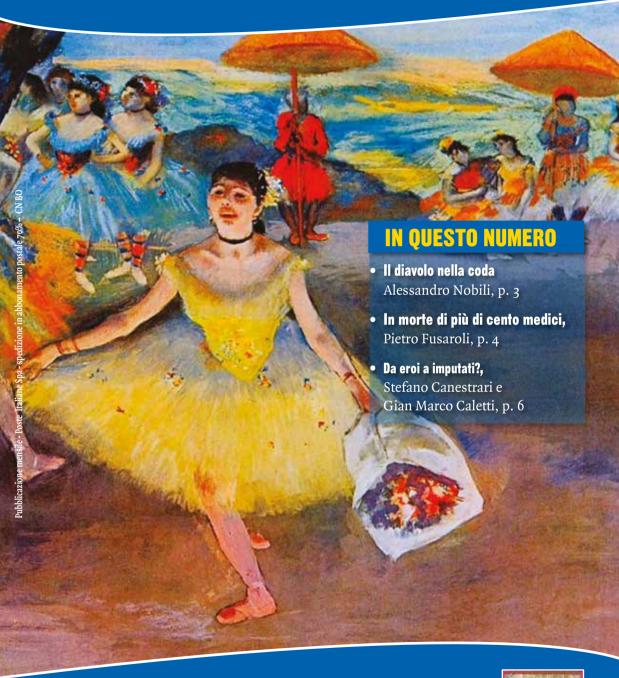
BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO LI - N° 5 MAGGIO 2020





CASE RESIDENZE PER ANZIANI





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



BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Alessandro Nobili

CAPO REDATTORE

Dott. Andrea Dugato

REDAZIONE

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa: Renografica - Bologna

Il Bollettino di APRILE 2020 è stato consegnato in posta il giorno 05/05/2020

Direzione, redazione e amministrazione:

via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna

Tel. 051 399745

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO LI - MAGGIO 2020 N° 5

ARTICOLI

Il diavolo nella coda • 3

In morte di più di cento medici italiani di Covid-19 • 4

Da eroi a imputati? Riflessioni su come limitare il "rischio penale" dei sanitari al tempo del Covid-19 • 4

Analisi ed esperienze di Cooperazione Internazionale Scientifica e Sanitaria, in Cina e nei Paesi lungo la Nuova Via della Seta. Aiuti umanitari e sociali interreligiosi (seconda parte) • 10

Un saluto ed alcune considerazioni • 20

COVID-19: test di screening e diagnostici • 22

2020 ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease in the Context of the COVID-19 Pandemic • 24

NOTIZIE • 26

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 26
MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 26

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • 29

PICCOLI ANNUNCI · 32

Degas, *La danzatrice con mazzo di fiori*, Louvre, Parigi.

Le danzatrici e le corse di cavalli sono due dei temi che attraggono Degas: "il cavallo cammina sulle punte, quattro unghie lo portano. Nessun animale si accomuna con la prima ballerina, con la stella del corpo di ballo, come un purosangue in perfetto equilibrio...". Insieme alla fugacità dei cambiamenti di luce, Degas era interessato a rappresentare la gestualità corporea, il suo movimento, il meccanismo del corpo umano. La tecnica della pittura a olio non gli è di alcun aiuto, date le esigenze di cogliere a volo il movimento. Ricorre al pastello, ma rimane una tecnica fragile e così inizia a fare ricerche complicate mescolando pastello e guazzo a tempera. La danzatrice con mazzo di fiori è uno dei lavori più noti eseguiti con tale tecnica, che emana effetti di piacevole fluidità.

