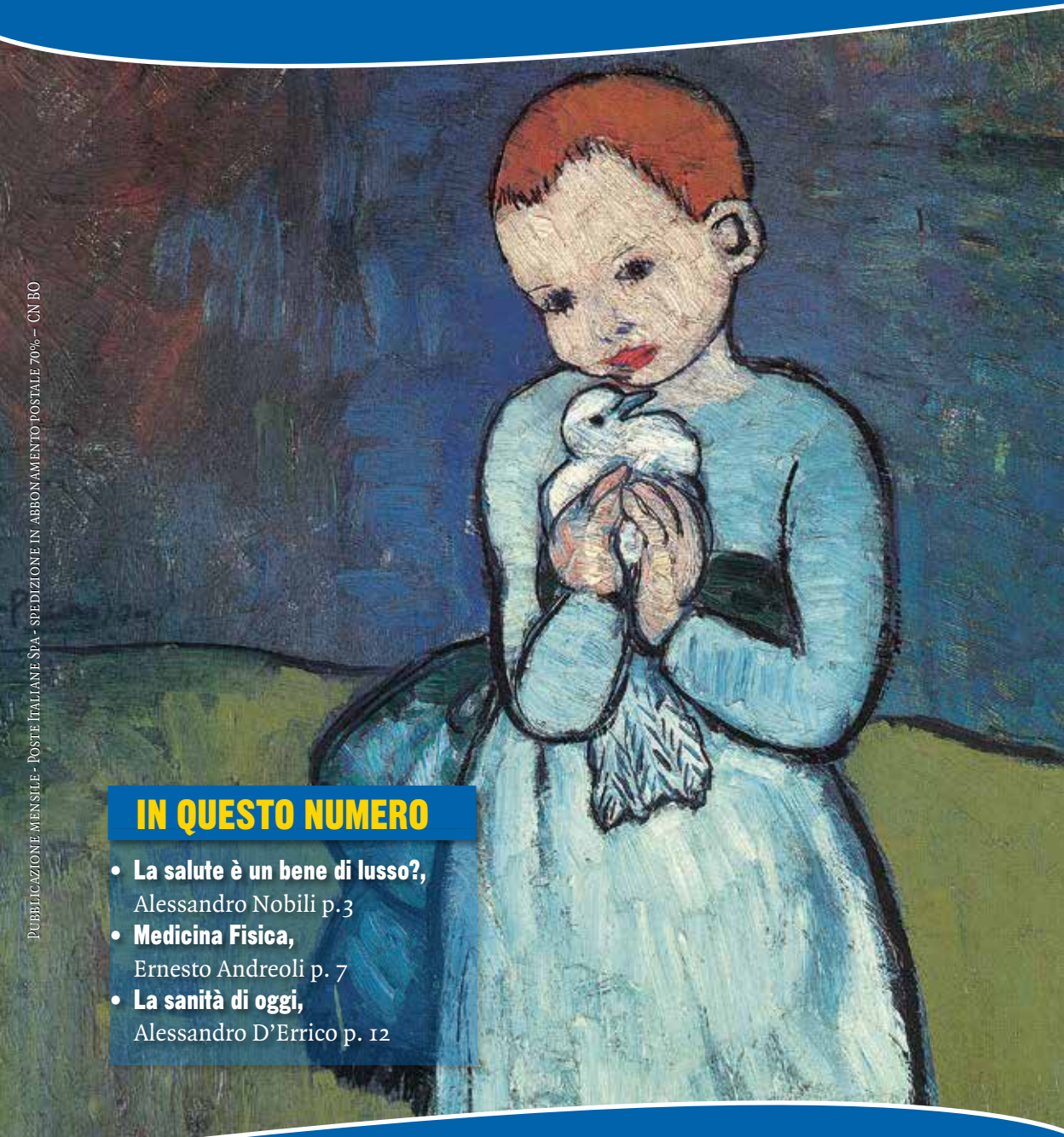
# Bollettino Notiziario

ANNO L - N° 11 NOVEMBRE 2019



PUBBLICAZIONE MENSILE - POSTE ITALIANE SPA - SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% – CN BO

## IN QUESTO NUMERO


- **La salute è un bene di lusso?,** Alessandro Nobili p.3
- **Medicina Fisica,** Ernesto Andreoli p. 7
- **La sanità di oggi,** Alessandro D'Errico p. 12


**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*)

# VILLA RANUZZI

via Casteldebole, 12
40132 Bologna
tel 051 613 76 11
fax 051 613 76 19
info@villaranuzzi.it
www.villaranuzzi.it

# VILLA SERENA

Via Toscana, 219
40141 Bologna
tel 051 47 70 01
tel 051 48 11 94
info@villaserena-bo.it
www.villaserena-bo.it

Villa Ranuzzi e Villa Serena accolgono anziani non più autosufficienti mettendo a disposizione posti privati di Casa Protetta/RSA. Assistenza personalizzata con un servizio di animazione qualificato, fisioterapia in palestre attrezzate, presenza medica anche di notte e nei festivi. Tariffe differenziate. No lista d'attesa.

CONSORZIATE E ASSOCIATE CON

CERTIFICATE

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Anaste
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ

E.C.H.O

Seguici su facebook

# Bollettino Notiziario

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

**DIRETTORE RESPONSABILE**
Dott. Alessandro Nobili

**CAPO REDATTORE**
Dott. Andrea Dugato

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa: Renografica - Bologna

Il Bollettino di OTTOBRE 2019 è stato consegnato in posta il giorno 8/11/2019

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


# SOMMARIO

ANNO L - NOVEMBRE 2019 N° 11


**ARTICOLI**

La salute è un bene di lusso? **3**

Comunicare positivamente col paziente (e con i parenti) è necessario anche per ridurre il contenzioso medico-legale **4**

Medicina Fisica e Riabilitazione **7**

La sanità di oggi (e forse di domani), tra politica ed economia **12**

Novembre: mese dedicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità all'informazione sul Cancro del Pancreas **14**

Nuova Polizza Responsabilità Professionale Medici Chirurghi ed Odontoiatri **16**

**IN BREVE** • **22**

**NOTIZIE** • **24**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **24**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **24**

**CONVEGNI E CONGRESSI** • **25**

**CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI]** • **26**

**PICCOLI ANNUNCI** • **32**


## Pablo Picasso, *Bambino con colombo*, Londra, Collezione Aberconway

L'arte del XX secolo comincia e prosegue non più in presa diretta sulla realtà ma mediata dall'estetismo dell'artista. Negli anni 1901-06 Picasso inserisce un distacco dall'immagine della realtà. Il distacco avviene con la rappresentazione di un'umanità quasi simbolista dove il colore attira l'attenzione mentre il disegno rimane per Picasso sempre il punto di partenza, (ricordiamo la sua importante formazione accademica). In questo periodo l'artista non dipinge paesaggi né nature morte, si occuperà invece dell'immagine umana filtrandola attraverso il suo estetismo a volte simbolista a volte di ispirazione classica.

***Illustrazione e commento a cura di Raffaella Lenzi***

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

# ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

*Presidente*
Dott. GIANCARLO PIZZA

*Vice Presidente*
Dott. ANDREA DUGATO

*Segretario*
Dott. VITTORIO LODI

*Tesoriere*
Dott. OSCAR FINI

*Consiglieri Medici*
Dott.ssa MARGHERITA ARCIERI
Dott. FRANCO BENETTI
Prof. LUIGI BOLONDI
Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO
Dott.ssa ANNA ESQUILINI
Dott. GIUSEPPE IAFELICE
Dott. SALVATORE LUMIA
Prof. MAURILIO MARCACCI
Dott. MASSIMO MASOTTI
Prof. STEFANO PILERI
Dott.ssa GIULIANA SCHLICH

*Consiglieri Odontoiatri*
Dott. CORRADO BONDI
Dott. GIOVANNI RUBINI

*Commissione Albo Odontoiatri*

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

*Collegio dei Revisori dei Conti*

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

# La salute è un bene di lusso?

Alessandro Nobili

*Non so fino a che punto certe decisioni o comunque manifestazioni d'intenti in materia fiscale e sanitaria siano, da parte di chi le sta emanando o comunque progettando, il frutto di una reale e ponderata analisi delle potenziali conseguenze, piuttosto che provvedimenti "emergenziali", presi con l'unico o comunque preminente scopo di fare cassa. Di certo le condizioni in cui versa il nostro Tesoro non sono brillanti, e questa potrebbe essere una (parziale) scusante. Potrebbe, ma non lo è. Almeno per come la vedo io. Intendiamoci, non che io abbia una ricetta magica. E far tornare i conti partendo da condizioni di cronico indebitamento non è certo semplice. Ma almeno si faccia attenzione affinché, come si suole dire, la medicina non sia peggiore del male. Nella bozza della legge di bilancio si prevede, stando a quanto riportato, la progressiva riduzione sino ad eliminazione delle detrazioni fiscali per le spese sanitarie. Che è come sancire che curarsi è un lusso, al pari di qualsivoglia altra spesa voluttuaria, e come tale deve essere fiscalmente trattata. Eppure anche il semplice buon senso dovrebbe suggerire, prima di cambiare o cassare una legge, di interrogarsi sul perché quella data norma fu a suo tempo pensata e poi promulgata. Erano dunque legislatori distratti o peggio incompetenti coloro che la emanarono? Si dice che la Salute, assieme all'Istruzione ed alla Giustizia, sia la misura fondamentale del grado di civiltà di un paese. Sugli ultimi due non mi pronuncio, ma sulla salute credo di poter affermare che il nostro Paese teme pochi confronti. Di chi il merito? In buona parte di un sistema sanitario pubblico che per molti anni ha rappresentato un'eccellenza sia in termini di qualità che di servizio reso ai cittadini. Poi hanno cominciato ad introdurre ticket, superticket, vincoli di appropriatezza, allarmi visivi per sancire la scadenza del tempo di ricovero, etc. Insomma, restrizioni formali sempre più stringenti, da aggiungere a quelle informali costituite dalle sempre maggiori difficoltà ad attingere al servizio sanitario pubblico, come le liste d'attesa per la specialistica, che inducono via via più persone a rinunziare a curarsi oppure e ricorrere alla sanità a pagamento. Compresa quella, molto lucrosa per il SSN, dell'intra-moenia. Qualcuno forse ha pensato che questo, in fondo, potesse essere un meccanismo di perequazione sociale, per un SSN che non riusciva più a fare fronte a quanto demagogicamente promesso all'inizio (salute gratis per tutti dalla culla alla tomba). Se non fosse che dalla "perequazione" rimangono esclusi tutti coloro, e sono molti, che non hanno la possibilità di rivolgersi al privato e per i quali, ancor di più in tempi di crisi economica, anche un ticket può complicare il bilancio famigliare di fine mese. Soprattutto quando in ballo non vi è una malattia conclamata o incombente, con presupposti già diagnosticati, ma un progetto personale e famigliare di prevenzione. Che è quella cosa che consente alla gente di "non ammalarsi" (o comunque ammalarsi di meno) facendo risparmiare ingenti risorse economiche alla Stato (che altrimenti quella stessa gente la dovrà curare). L'altro pilastro che ha consentito di rendere i cittadini italiani tra i più sani del mondo è stato rappresentato dalla sanità privata che, vuoi in modo indipendente, vuoi di concerto con il SSN quando questo non riusciva da solo (virtuoso esempio di sussidiarietà), ha consentito a moltissimi connazionali di sottoporsi ad esami e cure, senza pesare direttamente od indirettamente sui servizi offerti dallo Stato. Ed ecco che ora la platea di coloro che rinunzieranno a curarsi, e soprattutto a fare prevenzione, pare destinata ad aumentare, grazie alla geniale intuizione di chi sembra voler equiparare la salute alle auto di lusso.*

# Comunicare positivamente col paziente (e con i parenti) è necessario anche per ridurre il contenzioso medico-legale

Sergio Sabbatani*

Quando 41 anni fa, anno 1978, mi laureai, la pratica medica aveva un'altra faccia. Non si poteva contare sulle potenti informazioni fornite dalle nuove tecnologie radiologiche (T.C. e RMN), la medicina nucleare era agli albori, l'ecografia cardiologica, addominale e toracica erano ancora in mano a pochi pionieri. Le tecniche di laboratorio bio-molecolari per la diagnosi microbiologica di là da venire. Nessuno pensava che si stava prospettando all'orizzonte prossimo l'AIDS, mentre l'infezione HIV già colpiva da anni in Africa Sub sahariana all'insaputa di tutti. Si pensava ottimisticamente che la Tubercolosi in Europa occidentale e in Nord America dovesse scomparire, infatti pochi anni dopo furono chiusi definitivamente i dispensari antitubercolari, mentre i sanatori erano già stati serrati perché all'epoca ritenuti obsoleti.

Negli anni Settanta del secolo passato la figura del medico era ancora incontestabile in quanto detentore di un carisma forte. Vi era un rispetto legato all'immagine del camice, pertanto il medico difficilmente veniva contestato.

Il livello di cultura ed educazione sanitaria della popolazione era ancora basso e le possibilità di acculturazione da parte dei cittadini piuttosto scadenti. Comunque già negli anni Settanta, sulla spinta della crescita politica e sociale delle donne, di cui i movimenti femminili e femministi erano espressione, si cominciarono ad osservare significativi cambiamenti nella percezione della figura medica da parte di questi importanti settori emergenti della società.

