consumo combinato 24,4 km/l, emissioni CO_2 96 g/km. Valori massimi RAV4 Hybrid: consumo combinato 19,6 km/l, emissioni CO_2 118 g/km.