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. CORRADO BONDI

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

ARTICOLI

Il diavolo nella coda

Alessandro Nobili



La pandemia Covid-10 ha portato alla ribalta, tra le altre cose, il format dell'assistenza sanitaria territoriale. Che si è rivelato, alla prova della situazione emergenziale, tanto cruciale quanto inadeguato. Non certo per colpa dei medici di base, che anzi si sono prodigati spesso oltre ogni logica aspettativa, mettendo a repentaglio la loro stessa salute. Ma è forte l'impressione che il sistema organizzativo non sia stato all'altezza, e per molti questa è risultata una delle ragioni della rovinosa diffusione della epidemia. Non per niente i Paesi che hanno meglio sopportato l'urto del contagio sono quelli in cui la medicina territoriale è più sviluppata e ben organizzata. Urto del contagio che è arrivato inatteso, sostengono alcuni panglossisti, pronti a giustificare una reazione che è invece sembrata impreparata all'inizio e macchinosa nella gestione successiva. Inatteso, infatti, è un aggettivo che può abbinarsi a ciò che riquarda il momento di esordio dell'epidemia. Ma non certo all'evento epidemico in sé. Che in diversi, compreso l'editorialista che scrive queste umili note, avevano da tempo previsto (cfr.: editoriale di settembre 2018). In un Paese civile un evento di grave impatto sociale, prevedibile nel suo accadimento ancorché non nella tempistica del suo manifestarsi, merita comunque di essere preventivamente elaborato ed anticipato, al fine di scongiurarne o contenerne il più possibile le conseguenze, allorquando si verificherà. Sappiamo che esiste una non indifferente possibilità che in Italia si producano eventi sismici. Per questo ci si è prodigati ad emanare direttive e a realizzare costruzioni per l'appunto anti-sismiche, con relativo impiego di importanti risorse economiche, nella consapevolezza che si tratta di un investimento fondamentale, benchè non sia dato savere se e auando i terremoti arriveranno... Spazio Aperto si definisce un Think Tank di innovazione sociale composto da professionisti di estrazione pubblica e privata, in un novero che va dall'imprenditoria alla sanità, alla libera professione, all'università e alla ricerca, alla pubblica amministrazione, che ha elaborato un progetto su di un possibile nuovo inquadramento del medico di famiglia. Che diventerebbe un dipendente sui generis del servizio sanitario pubblico. Non sarebbe infatti alle dipendenze del Servizio Sanitario Regionale, bensì direttamente del Ministero della Salute (una specie di prefetto della sanità...ndr). Obiettivo? Riformare la medicina territoriale. Leggendo il documento, l'inizio è buono. Al punto uno, infatti, si prevede l'equiparazione del corso di formazione del Medico di Medicina Generale alle specializzazioni universitarie. Anche il punto successivo non suona male. Si parla infatti di un organo di coordinamento tra Regioni ed Asl da una parte ed il Ministero dall'altra, con i medici che, in quanto dipendenti, godrebbero di ferie, maternità, malattia. Poi l'impianto progettuale comincia ad imboccare strade tortuose. I medici di medicina generale avrebbero uno stipendio con quota fissa, più una "quota variabile legata alla produttività, misurata in termini di stato di salute dell'assistito e di capacità di agire in team secondo parametri nazionali uniformi, tra cui: indicatori di processo ed esito nella cronicità, adesioni agli screening, ricoveri evitati... Sarebbe poi previsto un premio per l'overperforming...". Arrivato a questo punto, mi subentra già un certo turbamento. Ma il diavolo è nella coda. Dal momento che si prevede un sensibile calo dei medici di base nei prossimi dieci anni, si conclude affermando che "in questo scenario il ruolo dell'infermiere di famiglia sarà sicuramente fondamentale per la gestione degli assistiti". Ça va sans dire, esclamerebbe un mio amico francese. Io, più prosaicamente, dirò che ogni commento è superfluo.

In morte di più di cento medici italiani di Covid-19

Pietro Fusaroli*

Una donna di 62 anni. Samar Siniab, è stata il centesimo medico italiano a cadere. Originaria della Siria, era la vedova di un pediatra di nome Omar. Ha lavorato come medico di medicina generale in Veneto ed è stata molto apprezzata dai suoi pazienti che affollavano l'ambulatorio fino alla fine della sua vita professionale, che purtroppo si è conclusa contemporaneamente a quella biologica. Lascia i suoi due figli, anch'essi medici, uno pediatra e un medico legale. La stragrande maggioranza delle prime 100 vittime tra i medici (60) si è verificata in Lombardia, la regione più colpita in assoluto, seguita da Emilia-Romagna (6) e Campania (6). Sebbene la dottoressa Siniab fosse una donna, ella rappresenta un'eccezione in termini di mortalità legata al sesso in questa particolare popolazione, poiché ben 95 dei 100 medici deceduti erano uomini. La mediana dell'età di morte è di 69 anni (48-94) senza differenze significative tra soggetti maschi e femmine. Abbiamo letto della prevalenza di un decorso della malattia più grave negli uomini, ma in questo particolare elenco la differenza è così marcata che non possiamo essere completamente sicuri che sia attribuibile solo a fattori biologici legati al sesso. I risultati di una meta-analisi dimostrano che gli individui di sesso maschile hanno costituito la percentuale maggiore nella distribuzione del sesso dei pazienti Covid-19, fino al 60% [1]. In una coorte di 700 pazienti, 113 morti e 161 guariti fino al 28 febbraio 2020, l'età mediana dei pazienti deceduti (68 anni) era significativamente maggiore rispetto ai pazienti guariti (51 anni) e il sesso maschile era più rappresentato nei pazienti deceduti (73 %) rispetto a quelli guariti (55%) [2]. Le diverse abitudini tra uomini e donne possono aver giocato un ruolo? Secondo alcune ricerche, le donne sono presumibilmente più scrupolose nell'esecuzione dell'igiene delle mani rispetto agli uomini. Intervistata dal New York Times, Rosie Frasso, direttrice del programma di sanità pubblica presso la Thomas Jefferson University, ha dichiarato: "Tradizionalmente le donne erano più impegnate nella preparazione dei pasti e nella pulizia della casa e avevano maggiori probabilità di fare il cambio del pannolino" e ha aggiunto "La mia ipotesi è che questi ruoli abbiano contribuito a far