Con gli anni Ottanta e Novanta le prospettive informative, grazie all'impegno dei mass media, sono sicuramente aumentate, venendo incontro alla motivata richiesta di maggiore conoscenza di informazione sanitaria che la popolazione andava via via richiedendo.

Con il nuovo millennio, la diffusione della Rete, a livello di massa ha sì contribuito alla diffusione delle informazioni sanitarie (corrette e scorrette) ma ciò non ha, a mio parere, determinato conseguentemente una crescita della cultura sanitaria. Orbene se in termini generali la circolazione delle informazioni sanitarie ha contribuito allo sviluppo di una sorta di erudizione di massa ciò non è stata espressione di una parallela crescita culturale nel senso più ampio del termine. Oggi potenzialmente chiunque può andare su Wikipedia, farsi un'autodiagnosi, quindi recarsi dal medico con lo scopo di sentirsela confermare, e magari, se questo non avviene, definire il proprio medico incompetente.

Fatta questa doverosa premessa veniamo alla questione del richiamo che ho fatto nel titolo di questo breve intervento sul nostro «Bollettino», ovvero sulla necessità d'incrementare la comunicazione e il dialogo con i nostri pazienti e con i rispettivi parenti.

A mio parere si può tranquillamente affermare che ancora trent'anni fa il medico era sostanzialmente intangibile. L'asimmetria del rapporto medico-paziente, prodotta dalla condizione di vulnerabilità e dipendenza data dalla malattia, consentiva di mantenere inalterati i ruoli. Poi, nel tempo, con un lento ma inesorabile incremento, il medico si è trovato catapultato in un potenziale scontro con i propri pazienti.

Partiamo dalla constatazione che il numero di denunce presentate nei confronti dei camici bianchi appare oggi esorbitante. Per esempio nella sola Milano, durante il 2017 sono stati iscritti circa 300 fascicoli, di questi

circa il 30% non è arrivato al processo perché la denuncia è stata archiviata per manifesta infondatezza. Il carico di lavoro per i giudici rimane comunque elevatissimo, visto che le richieste di archiviazione devono essere motivate e richiedono tempi consistenti.
La quota restante, che arriva al processo, ha visto nella casistica milanese che abbiamo preso come punto di riferimento, la condanna dei medici in circa il 20% dei casi.
Oggi non essendo ancora operanti in maniera efficace le cosiddette Linee guida, i consulenti tecnici continuano e continueranno a svolgere un ruolo importante.
La legge Gelli prevede l'implementazione del ruolo delle Linee guida mediche nelle questioni di giustizia, relative all'operato medico, ma è del tutto evidente che i Giudici si dovranno sempre di più affidare ai medici legali ed ai loro consulenti tecnici (cardiologi, internisti, chirurghi, infettivologi ecc.) nelle valutazioni complessive. Appare evidente che con l'espansione delle specializzazioni e delle sub specializzazioni è impensabile che il solo medico legale possa "governare" e padroneggiare conoscenze scientifiche sempre più articolate ed in continuo ripensamento culturale. Inoltre le casistiche sono molto diversificate e le Linee guida non possono da sole essere esaustive di tutte le problematiche emergenti.
In questa prospettiva le 840 società scientifiche costituite in Italia, una volta ottenuto il riconoscimento – ed è possibile che ormai la maggioranza l'abbia conseguito – dovranno emanare Linee guida su un numero esteso di patologie. Ciascuna società scientifica assumerà un ruolo strategico e si dovrà fare garante di contenuti da tenere costantemente aggiornati.
Di fronte a un atteggiamento culturale diffuso nel tessuto sociale che considera la salute un bene di consumo, quindi mercificabile, ove può insinuarsi la volontà di monetizzarla, attraverso il ricorso al conflitto, la conseguente richiesta di danni finisce per costituire un'opzione interessante. Il denaro poi, in ogni forma di conflitto,rappresenta il risarcimento per un bene perduto, più che mai quando il bene perduto è la vita o un danno permanente alla propria integrità fisica.
Per tali motivi la tensione, sia a livello di medicina ospedaliera sia nei confronti dei medici attivi sul territorio, presenta un continuo incremento, specialmente quando questa tensione tra medico e paziente continua a non trovare sfoghi istituzionalizzati diversi rispetto alle vie legali.
Va riconosciuto che purtroppo questa situazione anomala è peculiare del nostro Paese a differenza di quanto avviene in altre nazioni.
Per quanto riguarda la mia esperienza personale, negli ultimi tre lustri sono stato, con relativa frequenza, coinvolto in richieste di consulenza di carattere infettivologico, in giudizi inerenti problematiche insorte nella cura di pazienti ricoverati in ospedali pubblici e privati.
Non raramente si è trattato di infezioni nosocomiali che specialmente in alcuni settori specialistici purtroppo costituiscono una vera e propria emergenza sanitaria.
Le analisi accurate delle storie cliniche, desunte dalla letture delle cartelle, i colloqui con i pazienti e, nei casi più sfortunati esitati con il decesso del paziente, con i parenti, mi hanno portato alla convinzione, che sicuramente se i medici in diversi casi avessero curato maggiormente la comunicazione, molti problemi di piccola e media entità si sarebbero risolti sul nascere.
A volte anche l'ammissione di criticità importanti, malauguratamente insorte durante la cura, se spiegate dal medico, con la giusta pazienza e la dovuta empatia, possono essere comprese da chi ne è vittima. L'esperienza ha dimostrato che in questo caso ci si può aspettare un aiuto dallo stesso paziente (se Egli è in buona fede) nel ridimensionamento della criticità.
Per quanto riguarda la mia esperienza ho constatato che atteggiamenti distaccati, comunicazioni laconiche e non empatiche da parte di medici che non gradiscono intrusioni nel loro lavoro risultano assolutamente controproducenti, perché stimolano il conflitto anziché sostenere l'alleanza terapeutica, che deve essere più salda nei momenti critici.
È pur vero che alcuni pazienti e/o parenti possono essere a volte arroganti e non disponibili a riconoscere gli sforzi positivi del medico, ponendo questioni immotivate in

modo maleducato e provocatorio, tuttavia mantenere il controllo dei nervi e la cortesia (quando ci si riesce!) è sicuramente vantaggioso. Un aiuto a mantenere un comportamento equilibrato da parte del medico viene dalla considerazione che la rabbia e il dolore muovono a volte sia pazienti che parenti a dare il peggio di sé, ed è umanamente comprensibile.

Vi è un altro aspetto da considerare. Oggi la malattia e la morte non sono più vissute, come nel passato, come eventi assolutamente previsti nel corso della vita. Si è fatto largo il pensiero positivistico, sbagliato, che la medicina può, anzi deve, dare sempre una risposta "salvifica" e risolutiva a qualsiasi patologia che si frappone al benessere fisico. In molte persone la mancata risposta a questa esigenza ingenera astio, portando inevitabilmente al conflitto con il terapeuta.

La morte non viene più accettata in maniera naturale e l'evento di un congiunto deceduto, magari in tarda età per un tumore, se si è insinuato il dubbio che ci sia stata una qualche criticità nella gestione, può costituire una spina irritativa che non consente una sana elaborazione del lutto.

Negli ultimi anni il nostro Ordine ha patrocinato iniziative di aggiornamento culturale tese ad un miglioramento dell'approccio empatico e comunicativo dei medici quando sono impegnati in attività di tipo ambulatoriale o di reparto per i pazienti ricoverati. A questa volontà educazionale diamo un sentito ringraziamento e speriamo di vedere il coinvolgimento di un sempre maggiore numero di giovani medici.

Concluderei con l'augurio che il prossimo ricambio medico generazionale – molti di noi prossimamente entreranno presto in riposo pensionistico – veda medici giovani sempre più consapevoli che l'alleanza medico-paziente sia un obbiettivo strategico per migliorare la qualità della nostra professione.

Se questa consapevolezza maturerà si ridurrà anche il contenzioso medico-legale.

Bologna 2 novembre 2019

** U.O. di malattie infettive*
*Policlinico S. Orsola-Malpighi.*

COLIBRÌ®

**Ai Colli**

**PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO PSICHIATRICO**

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

Consorzio Ospedaliero Colibrì

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

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

***Reparti di degenza***

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

***Ambulatori***

- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatria
- Psicologia Clinica

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

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

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

# Medicina Fisica e Riabilitazione

*Intervista di Alessandro Nobili al dott.* **Ernesto Andreoli**, *specialista in Medicina Fisica e riabilitazione, Dirigente Medico Medicina Fisica e Riabilitazione Policlinico Sant'Orsola Bologna*

**Medicina Fisica e Riabilitazione da una parte, Fisiatria dall'altra... si tratta di una formale differenza lessicale oppure esiste una differenza concreta?**
Il termine Fisiatria deriva dal greco *phýsis*, che significa "natura", e da *iatréia*, che significa "cura"; in origine si riferiva quindi alla facoltà di curare l'organismo attraverso mezzi naturali, come le tecniche di manipolazione o l'idroterapia. Con il progresso scientifico ha poi assunto un significato più ampio, configurandosi come quella branca della Medicina che si avvale di mezzi fisici, intesi sia come terapie strumentali che come tecniche di movimento, allo scopo di ripristinare o vicariare una funzione persa. Nel corso degli anni il termine è stato poi più volte modificato fino all'ultima definizione di Medicina Fisica e Riabilitazione. Non esiste quindi una sostanziale differenza tra i due termini. L'ultima definizione tiene conto del fatto che lo specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione deve essere una persona laureata in Medicina e successivamente deve aver conseguito la specialità.

**Come sei arrivato ad avvicinarti a questa specializzazione?**
Durante gli anni dell'università il padre del mia ragazza dell'epoca ebbe un ictus con un emiparesi destra. Dopo una fase di ospedalizzazione proseguì il trattamento riabilitativo a livello ambulatoriale. In quel periodo ero io ad accompagnarlo in palestra e qualche volta mi fermavo a vedere il trattamento che veniva svolto. Vedendo quello che veniva fatto ed i progressivi miglioramenti funzionali, pensai che quello sarebbe potuto essere il campo nel quale mi sarebbe piaciuto lavorare. Ho avuto in seguito la fortuna di frequentare il Reparto di Riabilitazione del Professor Carlo Menarini e la mia passione per questa specializzazione è aumentata fino a diventare la mia professione.

*Il dott. Andreoli (ultimo sulla destra) assieme ai membri del suo staff dell'Ospedale Sant'Orsola.*

**Pensando alla tua disciplina mi vengono in mente l'ambito sportivo, quello riabilitativo ortopedico e riabilitativo post-ischemico e post-neurodegenerativo. Puoi raccontarci, per ciascuno di questi ambiti, le patologie con cui più frequentemente vi trovate a confrontarvi?**
Il medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione si occupa della riabilitazione in senso lato. Non potendo però fare i tuttologi, ognuno si dedica prevalentemente ad un ambito specifico. Io ho avuto e ho la fortuna di vedere e seguire casi diversi che vanno dall'ambito sportivo a quello neurologico. Subito dopo essermi laureato iniziai a seguire come medico di gara le partite di Pallanuoto della UISP. Successivamente divenni medico sociale e in quella veste seguivo sia la pallanuoto che il nuoto agonistico. Sono stati anni molto impegnativi ma allo stesso tempo molto gratificanti. Ho seguito atleti come Matteo Cortese, Martina Grimaldi e Marco Orsi. Con la Pallanuoto siamo stati per molti anni in serie A1, conoscendo e seguendo atleti di grande livello sportivo ed umano. Per quanto riguarda la mia attività ospedaliera ho avuto l'opportunità di lavo-

rare in ospedali diversi e di occuparmi di varie patologie che vanno dai traumatizzati cranici ai pazienti ortopedici. Ovviamente gli ambiti di attività sono molti ma la cosa che li accomuna tutti è che l'obiettivo è sempre quello di ottenere il massimo recupero possibile in termini di performance e di autonomia nella vita personale nei limiti imposti dalla patologia di base.

**Lo specialista in Medicina Fisica viene immaginato come un medico che tocca, mobilizza, manipola, prescrive esercizi ed eventualmente farmaci... Oggi eseguite anche manovre e terapie invasive?**

La cosa, a mio parere, più importante, e che tutti i giorni cerco di trasmettere ai nostri medici in formazione specialistica, è la necessità di "mettere le mani addosso" ai pazienti. Sempre di più la pratica medica si affida agli esami strumentali o di laboratorio, che sono indubbiamente importanti, ma non bisogna mai dimenticare l'importanza della visita al malato. Inoltre noi fisiatri siamo specialisti di organismo quindi dobbiamo vedere come funziona l'intero soggetto e non limitarci a fare una valutazione segmentaria. Quindi il fisiatra deve valutare la menomazione e la disabilità e pianificare per ogni soggetto un Progetto Riabilitativo Individuale che va condiviso con il paziente stesso e con tutte la altre figure che compongono il team multiprofessionale (Infermieri, Fisioterapisti, Terapisti occupazionali, Logopedisti, Assistenti Sociali, ecc.) nell'ottica di una presa in carico globale. Negli ultimi anni il fisiatra ha inoltre sicuramente sviluppato crescente interesse e sempre maggiore competenza per le manovre interventistiche. La Fisiatria Interventistica è una branca relativamente recente della Medicina Fisica e Riabilitativa che comprende tecniche che si trovano al confine tra chirurgia e riabilitazione. Il Fisiatra interventista si può avvalere di molte tecniche: dalle infiltrazioni articolari e periarticolari, ad oggi sempre più spesso eco-guidate, passando per i blocchi nervosi e le infiltrazioni epidurali, fino a tecniche diagnostiche come elettromiografia ed elettroneurografia. Tutto ciò con lo scopo di fornire al medico riabilitatore un ulteriore strumento per garantire al paziente i migliori risultati sul piano funzionale. In questo contesto è poi recentemente nata la Società Italiana Medicina Riabilitativa Interventistica Multidisciplinare (SIMRIM), la quale prevede un approccio olistico che permette di definire il progetto riabilitativo nella sua interezza e nel suo divenire.