sì che le donne vedessero la necessità di lavarsi le mani con occhi diversi". Ha anche riferito di alcuni sondaggi scientifici a sostegno dell'idea che le donne siano più meticolose nel lavarsi le mani [3]. È dunque tempo di porgere nuove scuse postume a Ignác Semmelweis? Come sappiamo, il medico e scienziato ungherese scoprì che l'incidenza della febbre puerperale poteva essere drasticamente ridotta mediante la disinfezione delle mani nelle cliniche ostetriche. Mentre il tasso di mortalità nell'aprile 1847 era del 18%, dopo l'avvio del lavaggio delle mani i tassi crollarono al 2% a giugno e 1% a luglio. Tuttavia, Semmelweis fu fortemente criticato dall'establishment medico del suo tempo, arroccato su posizioni conservative per timore di perdere credibilità e potere. Le sue teorie non furono così credute fino alla sua morte, avvenuta all'età di 47 anni, abbandonato da tutti in una clinica psichiatrica dove fu duramente percosso. È particolarmente interessante notare che dall'inizio dell'epidemia di Covid-19 abbiamo assistito nell'Ospedale di Imola a una drammatica riduzione degli alert microbiologici relativi a infezioni da batteri multifarmaco resistenti. Potrebbe essere anche che questo calo sia collegato alla rafforzata pratica dell'igiene delle mani tra gli operatori sanitari in questi giorni? Nello stesso periodo, leggiamo sui media di un numero significativamente inferiore di infermieri deceduti (26) su oltre 6.000 contagiati (una cifra simile al numero totale di medici infetti).

Sebbene l'età media più bassa e la predominanza del sesso femminile tra gli infermieri possano aver contribuito a un decorso più lieve della malattia rispetto a quello dei medici, abbiamo motivo di credere che un altro fattore favorente possa esser stata la loro maggior consuetudine con asepsi ed antisepsi sia personale sia ambientale.

A tal riguardo non compete solo il rischio di infezione, ma anche la quantità di carica virale iniziale di una eventuale infezione. La carica microbica è un fattore determinante per la gravità delle malattie infettive e Covid-19 non sembra fare eccezione. Tra 76 pazienti ricoverati in un ospedale di Nanchang, in Cina, è stato osservato che la carica virale media dei casi gravi era 60 volte superiore a quella dei casi lievi e questi dati sono rimasti stabili per

i primi 12 giorni dopo l'insorgenza [4]. Inoltre, la triste lista dei medici caduti è guidata da 45/100 medici di medicina generale, seguiti da 7 odontoiatri, 5 chirurghi, 5 cardiologi, 5 internisti, 3 anestesisti, 3 pediatri e 3 pneumologi. La disamina della disponibilità di dispositivi di protezione individuale va oltre lo scopo di questo scritto. Il tempo e altri studi ci diranno se diverse specialità mediche potrebbero essere state collegate a diversi tassi di esposizione e rischio di contrarre Covid-10. Di sicuro, i medici di medicina generale erano e sono la nostra prima linea di difesa nella battaglia contro il virus. Speriamo che non abbiano lavorato e non siano morti invano. In effetti, il decorso della malattia e il tasso di ospedalizzazione sembrano essersi attenuati dopo l'introduzione di team di infermieri e medici di assistenza domiciliare (USCA) che visitano i pazienti a casa fornendo loro un precoce supporto diagnostico e terapeutico.

Medice cura te ipsum è la locuzione latina che ci ricorda che non dovremmo mai trascurare la nostra salute. Al giorno d'oggi, la salute di altre persone potrebbe dipendere dalla nostra. In primo luogo, potremmo provare la paura di essere infettati e sentirci in colpa se trasmettessimo la malattia ad altri pazienti o colleghi. In secondo luogo, quando diventiamo pazienti, le prospettive cambiano improvvisamente sia nell'affrontare la malattia dapprima sia poi nel tornare al nostro lavoro. Inoltre, l'epidemia di Covid-19 ha portato gravi turbamenti nella nostra vita personale, poiché molti hanno dovuto auto-isolarsi dal resto della famiglia [5].