**In molti campi della medicina la tecnologia ha introdotto innovazioni importanti, in alcuni casi quasi rivoluzionarie. Quali sono le tecnologie che più stanno influenzando il vostro settore?**

Sicuramente l'innovazione principale degli ultimi anni è stata la Robotica. I robot utilizzati in riabilitazione sono dei sistemi tecnologici in grado di sostituire, supplire e, quando necessario, rispondere attivamente, adattandosi alle attività o alle funzioni, residue o assenti, dell'essere umano. Una revisione Cochrane del 2015 ha concluso come l'integrazione tra fisioterapia tradizionale e *device* tecnologicamente avanzati migliori gli *outcome* funzionali, soprattutto *post stroke*. Questo è legato al fatto che la neuroplasticità, cioè la capacità da parte del sistema nervoso centrale di modificare le sue connessioni sinaptiche e quindi la sua funzione, richiede la combinazione di strategie riabilitative intense e ripetitive, caratteristiche proprie della riabilitazione robotica. Naturalmente però la strada è ancora lunga, perché probabilmente quello che ancora manca è uno strumento che non sia solo un'interfaccia meccanica o elettronica ma che realmente possa integrarsi con il soggetto anche dal punto di vista neuropsicologico, per ottenere il massimo risultato possibile sul piano bio-psico-sociale.

**Nel corso degli anni si è assistito al progressivo accorciamento dei tempi che separano l'evento traumatico (sia esso chirurgico, un incidente o una malattia) dall'inizio della riabilitazione. Dal punto di vista dell'approccio metodologico quali sono stati i più consistenti cambiamenti, visti da chi si occupa di questa materia da tanti anni?**

Questo è verissimo, già da alcuni anni molti reparti per acuti (Chirurgie, Rianimazioni,

Cardiologia, ecc) hanno al loro interno dei fisioterapisti che da subito iniziano il trattamento riabilitativo. Inoltre si è assistito nel corso degli anni ad una sempre più precoce valutazione fisiatrica in fase acuta con definizione del setting riabilitativo più appropriato per quel determinato soggetto, in relazione alla sua menomazione e disabilità, ed il trasferimento nel reparto di riabilitazione il più precocemente possibile. La precocità della presa in carico riabilitativa ed il trasferimento in ambienti riabilitativi dedicati ha comportato la riduzione di tutte quelle problematiche legate all'immobilizzazione prolungata, che andavano ad aggravare la patologia di base. Allo stesso tempo però, avere in un reparto di riabilitazione pazienti relativamente acuti comporta avere pazienti ancora non completamente stabili dal punto di vista internistico. Quindi il fisiatra deve essere in grado di gestire tali problematiche, quando presenti (chiedendo anche valutazioni specialistiche, quando necessarie).

**Credo che in un grande policlinico come il S. Orsola le sinergie e l'interdisciplinarietà siano elementi essenziali. Come è dunque organizzato il vostro reparto? E come e con quali reparti soprattutto si relaziona?**
Il nostro reparto di Riabilitazione Intensiva diretto dalla Dott.ssa Mariangela Taricco è situato al primo piano del Padiglione 2. Abbiamo dei percorsi specifici (Percorso Ictus e Frattura di femore) nell'ambito dei quali quotidianamente eseguiamo attività di consulenza e ricoveriamo pazienti in fase acuta. Inoltre svolgiamo attività di consulenza su tutti i reparti del Policlinico e, quando indicato un trattamento riabilitativo intensivo, trasferiamo i pazienti nel nostro reparto. Se invece il paziente non può tollerare o non ha indicazione ad un trattamento intensivo, viene indirizzato verso il PARE (Post-Acuti Riabilitazione Estensiva) sempre al Padiglione 2 oppure viene attivata una CeMPA (Centrale Metropolitana Post-Acuzie) Riabilitativa presso strutture riabilitative convenzionate esterne. Prendendo in carico pazienti con patologie molto varie, ovviamente ci interfacciamo e collaboriamo con la maggior parte dei colleghi del Policlinico con l'obiettivo di facilitare i percorsi all'interno e all'esterno del nostro ospedale e per garantire sempre la massima qualità clinica ai nostri degenti.

**Al recente congresso di Orto-biologia hai fatto un intervento sull'Algodistrofia, patologia frequente e purtroppo spesso misconosciuta... Anche perché, è stato detto, le possibilità di remissione sono inversamente proporzionali al tempo trascorso dall'insorgenza alla diagnosi. Senza pretendere di riportare l'intero tuo intervento congressuale, puoi sintetizzare i concetti diagnostici e terapeutici di base?**
L'algodistrofia o sindrome dolorosa regionale complessa (CRPS - Complex Regional Pain Syndrome) è una sindrome regionale caratterizzata classicamente da dolore, in genere sproporzionato rispetto all'evento scatenante, disturbi sensitivi, edema, instabilità vasomotoria, alterazioni del trofismo cutaneo e conseguente limitazione funzionale, spesso successivi a fratture, traumi dei tessuti molli o interventi chirurgici. Coinvolge tipicamente le estremità distali degli arti (mano, piede). La patogenesi, non ancora del tutto chiarita, è molto complessa e chiama in causa i meccanismi dell'infiammazione classica, dell'infiammazione neurogena, oltre a fenomeni di sensibilizzazione periferica e modifiche maladattative della percezione del dolore a livello del sistema nervoso centrale. La diagnosi è clinica e non esiste attualmente un esame strumentale singolo che possa confermare o escludere la patologia, anche se la radiografia convenzionale, la risonanza magnetica nucleare e la scintigrafia ossea trifasica possono essere di supporto alla diagnosi. Nello specifico la scintigrafia sembra utile per identificare quei pazienti che possono trarre beneficio dal trattamento con bifosfonati. Per la diagnosi si utilizzano quindi i criteri di Budapest, che prendono in considerazione sintomi e segni nell'ambito di queste quattro categorie: alterazioni sensoriali, alterazioni vasomotorie, alterazioni sudomotorie/edema ed alterazioni motorie/trofiche. Dal punto di vista terapeutico, l'approccio non può prescindere dal prendere in considerazione la complessità della pato-

genesi e la multifattorialità di questa patologia. Perciò anche se attualmente esiste un farmaco, il neridronato, che si è dimostrato efficace nel ridurre sia la sintomatologia dolorosa che le altre manifestazioni cliniche della patologia, questo va inserito sempre nell'ambito di un approccio multidisciplinare che preveda anche l'esercizio terapeutico, le terapie fisiche, tecniche neuroriabilitative e psicologiche. Per quanto riguarda il trattamento riabilitativo, le tecniche che attualmente hanno maggiori evidenze di efficacia sono quelle che mirano alla riorganizzazione corticale, come la Mirror Therapy (MR) e la Graded Motor Imagery (GMI). Queste si basano sulle teorie di alcuni autori che considerano la disfunzione della CRPS come una sorta di "neglect" prodotto da una sofferenza algica prolungata con invio di stimoli afferenziali alterati al cervello, proponendo la normalizzazione del movimento come chiave per risolvere il quadro. Tutto ciò ha permesso negli ultimi anni un miglioramento della prognosi per i malati affetti da questa condizione patologica, a patto però di giungere ad una diagnosi e ad un trattamento precoce, fondamentali per evitare lo sviluppo di danni secondari legati al disuso dell'arto interessato.

**A proposito dei bifosfonati: sono spesso stati dipinti come farmaci temibili (in particolare per gli odontoiatri, che paventano rischi di osteonecrosi a seguito di manovre chirurgiche nel cavo orale), quali sono le tue esperienze in proposito?**

Fortunatamente non ho mai avuto esperienza di casi di osteonecrosi della mandibola nei miei pazienti, nonostante io utilizzi frequentemente questa categoria di farmaci sia come prevenzione primaria e secondaria delle fratture osteoporotiche che come trattamento antalgico in corso di edema midollare osseo associato a numerose patologie. Questo è probabilmente legato al fatto che l'osteonecrosi della mandibola si verifica quasi esclusivamente nei pazienti oncologici metastatici in terapia con alte dosi di bifosfonati, per i quali peraltro questi farmaci sono essenziali per ridurre gli eventi scheletrici e le drammatiche conseguenze associate. Perciò, mentre in questa categoria di pazienti devono essere messe in atto, dagli specialisti di riferimento, tutte le procedure di prevenzione del caso, nei pazienti che utilizzano gli anti-riassorbitivi per prevenire le fratture osteoporotiche, la questione è meno definita. In questi pazienti i casi di osteonecrosi della mandibola sono rari, spesso aneddotici e la letteratura concorda sul fatto che non sia necessaria una valutazione odontoiatrica prima di iniziare il trattamento. La sospensione del trattamento in caso di procedure odontoiatriche viene di solito raccomandata in caso di terapie che si prolungano da più di 4 anni e in caso di altri fattori di rischio concomitanti come la terapia steroidea. Personalmente, prima di intraprendere il trattamento, chiedo sempre al paziente se ha in programma dei trattamenti odontoiatrici a breve termine e, in quel caso, valuto la possibilità di posticipare l'inizio del trattamento. Si tratta comunque sempre di una valutazione del rapporto rischio-beneficio tra il rischio fratturativo, spesso molto più elevato, e quello delle complicanze del trattamento. Per quanto riguarda invece l'utilizzo dei bifosfonati a scopo antalgico nelle patologie caratterizzate da edema midollare osseo, in genere considero il rischio di complicanze ancora inferiore in quanto si tratta di terapie relativamente brevi (limitate spesso a qualche mese) e quindi con dosaggi cumulativi non particolarmente elevati, e utilizzando molecole molto efficaci dal punto di vista antalgico ed anti-infiammatorio ma meno potenti come anti-riassorbitivi.

**All'Ordine ci è capitato di dovere sottolineare alcuni importanti distinguo tra l'attività del Fisiatra e quella del Fisioterapista... Vedi rischi di invasioni di campo e confusione di competenze?**

Questa discussione sui ruoli e sull'invasione di campo tra Fisiatri e Fisioterapisti c'è sempre stata e, a mio parere, ci sarà sempre! Fisiatra e Fisioterapista sono due figure assolutamente complementari che devono lavorare insieme con un unico obiettivo, che è quello di fare il bene del paziente. Nella maggior parte dei casi tutto questo accade perché si lavora in team e si definiscono in-

sieme quali sono gli obiettivi da perseguire e con quali modalità raggiungerli.

**Sei segretario regionale della SIMFER Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione: quali sono i più pregnanti obiettivi della vostra società?**

Sono onorato di essere il Segretario Regionale SIMFER Emilia-Romagna e di rappresentare da un punto di vista scientifico molti colleghi della Regione. La SIMFER in questi anni ha lavorato moltissimo a livello nazionale con il Ministero della Salute e i temi caldi al momento riguardano il Piano Cronicità, che rappresenta un problema emergente in considerazione dell'aumentare dell'età della popolazione e delle disabilità; la definizione dei nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), l'introduzione delle modifiche al Nomenclatore Tariffario e la pubblicazione delle linee guida e di buona pratica in ambito riabilitativo. Inoltre, a livello internazionale, crescente attenzione è dedicata alla "early rehabilitation" e la SIMFER, insieme alla SIRN (Società Italiana di Riabilitazione Neurologica) ed alle associazioni dei pazienti, sta partecipando attivamente ad un gruppo di lavoro sulla *early rehabilitation* nello *stroke* ischemico. Non ultimo l'impegno verso un incremento del numero dei posti nelle scuole di specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione, portato avanti dalla SIMFER Nazionale insieme al Ministero dell'Istruzione. Per quanto riguarda invece il Gruppo Regionale Emilia-Romagna, un progetto interessante, realizzato insieme al Comitato Italiano Paralimpico (CIP), è stato quello di organizzare l'apertura di sportelli informativi, all'interno dei principali ospedali della Regione, allo scopo di favorire l'attività sportiva nella persona disabile. Si tratta quindi di numerosi progetti e, se pensiamo che l'ambito riabilitativo va dalla Neonatologia (presa in carico di neonati pre-termine o con problemi neuromotori alla nascita) alla Geriatria, con la gestione di soggetti anziani con multiple comorbidità, capiamo come il riabilitatore abbia un campo di azione molto vasto e tante frecce nel proprio arco, da utilizzare nel modo più appropriato ed efficace possibile per ridurre la disabilità e migliorare la qualità della vita delle persone.