Solo il tempo ci dirà se non siamo ancora stati degni dell'eredità di Semmelweis quasi due secoli dopo la sua fondamentale scoperta.

* Professore associato nell'Università di Bologna Direttore f.f. UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, AUSL di Imola - pietro.fusaroli@unibo.it

Bibliografia

- Li LQ, Huang T, Wang YQ, et al. COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of metaanalysis [published online ahead of print, 2020 Mar 12]. J Med Virol 2020.
- [2] Chen T, Wu D, Chen H, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study [published correction appears in BMJ. 2020 Mar 31;368:m1295]. BMJ 2020.
- [3] https://www.nytimes.com/2020/03/17/us/women-menhand-washing-coronavirus.html
- [4] Liu Y, Yan LM, Wan L, et al. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19 [published online ahead of print, 2020 Mar 19]. Lancet Infect Dis 2020
- [5] Castelletti S. A Shift on the Front Line [published online ahead of print, 2020 Apr 9]. N Engl J Med. 2020.

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

Da eroi a imputati? Riflessioni su come limitare il "rischio penale" dei sanitari al tempo del Covid-19

Stefano Canestrari*, Gian Marco Caletti**

L'emergenza sanitaria dovuta all'epidemia di Covid-19 ha sollevato non trascurabili problematiche anche sul piano giuridico. Tra le più urgenti è emersa la necessità di prevenire la possibile sovraesposizione giudiziaria degli operatori sanitari impegnati in prima linea nella gestione della pandemia.

Come noto, la diffusione a ritmo esponenziale della malattia e l'elevato numero di contagi hanno messo a dura prova la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale. L'emergenza ha reso necessaria una complessiva riorganizzazione di numerose strutture, per fare spazio, isolare e curare i pazienti affetti dalla nuova infezione con complicanze polmonari. Farmaci e apparecchi, non disponibili per tutti i malati, sono stati contingentati. Professionisti di ogni specializzazione sono stati chiamati a effettuare turni di lavoro massacranti e a combattere la pandemia «a mani nude»; mentre giovani laureati, specializzandi e pensionati hanno dovuto sopperire alle carenze di personale. Inoltre, per trovare una cura in grado di debellare l'infezione si è proceduto "per tentativi", senza poter fare affidamento su evidenze scientifiche condivise.

Nel frattempo, nonostante i coraggiosi sforzi messi in campo, il "virus" ha proliferato per settimane, mietendo un numero enorme di vittime, molte delle quali tra gli stessi medici ed infermieri.

Questo scenario eccezionale ha dilatato il "rischio penale" dei professionisti sanitari, da un lato moltiplicando le probabilità di errori, per quanto "incolpevoli"; dall'altro aprendo la possibilità che dei numerosissimi eventi avversi vengano successivamente accusati gli stessi operatori, anche a prescindere da effettive responsabilità.

La questione della responsabilità medica in relazione al Covid-19 ha investito l'opinione pubblica a partire dalla fine di marzo, in seguito alla lettera indirizzata dal Presidente FNOMCeO, Filippo Anelli, al Consiglio Nazionale Forense, nella quale esprimeva preoccupazione per le iniziative pubbli-

citarie promosse da alcuni avvocati, candidatisi pubblicamente a rappresentare le famiglie delle vittime dell'epidemia. I principali organi istituzionali forensi hanno assunto posizioni di grande durezza nei confronti degli iscritti autori di tali "bassezze" deontologiche, promettendo ripercussioni a livello disciplinare. Tuttavia, è parso sin da subito ineludibile anche un ripensamento legislativo della responsabilità penale degli esercenti le professioni sanitarie in chiave fortemente limitativa.

Ciò appare singolare dal momento che, come noto, la colpa professionale è stata oggetto di una corposa riforma soltanto tre anni fa, con la legge n. 24/2017: in fondo, la generale apprensione per una prevedibile ondata di procedimenti penali intentati nei confronti di professionisti sanitari sembra proprio testimoniare, una volta di più, le criticità della disciplina penalistica approntata da quell'intervento normativo, meglio noto come "Gelli-Bianco", che mirava a circoscrivere definitivamente il ruolo del diritto penale in ambito medico in vista di uno storico cambio di paradigma: dalla "repressione" alla prevenzione della Malpractice.

Nel quadro normativo attuale l'unico argine diretto alla responsabilità penale per colpa degli esercenti le professioni sanitarie è costituito dal secondo comma dell'art. 590-sexies del codice penale², introdotto appunto nel 2017.

La norma è caratterizzata da una formulazione estremamente complessa, che è rimasta a lungo oscura anche tra gli addetti ai lavori, al punto che nella prima sentenza della Cassazione in argo-

¹ Per osservazioni critiche in merito, il volume interdisciplinare G.M. Caletti, I. Cavicchi, C. Scorretti, L. Ventre, P. Ziviz, Responsabilità e linee guida, Udine, 2018.

A norma del quale, nei casi di omicidio e lesioni personali colpose: «qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto».

mento si è parlato di una sua «drammatica incompatibilità logica»³. L'unica certezza emersa sin da subito è che la nuova disciplina introdotta dalla legge è decisamente meno favorevole per i professionisti sanitari rispetto a quella previgente, prevista all'art. 3 del c.d. decreto "Balduzzi" (2012).

In una importante pronuncia delle Sezioni unite penali della Corte di Cassazione del febbraio 2018, si è giunti ad un'interpretazione chiarificatrice della riforma, stabilendo che l'esercente la professione sanitaria può essere chiamato a rispondere penalmente della morte o delle lesioni del paziente generalmente anche a titolo di colpa lieve; tuttavia, se l'evento si è verificato per un'imperizia nell'esecuzione di raccomandazioni di linee-guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate al caso clinico, allora, il sanitario è punibile solo per colpa grave⁴.

In sostanza, ai sensi della legge "Gelli-Bianco", la colpa grave costituisce il metro di valutazione della condotta del sanitario soltanto se:

- I) ha osservato una linea guida accreditata dal Ministero;
- 2) nell'osservarla ha commesso un errore di natura esecutiva:
- 3) tale errore è riconducibile all'imperizia categoria sfuggente che ricomprende le imprecisioni di natura tecnica⁵:
- 4) il paziente non presentava delle peculiarità che rendevano necessario discostarsi dalla suddetta linea guida.

Si tratta – inutile nasconderselo – di un'ipotesi pressoché irrealizzabile: basti pensare che, a tre anni dalla sua entrata in vigore, si ha notizia di un solo ed unico caso di applicazione della normativa del 2017⁶.

In tutti gli altri casi, il sanitario è punibile per colpa lieve, cioè per ogni minimo errore che abbia condotto alla morte o ad un peggioramento delle condizioni del paziente⁷.

La disciplina introdotta dalla legge "Gelli-Bianco", dunque, pare tutt'altro che adatta a fronte della portata dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

Non foss'altro perché l'applicabilità della riforma è sempre condizionata al rispetto di linee guida accreditate, quando, invece, la diffusione di una infezione nuova non può che riverberarsi in una fisiologica assenza di indicazioni cliniche consolidate. Da quanto è dato sapere, infatti, la cura del Covid-19 avviene interamente "off label", nella speranza che i farmaci provati abbiano un effetto antivirale utile a debellare l'infezione⁸.

Ad uno sguardo più approfondito, tuttavia, il "diritto vivente" offrirebbe uno strumento più efficace dell'art. 590-sexies c.p. per contenere le responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie alle prese con la cura del "virus". Si tratta dell'art. 2236 del codice civile, a norma del quale il professionista, qualora si trovi ad affrontare problemi di speciale difficoltà, risponde solo per dolo o colpa grave.

Sebbene civilistica, tale disposizione è stata utilizzata per lungo tempo – all'incirca fino agli inizi degli anni '80 – dalla giurisprudenza penale per giustificare sentenze di proscioglimento nei confronti dei sanitari, che in quel periodo venivano condannati solo qualora si fossero resi responsabili di errori davvero grossolani e macroscopici. Per colpa grave, appunto.

³ Cfr. Cass. pen., Sez. IV, 20 aprile 2017, n. 28187 (rel. Blaiotta e Montagni).

⁴ Cfr. Cass. pen., Sez. un., 31 marzo 2016, n. 22474 (rel. Vessichelli). Per un commento, v. G.M. Caletti, M.L. Mattheudakis, La fisionomia dell'art. 590-sexies c.p. dopo le Sezioni unite tra "nuovi" spazi di graduazione dell'imperizia e "antiche" incertezze",in www.penalecontemporaneo.it.

⁵ La nozione di imperizia, contrapposta nell'art. 43 del codice penale a negligenza ed imprudenza, si è dimostrata negli anni assai manipolabile da parte della giurisprudenza, quasi sempre in senso penalizzante per i professionisti sanirari

Oa parte del Tribunale di Parma. V. M.L. MATTHEUDAKIS, Colpa medica e legge Gelli-Bianco: una prima applicazione giurisprudenziale dell'art. 590-sexies, co.2, c.p., in www.penalecontempraneo.it.