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

Scuola Italo-Cinese di Agopuntura
Scuola accreditata dalla Regione Emilia-Romagna Determina n. 5050 del 05/04/2017

**CORSO DI AGOPUNTURA E MEDICINA TRADIZIONALE CINESE**

Il corso è patrocinato dalla FNOMCeO, dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bologna, dall'Azienda USL di Bologna e in collaborazione con l'Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino.
**Sede:** Bologna, Policlinico Sant'Orsola, Istituto di Ricerca e Cura dell'A.M.A.B.
**Inizio corso: 14 dicembre 2019**
**Direzione Scuola:** Dott. Carlo Maria Giovanardi e Dott. Umberto Mazzanti
**Durata: 3 anni**, lezioni teorico-pratiche annuali che si svolgono in 9 weekend. Pratica clinica in aula e con tutor, tirocinio clinico pratico presso strutture pubbliche e possibilità di stage presso ospedali e Università cinesi.
**Titolo rilasciato:** Attestato Italiano di Agopuntura dell'A.M.A.B. e della FISA (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura). L'Attestato rilasciato da A.M.A.B., in quanto scuola accreditata (Determina n. 5050 del 05/04/2017), ha valore legale su tutto il territorio nazionale e ha la stessa valenza del "Diploma di Master Universitario in Agopuntura" in quanto entrambi ottemperano ai requisiti richiesti dall'art. 4 comma 2 lett. b dell'Accordo Stato - Regioni del 7 febbraio 2013 e soddisfa i requisiti per l'iscrizione ai Registri degli Agopuntori istituiti presso gli Ordini dei Medici Chirurghi provinciali.
**Destinatari:** Laureati in Medicina e Chirurgia e Odontoiatri.
**ECM:** la partecipazione al corso riconosce **"l'esonero dall'obbligo di formazione continua"** in ottemperanza a quanto stabilito dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.
**Quota:** € 1.960,00; € 1.360,00 per il primo anno ai neo laureati (anni 2017-2018-2019).
**Segreteria organizzativa:** tel. 3409553985, segreteriascuola@amabonline.it, www.amabonline.it

# La sanità di oggi (e forse di domani), tra politica ed economia

Alessandro D'Errico*

Ciò che segue, sono alcune semplici riflessioni nate nel tempo della mia intensa seppur breve esperienza lavorativa che Vi propongo senza la pretesa di porre verità assolute, ma nella speranza di proporre alcuni spunti di riflessione.

In un sistema sanitario universalistico come il nostro e nel contesto politico e sociale in cui ci troviamo, credo sia atto di realismo, seppur correndo il rischio di passare per impopolare, cominciare a parlare francamente della salute in termini economici e politici. Questo è indispensabile per due ordini di motivi: il primo perché è un dato di fatto, nonostante ciò che chiunque possa pensare, che nel nostro Paese la salute è sempre più anche una questione economica e politica. Secondariamente, perché qualsiasi lavoro una persona si appresti a fare o faccia, questo diventa imprescindibile dalla realtà legata indissolubilmente alla propria attività. Per capirci, chiuderci da medici ad un dato di realtà, ci porterà sempre più ad essere ingranaggi di un sistema esistente e sempre meno protagonisti dello stesso sistema.

Nel 2012, l'allora Capo del Governo, Prof. Monti, dichiarò che la Sanità si sarebbe dovuta aprire al coinvolgimento di finanziatori diversi dallo Stato.

Tutte le parti politiche e sociali insorsero decisamente, come ad affermare che lo Stato è l'unico che possa garantire efficacemente il diritto di cure ad ognuno di noi. Pur fra mille difficoltà e con i necessari e dovuti distinguo, la nostra è una sanità eccellente e questo è un dato di fatto, come lo è che la nostra Carta Costituzionale da sempre è garanzia di un sistema volto alla salvaguardia del bene salute. Non sempre, tuttavia, lo Stato è capace di garantire l'efficienza e l'equità prefissate.

Lo shock provocato dalla parole di Monti, in realtà, ha lasciato spazio ad un disegno politico ed economico che, seppur non attraverso la via della legiferazione, sta assumendo connotazioni sempre più definite e che, nella nostra Regione forse più rispetto ad altre esperienze, si sta chiarificando ancor più velocemente.

Il Sistema Pubblico, primo elemento in gioco, ormai da alcuni anni sta tentando di ottimizzare i propri processi attraverso sistemi di Hub & Spoke, volti all'ottimizzazione delle risorse, attraverso la creazione di Centri di Eccellenza e, non da ultimo la costituzione di I.R.C.S.S. che permettano di creare poli di ricerca, oltre che notevole attrattività per sovvenzionamenti. In tal senso, il Sistema Pubblico sarà sempre più relegato ad erogare fattivamente sanità "d'élite", rivolta ovvero alla cura di gravi patologie od importanti stati morbosi, capace di intraprendere notevoli investimenti per affrontare le sfide della diagnostica sempre più precoce e della prevenzione.

Accanto a questo, secondo elemento in gioco, c'è una fitta rete di strutture private che costituiscono il sistema sanitario cosiddetto "convenzionato". A questo, negli ultimi anni, il S.S.R. ha sempre più rivolto la propria attenzione attraverso i meccanismi della committenza, indirizzando le tipologie di attività da svolgere e condizionando, nel bene e nel male, lo sviluppo e le strategie di mercato delle aziende sanitarie private che, laddove non sono riuscite a diversificarsi ed a eccellere, oggi hanno vincolato la propria sopravvivenza appaltandola alla risposta ad un unico "cliente", ovvero il S.S.R. Tuttavia, questo sinergismo, per certi versi un po' forzato, permette però di contenere le liste di attesa, ma anche di incanalare tutta una serie di interventi, più o meno routinari, ma che oggi non sono prioritari rispetto al disegno politico ed economico del Sistema Sanitario Pubblico: pensiamo ad esempio

alla protesica ortopedica, a molti interventi di chirurgia generale e così via. Non da ultimo, è bene ricordare che tali aziende costituiscono comunque una ricchezza, sia per il nostro Paese che per la nostra sanità, in quanto capaci di un reale efficientamento delle risorse forse perché nella maggior parte dei casi svincolate maggiormente da preoccupazioni di tipo politico. Ultimo elemento in gioco, è proprio quello che anni fa aveva suggerito il Ministro Monti, ovvero un "investitore privato". Oggi, questo ruolo pare sempre più delinearsi attorno alle principali Compagnie Assicuratrici che, proprio nelle polizze di sanità integrativa, hanno trovato un nuovo sviluppo, ma anche la possibilità di rispondere ad una domanda di mercato che effettivamente è sempre più concreta.

Rimane, ora, da attendere gli sviluppi e capire come nel tempo questi protagonisti riusciranno a compenetrarsi e a coinvolgersi vicendevolmente o meno per uno scopo comune. Un dato molto interessante, comunque, è a mio parere lo scenario che si sta delineando e che riguarda chiunque faccia il nostro lavoro. Al di là delle linee generali appena espresse, rispetto alle problematiche politiche ed economiche del nostro lavoro, credo che nella pratica quotidiana ognuno di noi abbia in mente esempi molto concreti su cosa ciò significhi. La medicina, ahimè, rimarrà sempre cosa umana, fatta dall'uomo e per l'uomo. Ma anche l'economia e la politica hanno una dimensione umana. In questo senso, forse, la cosa che dovremmo temere maggiormente sono gli "sbilanciamenti", l'eccesso di politica, così come l'eccesso di economia. Da temere quanto la dimenticanza che siamo medici per il malato e non per la malattia.

** Specialista in Medicina legale*
*Direttore sanitario Centro Medico FISIOS*

**VILLA BARUZZIANA**

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO**

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

**BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19**

**Centralino:**
**tel. 051 580395**

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

**Ambulatori Cup:**
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

**Amministrazione:**
**tel. 051 338454-41**

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

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

**e-mail: direzione@villabaruzziana.it**

# Novembre: mese dedicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità all'informazione sul Cancro del Pancreas

Giancarlo Caletti*

L'incidenza e la mortalità per tutti i cancri sono in rapido aumento in tutto il mondo.
Tale aumento è ritenuto effetto della crescita numerica della popolazione e del suo invecchiamento; allo stesso tempo è mutata la prevalenza dei più importanti fattori di rischio per il cancro, molti dei quali avanzano di pari passo con lo sviluppo socio-economico delle popolazioni.
Il Cancro del Pancreas, un tempo considerato un tumore raro, è oggi la causa crescente della mortalità per cancro in tutti i Paesi. Fra il 1990 ed il 2017 la sua incidenza è aumentata di 2-3 volte in ambedue i sessi, passando dai 196.000 casi annui a 440.000 nel 2017, anno del più recente censimento.
Il Cancro del Pancreas rimane inoltre uno dei tumori con la peggior prognosi avendo una sopravvivenza a 5 anni solo del 5% e questa percentuale non è aumentata negli ultimi 5 anni.
Si prevede che nel 2030 negli USA, esso passerà dal 4° al 2° posto come causa di morte per tumore.
I più elevati numeri di incidenza e mortalità per questo tumore si riscontrano nei Paesi ad alto benessere socio-economico.
Sebbene le cause del cancro del pancreas siano ancora in gran parte sconosciute, e che studi genetici abbiano dimostrato che il 20-30% di questi tumori sia legato a fattori ereditari, recentemente sono stati identificati alcuni **fattori di rischio quali il fumo, l'alcol, l'obesità ed il diabete**.
Questi possono spiegare, anche se solo in parte, alcune delle variabilità fra i diversi Paesi.
Fermo restando che l'invecchiamento della popolazioni e l'aumento dell'aspettativa di vita rappresentano il primo fattore di rischio, l'aumento diffuso di questo cancro è probabilmente legato all'aumento del fumo e dell'abuso di alcol nei Paesi in via di sviluppo e, nei Paesi ad alto tenore socio-economico, all'aumento della prevalenza dell'obesità e del diabete.
Il Cancro del Pancreas è tipicamente una malattia delle persone anziane, poiché il 90% dei nuovi casi diagnosticati ha colpito individui sopra i 55 anni, con il picco massimo fra la 7a e l'8a decade di vita. Ciononostante si stanno riscontrando casi in soggetti con età inferiore ai 45 anni.
L'aspetto più drammatico di questo tumore è che esso viene spesso diagnosticato in stadio avanzato e risponde poco ai trattamenti chirurgici e/o radio-chemioterapici con deludenti percentuali di successo terapeutico.
Per combattere questo *killer silenzioso* bisogna quindi partire agendo sulla **prevenzione**.
È stato evidenziato che ben il 32% dei pazienti deceduti per cancro del pancreas era fumatore.
Si è notato anche che nei Paesi dove la campagna anti fumo è stata intensa ed attiva, si è avuto un calo parallelo dell'incidenza del Cancro del Pancreas.
Si è altresì visto che il rischio di questo tumore è correlato al numero di sigarette fumate al giorno ed al numero degli anni in cui il soggetto ha fumato.
Il diabete di tipo 2 è stato collegato all'aumento del rischio di Cancro del Pancreas in moltissimi studi epidemiologici. Nel censimento del 2017 si è riscontrato che 8,8% delle morti dovute a questo cancro erano da attribuirsi all'elevata glicemia presente in ambedue i sessi.
Una ricerca effettuata nell'Italia del Nord ha stimato che ben il 9,7% dei cancri pancreati-

ci era da attribuirsi al diabete (Rosato V., *et al., Population attributable risk for pancreatic cancer in northern Italy. Pancreas* 2015; 44: 216-220).
Inoltre numerose segnalazioni provenienti da tutto il mondo confermano l'aumento della prevalenza del diabete: i diabetici sono quadruplicati.
Questo fatto porterà in futuro grossi problemi nell'approvvigionamento di insulina.
Studi epidemiologici eseguiti su grandi numeri di soggetti hanno indicato una stretta correlazione fra Cancro del Pancreas ed l'aumento dell'indice di massa corporea (BMI).
La prevalenza dell'obesità (BMI >30 kg/m2) sta aumentando in modo allarmante in molte parti del mondo.
Il numero delle persone obese è salito globalmente da 105 milioni nel 1975 a 641 milioni nel 2014.
In questo intervallo di anni il numero dei maschi obesi si è triplicato, mentre quello delle femmine si è duplicato.
Gli studi più recenti hanno dimostrato che il 6,2% dei casi di Cancro del Pancreas era attribuibile all'obesità per ambedue i sessi.
Infine la più alta incidenza per questo cancro, rilevata nei Paesi cosiddetti "ricchi", rispetto a quelli in via di sviluppo, è anche parzialmente collegata alla possibilità di diagnosi precoci con moderne ed accurate metodiche diagnostiche.
**Pertanto si può concludere affermando che *il Cancro del Pancreas è un pesante fardello in costante aumento.***
**Le strategie di prevenzione** nel prossimo futuro dovranno basarsi sulla lotta ad ogni tipo di fumo, alla riduzione dell'assunzione di alcolici, al trattamento dell'obesità e al buon controllo della glicemia e del diabete.
**I sintomi Iniziali:** purtroppo il Cancro del Pancreas manifesta la sua presenza solo tardivamente, cioè in fase ormai avanzata.
**L'ittero** colestatico è l'unico sintomo di un tumore della testa della ghiandola, dovuto alla compressione del tumore sul coledoco.
**Il dimagramento** importante ed improvviso, senza apparenti motivazioni è un serio campanello di allarme che deve essere subito valutato. Esso è sintomo di un malassorbimento alimentare, legato al mancato arrivo di enzimi pancreatici nel duodeno, fondamentali per completare la digestione, causati dall'ostruzione del dotto di Wirsung da parte del tumore.
**Il diabete** che insorga improvvisamente in un soggetto adulto, normopeso e senza precedenti problemi glicemici, è spesso indice di un cancro localizzato alla coda dell'organo con distruzione delle cellule di Langerhans deputate al controllo glicemico.
**Le** possibili **strategie di diagnosi precoce** per questi casi si basano principalmente sull'**ecografia addominale di alta qualità**[1], al momento l'unica tecnica valida e facilmente ripetibile per monitorizzare i soggetti a rischio.
Qualora all'ecografia si riscontrassero anomalie alla ghiandola pancreatica, Risonanza Magnetica e TAC servono poco alla conferma diagnostica e vanno riservate al percorso di stadiazione preoperatorio e/o pre-radio chemioterapico.
**La metodica oggi considerata regina per la diagnosi di Cancro del Pancreas è l'Ecografia Endoscopica (EUS).**
Essa associata a contrasto e ad elastografia. consente di ottenere immagini di qualità eccellente, superiori a quelle della TC e della RNM. Infine l'EUS, associata al prelievo agobioptico della lesione sospetta, consente una conferma anatomo-citologica del tumore.
**I soggetti a basso rischio** debbono continuare nelle loro sane abitudini di vita e sottoporsi ad una ecografia addominale di alta qualità[1], ogni 2 anni a partire dai 50 anni.

Global Burden Disease 2017 Pancreatic Cancer. *The global, regional and national burden of pancreatic cancer and its attributable risk factors.* www.thelancet.com/gastrohep, vol 4, december 2019, 934-947.
Klein Alison P. *Pancreatic cancer: a growing burden.* www.thelancet.com/gastrohep, vol 4, december 2019, 895-896.

** Prof. Giancarlo Caletti, Gastroenterologo*
*Casa di Cura Villa MF Toniolo Bologna*

[1] Per alta qualità in ambito dell'ecografia pancreatica transaddominale e dell'Ecografia endoscopica si intende un esame effettuato con strumenti moderni, che consentano l'utilizzo del contrasto e l'esecuzione contemporanea dell'elastografia. Infine deve essere eseguita da operatori con esperienza maturata in questo settore di patologia.

# Nuova Polizza Responsabilità Professionale Medici Chirurghi ed Odontoiatri

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

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

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

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

Quanto sopra potendo disporre di CONTENUTE CONDIZIONI ECONOMICHE specificatamente ottenute sul mercato dei LLOYD'S di Londra, per tutte le specializzazioni mediche e chirurgiche, dal medico di medicina generale, all'odontoiatra, al ginecologo, al chirurgo ortopedico, etc.!

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

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

# TABELLA COMPARATIVA R.C. PROFESSIONI MEDICHE IN LIBERA PROFESSIONE

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

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

## TABELLA COMPARATIVA
## INFORTUNI PROFESSIONI SANITARIE

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

Certificato

UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

# VILLA BELLOMBRA
## RIABILITAZIONE ROBOTICA

**Riabilitazione intensiva**
con tecnologia robotica
LOKOMAT PRO®
e ARMEO POWER®
per il recupero degli arti inferiori e superiori

**L'Ospedale Villa Bellombra è consorziato e associato con:**

COLIBRÌ®
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

Uehp European Union of Private Hospitals

VILLA BELLOMBRA
**PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO**

via Bellombra 24
40136 Bologna
tel 051.58.20.95
info@villabellombra.it
www.villabellombra.it

Seguici su facebook

**Direttore Sanitario**
**Dott. Vincenzo Pedone**
Specialista in Geriatria, Medicina Interna, Cardiologia, Pneumologia e Dietologia

sandrostefanelli.com

Aut.San. N. PG 121388 del 13.05.10 © foto: Hocoma, Switzerland

ASSOCIAZIONE ITALIANA
DONNE MEDICO

# PREMIO "MARGHERITA ARCIERI"

## ASSOCIAZIONE ITALIANA DONNE MEDICO ( AIDM)
## SEZIONE di BOLOGNA

L'associazione Italiana Donne Medico ( AIDM ) - Sezione di Bologna destina il Premio "Margherita Arcieri" per il riconoscimento di un'attività inerente l'ambito d'azione dell'Associazione Italiana Donne Medico. L'AIDM è attiva nel valorizzare il lavoro della donna medico in campo sanitario, promuovere la collaborazione tra le donne medico, collaborare con le altre associazioni sia italiane che internazionali per lo studio delle problematiche sanitarie e socio-sanitarie che coinvolgono la collettività, e in particolare le donne, promuovere la formazione scientifico-culturale in campo sanitario collaborando con organismi ed istituzioni pubbliche, elaborare trial di studio e linee guida.
Il premio è dedicato alla Dott.ssa Margherita Arcieri, fondatrice della sezione bolognese dell'AIDM che ha ispirato tutte le Socie con la Sua preparazione, volontà, determinazione ed impegno verso la cura e le attività delle donne.
Nell'edizione 2020, il Premio "Margherita Arcieri" è di 5000, 00 euro e sarà destinato alla migliore tesi di laurea/ specialità/dottorato se effettuata fra il 2016 e il 2019 redatta da uno/a studente/ssa talentuoso/a dell'Alma Mater Studiorum Università di Bologna su temi connessi l'innovazione scientifico-umanistica con la finalità di migliorare la qualità di vita delle donne sia nell'ambito della salute che nella sue mansioni lavorative e quotidiane.
Il concorso prevede oltre all'assegnazione di un premio in denaro la possibilità di presentare la tesi come lettura magistrale durante il convegno dell'Associazione italiana Donne Medico - Sezione Bologna.
A CHI È RIVOLTO: possono partecipare studenti laureati/specializzati/ricercatori dell'Alma Mater Studiorum Università di Bologna la cui tesi di laurea, specialità, dottorato sia stata inerente agli argomenti richiesti dal bando di concorso e la cui presentazione ricada nei termini previsti dal bando.

PER PARTECIPARE AL BANDO DI CONCORSO E RICEVERE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA: inviare una mail a premioma.aidmbo@gmail.com specificando nell'oggetto "RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PER IL PREMIO MARGHERITA ARCIERI".
DEADLINE per presentare la domanda ore 23.59 del 30 aprile 2020

**Associazione Italiana Donne Medico – Sezione Bologna**
**associazionedonnemedicobologna@gmail.com**
**Piazza dei Martiri 1943 - 1945 n.1/2 - 40121 Bologna**

# CLINICADOMICILIO

## Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio a Bologna e provincia

Per le radiografie 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
il numero 800100670 oppure scrivi a
info@clinicadomicilio.it
Tutti i giorni, festivi compresi,
dalle 8:00 alle 22:00.

Il servizio è attivabile su tutta
la provincia di Bologna.

REFERTO GARANTITO IN SOLE **24** ORE

NUMERO VERDE - 800100670

800100670 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA COLIBRÌ

CERTIFICATA

Aut.San. PG.N. 25139/2017

# SENTENZA CASSAZIONE CIVILE N. 26311/19 – RESPONSABILITÀ MEDICI SPECIALIZZANDI

*Cari Presidenti,*
si ritiene opportuno segnalare che la Corte di Cassazione Civile con Sentenza n. 26311/19 (All. n. 1), pubblicata il 17.10.19, ribadendo un orientamento consolidato nella giurisprudenza penale, ha rilevato che: "Va tuttavia rammentato che secondo la giurisprudenza penale di questa Corte il medico specializzando non è presente nella struttura per la sola formazione professionale, né lo specializzando può essere considerato un mero esecutore d'ordini del tutore anche se non gode di piena autonomia; si tratta di un'autonomia che non può essere disconosciuta, trattandosi di persone che hanno conseguito la laurea in medicina e chirurgia e, pur tuttavia, essendo in corso la formazione specialistica, l'attività non può che essere caratterizzata da limitati margini di autonomia in un'attività svolta sotto le direttive del tutore; ma tale autonomia, seppur vincolata, non può che ricondurre allo specializzando le attività da lui compiute; e se lo specializzando non è (o non si ritiene) in grado di compierle deve rifiutarne lo svolgimento perché diversamente se ne assume le responsabilità (c.d. colpa per assunzione ravvisabile in chi cagiona un evento dannoso essendosi assunto un compito che non è in grado di svolgere secondo il livello di diligenza richiesto all'agente modello di riferimento - Cass. 10 dicembre 2009, n. 6215 e 22 febbraio 2012, n. 6981)".

Cordiali saluti
IL PRESIDENTE - Dott. Filippo Anelli

*Ponti di Cooperazione tra il Nord e il Sud del Mondo attraverso servizi di telemedicina.*

## LA SANITÀ A KM ZERO

**Sabato 23 novembre 2019 ore 9:00 - Ordine dei Medici di Bologna, Via Zaccherini Alvisi, 4**

Presentare il libro *L'Afrique c'est chic* (Infinito Ediz) di Michelangelo Bartolo che narra spaccati di Africa, di sanità e di servizi di telemedicina all'Ordine dei Medici di Bologna è un segno eloquente di come la globalizzazione interroga in modo trasversale anche la classe medica. In un mondo dove si alzano sempre più muri, i servizi di telemedicina sono dei ponti che garantiscono vicinanza, formazione e consigli diagnostici e terapeutici certi. Una rete web estremamente concreta che promuove cultura sanitaria e rappresenta un nuovo modo di fare cooperazione ad alto impatto e a costi contenuti. L'auspicio e che sempre più medici mettano a disposizione la propria professionalità aderendo, nei modi più diversi, a questo nuovo sogno di cooperazione perché si diffonda sempre più la cultura della vicinanza, dell'incontro e della cooperazione sanitaria. Questi gli argomenti cardine che verranno affrontati nell'evento. Il libro, scritto con lo stile di un diario di viaggio, descrive in modo leggero ma efficace come i servizi di telemedicina possano essere una chance di sviluppo non solo per i Paesi a risorse limitate ma anche per i nostri territori italiani. Un servizio nato dal programma DREAM della Comunità di Sant'Egidio e che oggi collega 39 centri sanitari africani a oltre 200 medici Europei e che ha garantito ad oggi più di 11.000 teleconsulti.
Interverranno: L'Arcivescovo Matteo Zuppi introdurrà il dibattito; il Dott. Giancarlo Pizza, Presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna e promotore dell'incontro; Il Dott. Massimo Annicchiarico, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata; Il Dott. Fabio Capello, medico cooperante del CUAMM, medico cooperante in diversi paesi africani; Il Dott. Michelangelo Bartolo, autore del libro.

Certificato

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

# SANTA VIOLA
# PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

## Ricoveri privati tempestivi senza lista d'attesa

L'Ospedale Santa Viola
è consorziato e associato con:

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

European Union of Private Hospitals

**Ricoveri ospedalieri**

Post acuzie

Riabilitazione

Pazienti affetti da disordini della coscienza

**Ricerca e formazione**


**SANTA VIOLA**
**Presidio Ospedaliero Accreditato**
via della Ferriera, 10,
Bologna 40133
t. 051 38 38 24
info@santaviola.it
www.santaviola.it


Seguici su facebook

Autor. Sanitaria N. PG 196321 del 14.05.2018


**Direttore Sanitario**
**Dott. Vincenzo Pedone**
Specialista in Geriatria, Medicina Interna, Cardiologia, Pneumologia e Dietologia

## MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 14 ottobre 2019

| | | | |
|---|---|---|---|
| BACCELLI FRANCESCO | 348/10.15.870 | IALONARDI MAGDA | 333/11.64.383 |
| BARBIERO AGOSTINA | 328/16.19.810 | NANFACK TSOBJIO ALINE PATIENCE | 349/29.28.147 |
| BUSANA LUCA | 392/69.02.279 | ORSI ELENA | 328/00.28.668 |
| CHIRILLO ANNA | 345/09.36.769 | PASTORI ALEXIA | 347/32.76.250 |
| CIRIMBELLI ANDREA | 348/74.87.845 | PONTESILLI GIULIA MARIA | 340/80.81.141 |
| CURTO ALBERTO | 329/27.88.386 | QUARTA COLOSSO MARINA | 392/25.19.461 |
| DALL'OLIO MICHELE | 340/87.40.856 | SACILOTTO FEDERICA | 339/46.73.169 |
| DEL VECCHIO VALERIA | 333/74.833.88 | SERACCHIOLI STEFANO | 338/25.98.329 |
| DI CASTRI VINCENZO | 340/72.80.049 | SERANI FRANCESCA | 339/57.59.162 |
| DI FELICE ALESSANDRO | 349/53.64.024 | SMANIA VERONICA | 333/60.22.367 |
| DI LALLO FRANCESCA | 333/45.62.905 | TAFA LAVDIJE | 328/46.33.109 |
| DUGATO VITTORIO | 334/22.41.971 | VALLUZZI FRANCESCO | 393/24.35.670 |
| FORNASARI FRANCESCO | 335/67.00.031 | VALTORTA ALESSANDRO | 347/16.43.919 |
| GALIETTA ERIKA | 349/07.66.801 | VARCHETTA GIORGIO | 393/03.69.137 |
| GUIDASTRI MONICA | 366/700.62.68 | VIOTTI VALENTINA | 389/45.17.778 |

***

## MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

| Cognome - Nome | Specializzazione/Annotazioni | Telefono |
|---|---|---|
| CARDELLICCHIO RODOLFO | Ortopedia e Traumatologia | 335/62.20.145 |
| DALLE DONNE ANDREA | Odontoiatra | 333/24.05.363 |
| DONATI UMBERTO | Ortopedia e Traumatologia<br>Chirurgia della Mano<br>Medicina Legale e delle Assicurazioni | 347/88.53.126 |
| GRISHKO JANA VLADIMIROVNA | Odontoiatra | 392/41.36.390 |
| PALUMBO BENEDETTA | Odontoiatra | 051/30.38.96<br>338/33.64.432 |
| SORRENTI GIOVANNI | Medicina Interna<br>Diabetologia e Malattie del Ricambio | 347/21.20.787 |