A prima vista, sembrerebbe una decisione penalizzante per i medici. Al contrario, la Corte si è spinta fin dove poteva nella protezione dei professionisti sanitari, "recuperando" il grado della colpa, che già caratterizzava il testo del precedente decreto "Balduzzi", nonostante il legislatore non lo avesse contemplato nella norma. La decisione sul piano tecnico, peraltro, fa da pendant ad una motivazione particolarmente "garantista", che apre, con toni che non hanno precedenti, ad un regime penale della responsabilità medica diverso e più favorevole rispetto a quello di tutti gli altri professionisti. Le criticità sono da addebitarsi, dunque, al testo poco chiaro licenziato dal legislatore.

[§] A dire il vero, l'SNLG ha attivato sul proprio sito, nella sezione "buone pratiche", una pagina relativa al Corona Virus Desease, nella quale, premesso che «la rassegna è in costante aggiornamento», sono raccolti i «documenti più attendibili sull'emergenza sanitaria». In linea teorica, l'art. 590-sexies c.p. ammette che, in assenza di linee guida accreditate, l'osservanza di "buone pratiche" possa costituire presupposto per l'applicazione della causa di non punibilità. Ciò nonostante, la strada dell'applicazione dell'art. 590-sexies c.p. continua a sembrare decisamente in salita: il linguaggio della pagina web dell'SNLG denota tutta l'incertezza dell'attuale quadro scientifico, che imporrebbe al processo penale di "inseguire il susseguirsi" – e magari il contraddirsi – delle diverse indicazioni scientifiche avvicendatesi nel tempo.

Gradualmente poi, in coincidenza col tramonto del paradigma "paternalistico", l'art. 2236 c.c. è stato abbandonato dai giudici penali. Ne è conseguito lo scivolamento da un regime incentrato sulla colpa grave alla punibilità "a tappeto" di ogni forma di colpa, che è senza dubbio tra le cause all'origine della ancora attuale sovraesposizione giudiziaria dei professionisti sanitari9.

Va segnalato che, recentemente, un orientamento giurisprudenziale ha provato a rilanciare l'art. 2236 c.c. nei giudizi penali per medical malpractice¹⁰. Per certi versi, il presupposto applicativo dell'art. 2236 c.c. della speciale difficoltà della prestazione sembra adattarsi bene alla situazione emergenziale creatasi. La Corte di Cassazione, infatti, ha riconosciuto come il coefficiente di difficoltà di una prestazione medica, per quanto apparentemente semplice "sulla carta", possa aumentare in forza di fattori organizzativi o della presenza di situazioni emergenziali. In questa prospettiva, il contesto della pandemia nel quale i sanitari sono stati chiamati ad operare avrebbe una doppia valenza: da una parte, rendendo i problemi da affrontare di "speciale difficoltà", giustificherebbe l'utilizzo di un criterio di imputazione più favorevole e selettivo come quello della colpa grave ex art. 2236 c.c.; dall'altra parte, potrebbe essere valorizzato, proprio nel giudizio sul grado della colpa, per escludere la rimproverabilità soggettiva degli errori commessi". In sostanza: anche se la condotta del sanitario non è stata impeccabile, non si può comunque fargliene una colpa per via delle condizioni nelle quali ha lavorato. La norma offrirebbe pertanto una protezione anche a tutti i sanitari che, per ragioni organizzative, si sono trovati ad operare al di fuori del proprio specifico ambito di competenza o senza averne l'esperienza necessaria. De iure condito, dunque, l'art. 2236 c.c. potrebbe co-

De iure condito, dunque, l'art. 2236 c.c. potrebbe costituire una soluzione indispensabile per limitare eventuali responsabilità penali collegate alla pandemia, soprattutto nel caso in cui il legislatore finisse per non approvare una normativa ad hoc.