## LE SFIDE DELL'INFERTILITÀ - 2ª EDIZIONE

**5 Dicembre 2019**
**Hotel "NH DE LA GARE"**
**Piazza XX Settembre, 2 - Bologna**

*GIOVEDÌ 5 DICEMBRE 2019*
08:30 Registrazione e suddivisione in squadre dei partecipanti.
09:15 Benvenuto e presentazione del workshop.
**1. Il trattamento medico e farmacologico delle Poor Responders** - Moderatore: A.P. Ferraretti
09:30 Presentazione del caso clinico di trattamento medico e farmacologico delle poor responders con possibilità di domande da parte dei partecipanti (C. Tabanelli).
09:50 Management clinico del caso clinico precedentemente illustrato proposto dalle squadre.
10:10 Poor responders: cosa fare (F. Ubaldi).
10:30 Poor responders: cosa non fare (E. Porcu).
10:50 Discussione conclusiva.
**2. Le Malformazioni Uterine** - Moderatore: L. Gianaroli
11:10 Presentazione del caso clinico di management delle malformazioni uterine con possibilità di domande da parte dei partecipanti (M. Gergolet).
11:30 Management clinico del caso precedentemente illustrato proposto dalle squadre.
11:50 Le malformazioni uterine: cosa fare (G. Gubbini).
12:10 Le malformazioni uterine: cosa non fare (L. Barusi).
12:30 Discussione conclusiva.
12:50 Lunch.
**3. I Fibromi Uterini nella donna infertile** - Moderatore: A. Volpe
14:00 Presentazione del caso clinico di management dei fibromi uterini nella donna infertile con possibilità di domande da parte dei partecipanti (S. Giulini).
14:20 Management clinico del caso precedentemente illustrato proposto dalle squadre.
14:40 I fibromi uterini nella donna infertile: cosa fare (M. Cignitti).
15:00 I fibromi uterini nella donna infertile: cosa non fare (A. Borini).
15:20 Discussione conclusiva.
**4. Il Management delle gravidanze da Concepimento Assisitito** - Moderatore: G.B. La Sala
15:40 Presentazione del caso clinico di management delle gravidanze da concepimento assistito (S. Barnabé).
16:00 Management clinico del caso precedentemente illustrato proposto dalle squadre.
16:20 Gravidanze da concepimento assistito: cosa fare (G. Lanzoni).
16:40 Gravidanze da concepimento assistito: cosa non fare (R. Morandi).
17:00 Discussione conclusiva.
**5. Keynote Lecture**
17:20 Le bufale in sanità: il ruolo del medico (A. Conte).
17:40 Discussione.
17:50 Compilazione questionari e chiusura del corso.

**DESTINATARI**
Il corso è destinato a: Medici generici; Specialisti in Ginecologia e Ostetricia, Genetica Medica, Endocrinologia; Infermieri e ostetriche; Biologi.

**QUOTE DI ISCRIZIONE**
Medici 150 euro IVA inclusa. Specializzandi / Infermieri / Ostetriche 50 euro IVA inclusa. Il pagamento deve essere effettuato mediante bonifico bancario intestato a: S.I.S.Me.R. srl - UBI BANCA - Filiale di Bologna Ercolani.
IBAN: IT 81 A 03111 02402 000000001793 -BIC/SWIFT: BLOPIT22.
L'iscrizione deve essere effettuata inviando il proprio nominativo e il comprovativo di pagamento alla Segreteria Organizzativa.

**SEGRETERIA SCIENTIFICA**
Dr. Luca Gianaroli - Direttore Scientifico S.I.S.Me.R.

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**
S.I.S.Me.R.
Via Mazzini, 12 - Bologna - Tel. 051.307.307
congress@sismer.it

**PROVIDER ECM**
Planning Congressi srl - Id Provider: 38.
Per l'evento è stato richiesto l'accreditamento ECM.

# ESPERIENZE E MODELLI DI CONTINUITÀ E DI INTEGRAZIONE NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AL PAZIENTE FRAGILE

## Bologna, 18 settembre 2019

***A Bologna si è tenuto un momento di approfondimento sui percorsi di cura a sostegno dei pazienti e delle famiglie all'interno della rete di cure palliative nel Workshop "Esperienze e modelli di continuità e di integrazione nell'assistenza domiciliare al paziente fragile".***

**Il 18 Settembre** si è tenuto il Workshop **"Esperienze e modelli di continuità e di integrazione nell'assistenza domiciliare al paziente fragile"** presso l'Aula Magna dell'Istituto delle Scienze Oncologiche, della Solidarietà e del Volontariato ANT, dalle 14.00 alle 18.00, organizzato da Fondazione ANT Italia ONLUS e Scuola Achille Ardigò del Comune di Bologna che, nata in collaborazione con l'Università di Bologna, il Comune e la Regione Emilia-Romagna, si occupa di iniziative dedicate al welfare di comunità ed ai diritti del cittadino, quale momento di aggiornamento scientifico interdisciplinare e di approfondimento sui percorsi di cura a sostegno dei pazienti e delle famiglie all'interno della rete di cure palliative, tra integrazione e continuità assistenziale.

Il Workshop ha visto l'introduzione ed i saluti iniziali del Presidente del Comitato Tecnico Scientifico della Scuola Achille Ardigò, Dott. Mauro Moruzzi, del Presidente ANT Dott.ssa Raffaella Pannuti e del Dott. Carlo Descovich, intervenuto a nome del Direttore dell'Azienda USL di Bologna, che inoltre hanno apportato un importante contributo introducendo brevemente lo scenario attuale nel nostro territorio quali rappresentanti di Comune, non profit e AUSL Bologna. I lavori scientifici moderati dal Dott. Ambrogio Dionigi, Presidente Istituzione Inclusione Sociale del Comune di Bologna e dalla Dott.ssa Maria Augusta Nicoli Responsabile del programma "Innovazione Sociale" dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna sono iniziati con l'intervento della Dott.ssa Danila Valenti, Responsabile della Rete delle Cure Palliative dell'Azienda USL di Bologna e del Dott. Massimo Di Francesco, Coordinatore Infermieristico Dipartimento Cure Palliative della Fondazione I.R.C.C.S. dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, che hanno affrontato il tema dei percorsi di cura a sostegno dei pazienti e delle famiglie nel contesto della rete delle cure palliative. Si sono focalizzati gli elementi fondamentali e qualificanti della rete clinico-assistenziale quali la costruzione e il costante aggiornamento di percorsi comunicativo-informativi centrati intorno ai bisogni del paziente, sistemi integrati che riconoscano valori condivisi, che adottino percorsi clinici che favoriscano lo scambio di buone pratiche, la cura, la relazione e la comunicazione tra professionisti e tra professionisti, paziente e famiglia. A seguire il Prof. Lorenzo Chiari Ordinario di Bioingegneria Elettronica ed Informatica presso l'Università degli Studi di Bologna ed il Dott. Francesco Pannuti Ingegnere Informatico Nethical, hanno trattato gli aspetti dell'innovazione tecnologica al servizio del paziente e della famiglia e del Cloud come strumento per la gestione e l'ottimizzazione dei processi assistenziali. Il tema della continuità assistenziale e dell'integrazione socio-sanitaria del Comune di Bologna è stato affrontato dal Dott. Chris Tomesani, Dirigente dell'Ufficio di Piano e Servizio Sociale Territoriale, Welfare e Promozione del Benessere e della Comunità, del Comune di Bologna con un intervento sui programmi del Comune riguardanti welfare solidale e di comunità, con i temi della progettazione sociale e dell'innovazione socio-tecnica riguardanti nello specifico le reti di eWelfare e eCare per gli operatori dei servizi pubblici sociali, operatori sanitari e operatori del terzo settore. Il Prof. Antonio F. Maturo, Docente di Sociologia della Salute presso l'Università degli Studi di Bologna, ha sviluppato la tematica della continuità assistenziale e integrazione socio-sanitaria nell'attività didattica e di ricerca. L'intervento conclusivo è stato a cura dell'Assessore Sanità e Welfare del Comune di Bologna Giuliano Barigazzi. Il workshop accreditato ECM per gli operatori sanitari (medici, infermieri, psicologi) ha visto la presenza anche di figure non sanitarie quali funzionari pubblici, insegnati, studenti d'Ingegneria e Sociologia ed ha ampliato le conoscenze sui modelli di cura assistenziali territoriali quali risposta ai bisogni del malato cronico disabile e/o fragile e le sinergie e le integrazioni socio-sanitarie con le realtà territoriali e del terzo settore finalizzate a garantire un'assistenza domiciliare integrata con interventi di continuità. Oltre a promuovere la cultura della continuità nei percorsi assistenziali, al fine di ridurre o evitare ritardi dell'azione palliativa e favorire la presa in carico dei pazienti da parte delle reti di cure palliative. In questo sistema di offerta assistenziale il paziente e la sua famiglia possono essere guidati e coadiuvati nel percorso tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata, e le strutture di degenza specificatamente dedicate al ricovero soggiorno dei malati non assistibili presso la propria abitazione.

*Il convegno è stato qualificato dal* ***Patrocinio gratuito dell' Ordine Prov. dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri di Bologna, dal Comune di Bologna, Regione Emilia-Romagna e Azienda USL di Bologna.***

# CONGRESSO DI ORTO-BIOLOGIA

## Legione Carabinieri Bologna – Bologna, 4 Ottobre 2019

L'evento si è svolto all'interno della Legione Carabinieri di Bologna nella Sala Monticelli, mirabile esempio di scuola seicentesca adibita a congressi dopo i restauri della struttura. Il Presidente apre il congresso con i ringraziamenti di rito ai partecipanti e alle autorità convenute. Il Presidente dell'Ordine dei medici G.C. Pizza nell'augurare buon lavoro esprime il compiacimento per il tipo di evento organizzato. Il dott. Francesco Serantoni porta i saluti dell'A.D di Villa Erbosa presso cui lavora il Presidente del Congresso, Dott. M. Centenari impossibilitato ad essere presente per impegni non procrastinabili. Il Responsabile scientifico di Villa Erbosa G.F. Morrone esprime il compiacimento per la sede scelta che gli ricorda l'infanzia, esprime l'auspicio di proficuo lavoro. Prende la parola il Gen. Domizi "padrone di casa" che ringrazia per la scelta effettuata da parte del Presidente per svolgere il congresso e augura buon lavoro a tutti i congressisti. La prima parte della giornata scientifica vede l'inizio con la relazione che raccoglie i dati e le ricerche in corso sulla medicina rigenerativa. Segue l'uso dell'acido Ialuronico nella terapia infiltrativa. L'uso del PRP e sue applicazioni nella riparazione tissutale e nelle degenerazioni discali viene ampiamente esposto seguito da ricca e proficua discussione. Si continua con l'uso innovativo delle Onde d'urto nelle patologie degenerative tissutali e a seguire il trattamento dell'algodistrofia con Neridronato. Il trattamento con il collagene nelle tendinopatie precede altro momento di confronto e discussione. Viene fatta una revisione critica del PRP e della sua efficacia; altra esperienza innovativa è l'uso del tessuto adiposo micro frammentato nelle lesioni della cuffia dei rotatori. Il Clodronato: update clinico vede una ampia esposizione sull'uso del farmaco. Le innovazioni tecnologiche nel trattamento dei difetti osteoarticolari del ginocchio chiude la prima parte del congresso seguito da intensa discussione. Dopo una pausa per il Lunch si riprendono il lavori. Si comincia con l'uso delle cellule mesenchimali in Ortopedia; a seguire il trattamento infiltrativo nelle patologie degenerative del ginocchio. Vivo interesse viene espresso dai congressisti durante la discussione. Viene il turno della relazione sulle lesioni osteocondrali della caviglia e trattamento; a seguire 7 anni di esperienze con il tessuto autologo adiposo micro fratturato. Ampia e articolata discussione ne consegue. Il futuro viene esposto successivamente nel trattamento delle patologie osteoarticolari con la fotobiostimolazione. Chiude la giornata il trattamento dell'artrosi di ginocchio con artroscopia e infiltrazioni con cellule stromali adipose. La discussione precede la compilazione del questionario di apprendimento ECM. Si conclude la giornata con la consegna di oltre 200 attestati di partecipazione.

# VI EDIZIONE DEL CONGRESSO NAZIONE DELLA SOCIETÀ ITALIANA PER LA RICERCA SUGLI OLI ESSENZIALI (S.I.R.O.E.)

## Bologna, Venerdì 18 e Sabato 19 Ottobre

La VI Edizione del Congresso Nazione della Società Italiana per la Ricerca sugli Oli Essenziali (S.I.R.O.E.) ha avuto luogo il 18 e 19 ottobre 2019 presso l'Università di Bologna, nell'Aula Magna del Dipartimento di Scienze e Tecnologie Agro-Alimentari (DISTAL). Il Congresso è stato co-organizzato dalla S.I.R.O.E con la Prof.ssa Maria Grazia Bellardi, la Prof.ssa Paola Mattarelli e la Dott.ssa Maura Di Vito del DISTAL. Vi hanno partecipato oltre 160 persone, fra addetti ai lavori e studiosi, molti dei quali ricercatori e laureati appartenenti a centri di ricerca nazionali (Istituto Superiore di Sanità -ISS-, Consiglio Nazionale delle Ricerche -CNR-, Consiglio per la Ricerca in Agricoltura e l'Analisi dell'Economia Agraria - CREA-), a diverse Università Italiane (Torino, Milano, Modena, Bologna, Roma, Bari, Catania, ecc.) e straniere (tra cui il Polytechnic University of Valencia, Spagna e l'University of Montenegro, Montenegro). Il programma si è articolato in diverse sessioni aventi come argomento l'utilizzo di oli essenziali (ed idrolati) in diversi settori, dalla botanica all'agronomia, da quello alimentare alla medicina, passando per la conservazione dei beni culturali e tanti altri ancora. Nel corso delle giornate è stato anche attribuito da un'apposita commissione il "Premio SIROE Giovani Ricercatori", con l'esposizione di nuove ricerche riguardanti lo studio delle potenzialità applicative degli oli essenziali nei vari settori. Come da programma, il congresso si è articolato in quattro Sessioni (Oli essenziali in I."Botanica, Agronomia e Patologia Vegetale", II."nel Settore Alimentare, in Medicina Veterinaria e Entomologia", III."nel Settore Alimentare", IV. "Chimica, Microbiologia fino alla Salute Umana), comprensivo di 28 interventi, a cui si è aggiunta quella specifica dedicata ai Poster; alle esposizioni sono seguiti intesi dibattiti e richieste di chiarimenti a dimostrazione dell'interesse dei tanti partecipanti, fra cui molti giovani studenti e laureandi di diversi Atenei.

L'evento ha ricevuto il sostegno di alcune delle maggiori aziende europee quali Pranarom e Puressential, e italiane come APA-CT, Flora, Il Giardino delle Erbe, Fitomedical. Come da tradizione, gli atti del convegno sono stati pubblicati grazie al sostegno della rivista nazionale di settore "Natural1" (GV Edizioni, Milano). Ricordiamo che la SIROE è stata fondata nel 2013 e l'attuale presidente è il Dott. Paolo Campagna. Questa Associazione scientifica si avvale della stretta collaborazione di gruppi di ricerca universitari oltre che del CNR, CREA, dell'ISS. Il fine è quello di promuovere ricerche rigorosamente scientifiche sugli oli essenziali, che possano essere utilizzate da aziende che svolgono attività di sperimentazione e sviluppo tecnologico su questi importanti metaboliti di origine naturale. Gli oli essenziali, così come gli idrolati, sono infatti composti ottenuti per distillazione in corrente di vapore da piante aromatiche, la cui applicazione, nei più svariati campi, è in costante crescita, anche a seguito della richiesta di prodotti naturali, rispettosi dell'equilibrio ecologico-ambientale e della salute umana che possono trovare applicazione in medicina umana e veterinaria, in agricoltura, nella industria cosmetica, in quella legata alla conservazione degli alimenti ed anche alla difesa dei beni artistico-culturali. La VI edizione del Congresso Nazionale SIROE ha quindi proposto un'ampia panoramica scientifica sullo stato dell'arte nel campo degli oli essenziali e dei loro molteplici utilizzi. Si è trattato certamente di un'esperienza valida dal punto di vista scientifico, ma è stato anche un modo per fare scoprire ai giovani ricercatori un mondo "nuovo", per molti versi ancora sconosciuto, da cui attingere se si vuole sperare di preservare l'ambiente in cui viviamo.

*(a cura della Dr Valeria Mariani)*

## XXXIV CORSO TEORICO PRATICO DI CHIRURGIA ARTROSCOPICA E XXVIII WORKSHOP SULLA CHIRURGIA PROTESICA

### Bologna, Venerdì 18 e Sabato 19 Ottobre

Questo corso che può essere considerato il più vecchio al mondo è stato organizzato dal Prof. Fabrizio Pellacci, già Presidente e fondatore della Società Italiana di Artroscopia, vede la partecipazione dei più famosi chirurghi italiani e di ben 11 professori di una delle più qualificate cliniche del mondo: la Mayo Clinic di Rochester (Minnesota). Oltre 3.600 chirurghi e 1.550 Relatori hanno partecipato a questi corsi. Questo corso ha il riconoscimento della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia, della Società Italiana di Artroscopia, della SIGASCOT ed il patrocinio scientifico della Mayo Clinic e dell'Ordine dei Medici di Bologna. Alla cerimonia inaugurale hanno partecipato il Dott. Giancarlo Pizza, presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna, il Prof. Enrico Gervasi, presidente della SIA, il Prof. Paolo Adravanti presidente della SIGASCOT. Una novità l'assegnazione al Prof. Franklin Sim della presidenza onoraria ed al Prof. Michael Stuart della co-presidenza. Con queste nomine il prof. Pellacci ha voluto ringraziare ufficialmente i colleghi della Mayo Clinic che da molti anni contribuiscono alla riuscita dei suoi corsi.

Una targa ricordo è stata consegnata al Prof. Massimo Berruto (prossimo presidente della S.I.A. e della SIGASCOT, del Gaetano Pini di Milano) ed al Prof. Roberto D'Anchise dell'Istituto Galeazzi di Milano per la loro ventennale partecipazione ai corsi di Pellacci. Un'altra targa al Prof. Giovanni Di Giacomo di Roma, responsabile del rapporto con le Società estere della SIA, per la sua decennale partecipazione. Fra tutti i relatori il Prof. Daniel Saris, Presidente della Società Internazionale dello studio delle lesioni cartilaginee, ha tenuto una lezione magistrale senz'altro utile per chiarire tante nuove terapie che a volte sono ancora da validare. Il Prof. Franklin Sim, uno dei più noti chirurghi che si occupano dei tumori ossei insieme alla Prof. Wenger ed all'anatomo-patologa Prof. Inward hanno tenuto una conferenza dove è stato trattato il subdolo confine che vi è talvolta fra un tumore maligno ed uno benigno. Il Prof. Michael Stuart, Direttore della medicina sportiva della Mayo Clinic e dell'Università di Minneapolis ha illustrato le più moderne tecniche di ricostruzione del ligamento crociato anteriore. Il Dott. Ettore Sabetta, primario dell'ospedale di Reggio Emilia ha tenuto una conferenza molto apprezzata sull'artroscopia dell'anca ribadendo il concetto che non tutti i conflitti radiografici debbano essere operati. Praticamente sono stati discussi tutti i temi più importanti dell'ortopedia e traumatologia: lesioni meniscali, lesioni cartilaginee, lesioni della spalla e del gomito, fratture del ginocchio e della caviglia e del piede, protesi del ginocchio e dell'anca.

Oltre alle relazioni, un ampio spazio è stato dedicato all'impianto di protesi di ginocchio ed anca su modelli oltre agli interventi di chirurgia artroscopica ed alle tecniche di impianto di trapianti da cadavere. Al Prof. Fabrizio Pellacci, attualmente Direttore del reparto di Ortopedia 2 di Villa Erbosa abbiamo chiesto dove trova il tempo per conciliare la sua attività di chirurgo

con quella di organizzare corsi così importanti e la risposta è stata: "amo ambedue queste attività ed ai miei allievi dico sempre di fare il lavoro che più piace perché così facendo non si avverte né la stanchezza né la monotonia". Finito il 34° corso tutti i relatori si sono dati appuntamento al 2020 per il 35° corso che si terrà presumibilmente nei mesi di settembre o ottobre.

## V MEETING REGIONALE SIUT EMILIA ROMAGNA FRONT OFFICE UROLOGICO: UNA GESTIONE CONDIVISA FRA IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E L'UROLOGO TERRITORIALE

### Sabato 26 ottobre 2019

Sabato 26 ottobre 2019 si è svolto il V Convegno Regionale Emilia Romagna della Società di Urologia Territoriale ( SIUT ) che ha ripreso, in tutte le varie fasi, il concetto per cui l'urologia territoriale si mette a disposizione del medico di medicina generale e con esso crea un ponte "solido" finalizzato al bene del paziente. Tutto ciò è emerso nella mattinata durante le discussioni aperte con chi, ovvero i medici di medicina generale, per primo si trova ad affrontare in prima linea il paziente con disturbi urologici sia acuti che cronici presenti in tutte le età degli assistiti. Si è trattato di un vero dibattito fra gli specialisti territoriali, coordinati dalla Dr.ssa Debora Marchiori e dal Dr. Francesco Comerci, urologi, e dal Dr. Roberto Vecchiatini che ha stimolato i Colleghi della Medicina Generale a numerosi interventi con la testimonianza della loro pratica clinica. Diversi fra loro ma ugualmente stimolanti ed intensi per le tematiche affrontate, sono state le sessioni riguardanti: il trattamento medico e chirurgico della calcolosi, l'approccio terapeutico all'ipertrofia prostatica benigna, la gestione delle complicanze della terapia ormonale nel paziente affetto da carcinoma prostatico ed il focus sulle cistiti ricorrenti. Molto interessante è stato il confronto fra i professionisti della calcolosi ovvero l'urologo ed il nefrologo per delineare il miglior approccio terapeutico anche in funzione della tipologia di calcolo. Non sono mancate le domande, anche di carattere pratico, fra cui indicazioni sulle varie acque minerali e sui cibi sconsigliati nei pazienti affetti da microlitiasi. Sono emerse molte evidenze cliniche anche sul trattamento della litiasi con onde d'urto (Eswl), soprattutto per quanto riguarda la calcolosi ureterale, ma anche sulle tecniche endoscopiche tra cui la RIRS (Retrograde Intrarenal Surgery) che oggi è diffusissima per polverizzare calcoli di dimensioni fra 1 e 2 centimetrici poiché si tratta di una tecnica molto duttile e mininvasiva per il paziente. Dalla litiasi la discussione si è spostata alla patologia prostatica benigna dove si è fatta chiarezza sulle terapie mediche e chirurgiche oggi disponibili. Ovviamente è emerso che la terapia va condivisa con il paziente il quale deve essere consapevole di tutti i vantaggi e gli svantaggi visto che si tratta di un organo, la prostata, che innesca nel paziente non solo problematiche fisiche ma anche emotivo-relazionali. La vera nota innovativa di questa giornata è stato l'intervento dell'oncologo medico che si è focalizzato sugli effetti collaterali della terapia ormonale del carcinoma prostatico. Dalla relazione è emerso che a fronte dell'impatto epidemiologico della malattia e della necessità di terapia di deprivazione androgenica che si rende necessaria in tutte le fasi della storia naturale di questa malattia, non è possibile ignorare la ricaduta sul sistema osteoarticolare e cardiovascolare soprattutto da parte di chi gestisce i pazienti dal punto di vista internistico. Il convegno si è concluso con un acceso dibattito fra urologo e gastroenterologo in tema di cistiti ricorrenti. Da entrambi gli specialisti sono state eviscerate le numerose criticità della gestione di queste pazienti, dalla batteriuria asintomatica alle problematiche legate alla terapia antibiotica. Molte le interazioni anche legate al problema delle pazienti con sintomi cistitici ed urinocoltura negativa, mentre il gastroenterologo rispondeva alle domande relative ad alterata funzione intestinale e comparsa di cistiti. Il convegno anche quest'anno si è rivelato molto positivo sia dal punto di vista scientifico che da quello umano-relazionale, poiché sono state evidenziate problematiche gestionali, sia di carattere pratico sia umano relativo all'interazione con i pazienti affetti da queste patologie urologiche.