Nondimeno, sembra opportuno sottolineare che, a discapito delle sempre più esplicite prese di posizione da parte della giurisprudenza di legittimità, sono ancora rare le occasioni nelle quali l'art. 2236 c.c. fa breccia nelle motivazioni delle sentenze di merito per escludere la punibilità. La riaffermazione della norma civilistica è stata sin qui rallentata anche dalla sua scarsa penetrazione tra le argomentazioni difensive: spesso gli avvocati, piuttosto che appellarsi all'art. 2236 c.c., preferiscono invocare l'applicazione della nuova riforma, persino in casi nei quali ne difettano con evidenza i requisiti, come ad esempio quando ad essere imputata al medico è una violazione delle linee guida. Sotto tutt'altro profilo, poi, non va tralasciato il valore simbolico che avrebbe l'introduzione dello "scudo" ad hoc. Da questo punto di vista, è evidente come una risposta sul piano legislativo avrebbe ben altro impatto sulla potenziale «medicina difensiva dell'emergenza», tranquillizzando gli operatori circa la loro futura "incolumità" giudiziaria. Senza considerare, poi, la diversa efficacia "deterrente" dispiegata dalle due diverse impostazioni in relazione all'apertura di indagini: è chiaro che una nuova normativa avrebbe la capacità di prevenire non solo condanne e processi, comunque improbabili, ma anche la stessa presentazione delle denunce. Ma quindi come strutturare questo "scudo"? Per prima cosa, pare di poter rilevare come lo stile compilativo degli emendamenti al decreto "Cura Italia"12, sin qui sede del dibattito politico in argomento, sia particolarmente macchinoso. Da questo punto di vista, gli insuccessi delle riforme "Balduzzi" e "Gelli-Bianco", anche a confronto con la rinascita dell'art. 2236 c.c., norma caratterizzata da un testo conciso ma efficace, dovrebbero invece aver lasciato maggiore consapevolezza della necessità di testi di legge non troppo articolati. Un primo punto da mettere a fuoco sembra relativo all'estensione temporale del regime di favore cui si intende dar vita. Non sembra da scartare a priori – anche se guesta sembra la tendenza – l'ipotesi di una norma che resti in vigore anche una volta cessata l'emergenza: si tratterebbe, in definitiva, di dare finalmente attuazione al disegno complessivo della legge "Gelli-Bianco", per ora naufragato per via di un'imperizia compilativa.

Circoscrivere la disciplina al periodo dell'emergenza, del resto, non appare nemmeno così semplice. Ne è la prova il fatto che gli emendamenti indicano come momento iniziale della fase d'emergenza provvedimenti diversi del Consiglio dei

⁹ Per un approfondimento, G.M. CALETTI, Il percorso di depenalizzazione dell'errore medico, in www.dpc-rivista-trimestrale.criminaljusticenetwork.eu

¹⁰ Si veda, ad esempio, Cass. Pen., Sez. IV, 1/2/2012, n. 4391 (Rel. Blaiotta).

Cfr. S. Canestrari, La doppia misura della colpa nella struttura del reato colposo, IP, 2012, 21 ss.

¹² Disegno di legge AS 1766: conversione in legge del decreto 17 marzo 2020, n. 18.

Ministri. Allo stesso tempo, non sarà probabilmente nemmeno agevole individuare la fine dell'emergenza se è vero, come ormai sembra chiaro, che con l'epidemia bisognerà fare i conti ancora a lungo e la condizione emergenziale cesserà in modo graduale. L'estensione oggettiva e soggettiva dello statuto di responsabilità differenziato presenta diversi aspetti controversi. Tra le proposte è balenata anche quella di un'esenzione tout court da responsabilità penali, una sorta di "amnistia" generalizzata per tutte le condotte realizzate in relazione al Covid-10. Ouesta soluzione è stata osteggiata anche dagli stessi medici, principalmente poiché offrirebbe uno "scudo" inscalfibile anche alle figure dirigenziali, esteso fino ai casi in cui una loro colpa organizzativa ha determinato il contagio o la morte degli stessi operatori sanitari. Insomma, in questa prospettiva, dietro alla retorica "degli eroi" si celerebbe una moratoria di responsabilità "politico-organizzative". Peraltro, oltre ad equiparare medici e area manageriale, la proposta di una protezione totale da responsabilità colpose mette sullo stesso piano diverse realtà del Paese, garantendo l'immunità anche a possibili condotte gravemente colpose eventualmente maturate in contesti appena sfiorati dal "virus".