## LA MEDICINA DI GENERE: LE MALATTIE NEUROLOGICHE. SALUTE, EQUITÀ E ISTITUZIONI

### Bologna, 10 ottobre 2019

Con questo convegno, ancora una volta l'Associazione MEG si è impegnata al fine di stimolare professionisti, istituzioni e rappresentanti della società civile verso un'attenzione costante sul

tema delle differenze di genere nella salute e promuovere azioni e comportamenti coerenti con questo pensiero.
Il convegno, organizzato in due sessioni, affronta il tema della differenza di genere in relazione alle malattie neurologiche e le considerazioni e gli impegni che le Istituzioni, Stato, Regione Emilia-Romagna, Aziende Sanitarie ed Enti locali, portano avanti rispetto ad una salute che tenga conto del genere come suo determinante, nonché alcune esperienze di Associazioni del territorio che si confrontano con le Istituzioni perché la medicina di genere sia sempre più presente nei protocolli sanitari. Nella mattinata si sono susseguiti interventi di esperti atti a dimostrare, come da evidenze scientifiche, la differenza di genere influisce profondamente sui modi in cui una patologia si sviluppa, viene diagnosticata e affrontata dal paziente, dimostrando, tra l'altro come alcune malattie del Sistema Nervoso quali la demenza di Alzheimer, la sclerosi multipla, la cefalea e il morbo di Parkinson, così come l'ictus e le malattie psichiatriche abbiano influenze e decorsi diversi tra uomini e donne. Pertanto diventa sempre più importante ed attuale distinguere tipologie terapeutiche, assistenza, approccio dei caregiver e ancora prima prevenzione sulla base della distinzione di genere. Questo fondamentalmente il messaggio inviato da tutti i relatori che si sono alternati nelle presentazioni. Nel pomeriggio esponenti di strutture pubbliche hanno presentato le iniziative messe in atto in materia di medicina di genere che è entrata fra gli obiettivi della Sanità della Regione Emilia-Romagna con la legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere (L.R. 6/2014), che all'art. 10 individua nel Piano sociale e sanitario il principale strumento per realizzare parità di trattamento e di accesso alle cure con particolare riguardo alle differenze di genere e relative specificità.
Riconosciuta come fondamentale per l'equità nel diritto alla salute, la medicina di genere non è solo un bene per le donne, bensì essa consente azioni di prevenzione, di diagnosi e di cura più efficaci e appropriate per tutti. Tenere conto delle differenze di genere significa una maggiore appropriatezza degli interventi terapeutici e di prevenzione e una maggiore efficacia ed efficienza della spesa sanitaria. Partendo da questo presupposto gli interventi che si sono succeduti hanno tutti messo in evidenza la volontà e la necessità di promuovere e consolidare l'utilizzo di strumenti *gender e equity oriented* sia nell'ambito dei servizi regionali sia nel sistema dei servizi locali/territoriali e quanto sia doveroso contribuire a produrre documenti di indirizzo per diffondere l'approccio della medicina di genere e dell'equità nell'ambito della ricerca/attività scientifica e nell'ambito della formazione.
Al proposito la Regione Emilia Romagna nel 2018 ha istituito il gruppo di coordinamento su medicina di genere ed equità costituito di professionalità e competenze di differente natura e provenienza (aziende sanitarie, università, servizi tecnici aziendali, servizi regionali) afferente alla Direzione Generale Cura della persona salute e welfare che, oltre agli obiettivi sopra esposti, si impegna a fungere da raccordo tra i servizi della Direzione Generale e con l'Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali per adempiere alle richieste di monitoraggio della legge regionale 6/2014, e contribuire al Bilancio regionale di genere.
Anche l'Azienda Usl di Bologna è da tempo fortemente impegnata in azioni di prevenzione e contrasto di tutte le forme di discriminazione, con particolare attenzione a quelle di genere, volte anche al cambiamento culturale e di condotta dei comportamenti violenti, intensificando le azioni di formazione, di educazione e di sensibilizzazione rivolte a donne, uomini, operatori socio-sanitari, personale sanitario, insegnanti e alunni.
L'AUSL di Bologna, in ottemperanza alla legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere (L.R. 6/2014) e alla scheda distrettuale n. 9 del piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna 2017-2019, ha istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha il compito di predisporre azioni e programmi in tema di medicina di genere, in collaborazione con le figure professionali che operano in questo ambito nel contesto aziendale e non, per la creazione di percorsi di diagnosi e cura dedicati, per la promozione e sostegno della salute di genere tramite informazione pubblica, per la formazione e informazione del personale sanitario.
Il gruppo costituito da professionisti appartenenti sia all'area sanitaria sia amministrativa dell'Azienda USL e dell'AOSP di Bologna, da un rappresentante dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, un rappresentante dell'Ordine delle Professioni infermieristiche, un Medico di Medicina Generale e dalla Presidente dell'Associazione Medicina Europea di Genere (MEG), ha iniziato i suoi lavori proponendo un questionario sulla Medicina di Genere: ai dipendenti di Azienda USL, AOSP e IOR di Bologna al fine di rilevare il grado di interesse e conoscenza di tutto il personale sanitario e non, rispetto al tema della MdG e individuare, attraverso l'analisi dei risultati, la necessità o meno di percorsi formativi che sviluppino negli operatori sanitari la consapevolezza delle differenze di genere nei percorsi di cura

Il questionario, basato sul lavoro fatto in precedenza dall'Associazione MEG, è stato sottoposto a pre-test coinvolgendo i CUG delle Aziende partecipanti è stato compilato on-line in modo anonimo. A esso hanno risposto 2.596 dipendenti delle 3 Aziende. I risultati hanno messo in evidenza come le conoscenze sull'argomento sono modeste, ma c'è interesse ad approfondire il tema.
I percorsi intrapresi dalla Regione Emilia-Romagna, dall'Ausl di Bologna, così come anche dall'Ausl di Ferrara e di Modena, possono essere considerati come punti di partenza, propedeutici per definire le priorità, le necessità e le iniziative da adottare al fine di promuovere le pari opportunità, in ottemperanza alle Linee Guida Nazionali, che sono state ricordate dalla Senatrice Paola Boldrini promotrice della legge 3/2018 sulla Medicina di genere che all'articolo 3 prevede il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere al di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in modo omogeneo sul territorio nazionale tenendo conto delle differenze derivanti dal genere.

La Presidente Associazione MEG - Patrizia Stefani
La Responsabile Scientifica - Mara Morini

# VIII CONGRESSO NAZIONALE DELL'ACCADEMIA ITALIANA DI ODONTOIATRIA LEGALE-OELLE- 20198

## Bologna, venerdì 8 e sabato 9 novembre 2019

Con il patrocinio del Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Bologna, si è tenuto a Bologna l'VIII Congresso Nazionale dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Legale-OELLE, alla guida di Maria Sofia Rini nel suo secondo anno di presidenza, con il supporto del consiglio direttivo (dott./prof.ri G. Borea, M. Provvisionato, M.B. Bucci, C. D'Achille). L'evento, aperto dal dott. Giancarlo Pizza, presidente OMCeO Bologna, e dalla dott. Maria Grazia Cannarozzo, presidente nazionale COI-AIOG, ha visto l'alternanza sul palco di nomi illustri del mondo odontoiatrico e giuridico e di giovani e meno giovani cultori della materia che si sono cimentati nel Premio Marco Orrico, attribuito quest'anno, tra non poche difficoltà visto l'altissimo livello di tutte le presentazioni (si ringraziano i dott.ri G. Cino, F. Fanti, F. Padoan, F. Casotto, A. Piras, M. Blazic) dal prof. Roberto Corrocher, già preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Verona, al dott. Rodolfo Zarli per la relazione dal titolo "Bite-Markers". Premio Speciale della giuria Marco Orrico è stato assegnato al dott. Mario Torreggianti per la relazione dal titolo "L'accertamento identificativo nel cadavere edentulo"
Il Congresso di carattere molto tecnico, non ha escluso spunti pratici e utili alla gestione quotidiana della professione e alla prevenzione e gestione delle liti odontoiatra/paziente. Si è affrontato un argomento di grande interesse, soprattutto per le conseguenti ricadute pratiche, economiche e psicologiche: la Condizione di procedibilità. La necessità di deflazionare il contenzioso ha indotto il legislatore a favorire e sostenere possibilità o tentativi di soluzioni transattive e /o conciliative nel contesto di vertenze e divergenze relative a questioni o liti anche in materia responsabilità sanitaria. Tecnicamente ciò è possibile in una serie di modi diversi che, per alcune materie, tra cui la responsabilità medica, rappresentano oggi una via obbligatoria da percorrere prima di adire alle vie giudiziarie propriamente dette. Il fine è quello di superare le divergenze, riducendo i costi personali e intimi, oltre che economici e di tempo, propri dei procedimenti giudiziari. Risolvere i motivi di lite è segno di maturità e consapevolezza, oltre che di civiltà, là dove le ricadute di un procedimento giudiziario non troveranno mai piena soddisfazione in alcuna sentenza di un Giudice. Il favorire anche in ambito sanitario risoluzioni conciliative e transattive attraverso percorsi diversi, rigidamente strutturati o liberi e informali, con costi e caratteristiche diversi, è importante non solo per le ricadute sulla vita personale, relazionale e sociale dei soggetti in lite, ma anche perché rappresenta una possibilità di recupero relazionale e di crescita sociale e professionale. Non è casuale il fatto che sia stata analizzata (dott./prof. ri S. Botasso, G. Tarquini, M. Marini, G. Olivi, N. Berna E. Parini) l'importanza di documentare il proprio operato e di gestire adeguatamente tali dati anche e soprattutto in relazione al ricorso a nuove tecnologie e a un più moderno sentire dell'odontoiatria e ad una più valida efficacia del processo informativo e di condivisione delle scelte (dott. E. Parini). La strada è stata lunga ed ancora lo sarà; progressivamente ha coinvolto e convinto cittadini, avvocati, assicuratori, sanitari e gli stessi Giudici. Si ringraziano a riguardo i dott. ri C. D'Achille e M. Julini e gli avv. MM Giungato, D. Pizzi e A. Santoli per aver brillantemente illustrato le alternative conciliative/transattive al processo giudiziario. Una nota di merito particolare va alla dott. Arianna Piras he ha voluto affrontare uno dei più caldi argomenti del momento "La responsabilità del Direttore Sanitario".

Affittasi in studio medico (situato in zona Mengoli composto da ingresso, sala d'aspetto, 3 stanze uso ambulatorio, ripostiglio, bagno) uan stanza arredata uso ambulatoriale per l'intera settimana (anche per mattine e/o pomeriggi). Non ci sonos pese di segreteria. Tel. 339/7716933.

Poliambulatorio medico multispecialistico autorizzato sito in Bologna (zona Toscana) mette a disposizione di medici specialisti ambulatori per giornate o mezze giornate con eventuale servizio di segreteria. Per informazioni Tel. 051/441262 - e-mail: info@studiofavilli.net

Vendo Piezosurgery Touch Hectron con valigia per il trasporto, Implant Site Preparation kit, Sinus Physiolift Kit Pro con cd, libretti, istruzioni, condizioni perfette. Per informazioni tel. 335/8112082.

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.: 335/5431462.

Ambulatorio Odontoiatrico di 250 mq affitta locali per Odontoiatri in palazzina sui viali davanti Giardini Margherita. Piano ammezzato e parcheggio per 4 auto. Contattare Roberto Calandriello 335/391752 - roberto@calandriello.com

Affittasi ampio studio professionale a medici specialisti, in località Cicogna - San lazzaro di Savena (BO), adiacente a studio fisioterapico. Locale arredato e dotatao di postazione lavabo interna, servizi igienici e sala d'attesa, personale. Parcheggio gratuito in strada. Possibilità di utilizzo per mezze giornate o giornate intere con tariffa proporzionata. Per info Tel. 051/0038337 - Cell 349/1721548 - studio.fisioleb@gmail.com

Medico chirurgo con doppia iscrizione disponibile per Direzione Sanitaria. Cell. 328/3793038.

Svezia recluta giovani medici specialisti italiani. Se sei un medico specialista e vuoi trasferirti in Svezia per vivere e lavorare, da solo o con la tua famiglia, inviaci il tuo CV: e.mara@lireco.se. Molti ospedali pubblici Svedesi stanno cercando di assumere medici italiani in varie specializzazioni mediche: medici di famiglia, Medico Psichiatra (Infantile o Adulti), Radiologo, Cardiologo, Ginecologo ecc ...

## 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

# Centro di rieducazione osteo-muscolare

Specializzato nel Trattamento della Patologia Vertebrale

SPINE CENTER

**Clinica**
**Formazione**
**Ricerca**

dir.sanitario: Saverio Colonna

## Dalla diagnosi alla cura

### Tanti reparti, più professionisti

Visite specialistiche
Fisioterapia
Rieducazione in acqua e in palestra
Esami strumentali
Fisioterapia strumentale

## Corsi, seminari, master, ...

### Dai Corsi post-graduate alle Serate gratuite

Serate di Approfondimento Spine
Master in Fisioterapia dello Sport
Catene Miofasciali, tra Osteopatia e Posturologia
Osteopatia dello Sport
Osteopatia Odontoiatrica
Scuola di Osteopatia OSCE

## Pubblicazioni e ricerca

Progetti di ricerca
Redazione articoli scientifici
Preparazione tesisti (Fisioterapia e Scienze Motorie)
Pubblicazioni online

Osteopathic Spine Center Education
SCUOLA DI OSTEOPATIA BOLOGNA

Una pagina non basta, per info chiama:
**051.0952375**
Segui il lavoro dello Spine Center su:

**www.spine-center.it**
**Via della Liberazione,3-5 Bologna**

neuroCare

- **15 Cliniche**
- **2500 pazienti trattati**
- **protocolli clinici certificati EBM**
- **medicina di precisione**

neuroCare Group apre a Bologna
il suo primo Centro Clinico Italiano

# 20 dicembre 2019
# 18:30 - 20:30
# Sala Marco Biagi
# via S.Stefano 119

Terapie di neuromodulazione non invasiva
Applicazioni cliniche certificate EBM
Il percorso di cura presso i Centri neuroCare

**interverranno**

## Team neuroCare Bologna e i suoi Consulenti Scientifici:

### Prof. Simone Rossi
**Università degli Studi di Siena**

Direttore del Siena Brain Investigation and Neuromodulation Lab Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze

### Prof. Emiliano Santarnecchi
**Harvard Medical School Boston**

Direttore del Network Control Lab del Berenson-Allen Center for Non-Invasive Brain Stimulation BIDML (Beth Israel Medical Deaconess Center - Boston - USA)


**neuroCare Bologna**
**via S.Stefano 67**
**BOLOGNA**
**www.neurocaregroup.com**
**info@neurocaregroup.it**
**+39 051 411 0631**


neuroCare Clinics
neuroCademy Training & Science
neuroConn

**neuroCare Group con le sue divisioni neuroCare Clinics and Solutions opera dal 2011 offrendo trattamenti di neuromodulazione non invasiva per la cura della depressione, del dolore cronico neuropatico, nella riabilitazione post-ictus**

neuroCare Group è presente in Germania, Paesi Bassi, Usa e Australia