Nessuno degli emendamenti chiarisce se la limitazione della responsabilità penale si riferisca esclusivamente ai sanitari che hanno direttamente avuto a che fare con il Covid-19 o possa estendersi anche a prestazioni mediche di altro genere. Non va trascurato, infatti, che molte strutture hanno completamente riorganizzato anche altri reparti, per fare spazio ai malati della pandemia o trasferendo parte del personale per fronteggiare l'emergenza. È evidente come questi riassetti potrebbero aver influito anche sulla qualità dell'assistenza prestata ad altri malati per altre patologie e potrebbero talvolta giustificare un trattamento simile a quello riservato ai sanitari direttamente impegnati con l'epidemia. Alla luce di tutti questi interrogativi, la soluzione che pare più ragionevole è quella di prevedere una generalizzata limitazione della responsabilità penale alla colpa grave, non circoscritta alla sola imperizia ma estesa a negligenza ed imprudenza, e arricchita di una definizione che imponga di tenere conto, nella valutazione del grado della colpa, e quindi della affermazione di responsabilità, dei fattori organizzativo-contestuali (il numero di pazienti contemporaneamente coinvolti, gli standard organizzativi della singola struttura in rapporto alla gestione dello specifico rischio emergenziale, l'eventuale eterogeneità della prestazione rispetto alla specializzazione del singolo operatore, il livello di pressione e/o urgenza. anche in relazione alla diffusione della pandemia nella specifica area geografica). La selezione del grado della colpa penalmente rilevante è un collaudato strumento, anche a livello internazionale, di riduzione del rischio penale dei sanitari. Basti considerare che, in Inghilterra, dove da sempre il diritto penale seleziona soltanto i casi di colpa grave, negli anni di massima sovraesposizione giudiziaria per i medici – tra il 1990 ed il 2005 – sono stati celebrati soltanto 38 processi nei confronti di professionisti sanitari, circa la metà di quelli che, ogni anno, giungono ancora oggi all'attenzione della nostra Corte di Cassazione dopo due gradi di giudizio¹³. In conclusione. La portata della pandemia ha messo sotto grande pressione i professionisti sanitari: ha imposto loro scelte drammatiche su chi curare, li ha costretti a lavorare interamente "off label", secondo moduli organizzativi emergenziali, con scarse risorse a disposizione e, spesso, a rischio della propria incolumità. Ciò nonostante, dopo una prima fase di sdegno nei confronti di chi paventava azioni giudiziarie nei loro confronti, il clima parrebbe mutato, probabilmente favorito dalle epidemie interne alle ormai note "RSA", e quotidianamente si rincorrono le notizie di nuove indagini. L'ordinamento giuridico, come si è esaminato, offre qualche strumento per contenere il rischio penale degli operatori sanitari. Tuttavia, sembra opportuno un'estensione per via normativa del criterio della colpa grave a tutti coloro che sono stati coinvolti nell'emergenza, di modo che l'intervento del diritto penale si limiti soltanto a casi di errori assolutamente macroscopici e che possano davvero dirsi "colpevoli"14.

* Professore ordinario di diritto penale nell'Università di Bologna, membro del Comitato Nazionale per la Bioetica

> ** Avvocato, Dottore di ricerca in diritto penale presso l'Università di Bologna

¹³ Cfr. G.M. CALETTI, IL PERCORSO DI DEPENALIZZAZIONE, CIT., 26 SS.
¹⁴ Nella direzione di una limitazione delle responsabilità nell'emergenza anche la presa di posizione del Comitato Nazionale per la Bioetica in un recentissimo documento sull'argomento. Cfr. CNB, Covid-19: La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica", in www.bioetica.governo.it, 9 aprile 2020. La redazione del parere è stata coordinata dai Proff.: Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Luca Savarino.

Analisi ed esperienze di Cooperazione Internazionale Scientifica e Sanitaria, in Cina e nei Paesi lungo la Nuova Via della Seta. Aiuti umanitari e sociali interreligiosi

In Countries along one belt one Road Initiative (BRI) (Cina, Azerbajian, Iran ed Iraq) - Seconda parte

Franco Naccarella*, Plinio Innocenzi**, Massimo Tchen***, Gianluca Negro\$, Lei Sun\$\$, Augusto Massari\$\$\$, Siamak Saber\$, Pirooz Hebraihimi**, Marco Seri***, Roberto Michelucci***, Guido Cocchi***, Vania Giacomet*, Alessandro Frigiola**, Luo Hongbuo***, Ma Chansheng***, Zhu Zhengang****, Qiao Youlin****, Chiara Zocchi

Esperienze personali, del team Quale Medicina 2000 ONG NOG del Ministero Italiano dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (MIUR) e di Euro China Society for Health Researches, includente Iran, Azerbaigian, Kazakistan, Uzbekistan, Kirghizistan e Turkmenistan.

Franco Naccarella

Presidente Quale Medicina 2000 ONG NOG del Ministero Italiano dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (MIUR) e CEO di Euro China Society for Health Researches, includente Iran, Azerbaigian, Kazakistan, Uzbekistan.

Summary

ONE BELT ONE ROAD INITIATIVE (BRI), "La nuova Via della Seta", riproposta nel 2013 dal Presidente Xi Jinping, e dal Governo della Repubblica Popolare Cinese (PRC) rappresenta un'espansione tecnologica ed economica della Cina territoriale, nei paesi lungo la Via della Seta in direzione dell'Europa (*, **, ***, 1-4). Il presente articolo, pur non condividendo l'intero progetto economico, analizza le potenzialità di una connettività in campo scientifico, di formazione, di ricerca medica e di assistenza sanitaria, delle politiche del Welfare, dell'implementazione tecnologica in sette Paesi specifici, lungo la Via della Seta (1-108).

SECONDA PARTE

- 2) Riferimenti Culturali storico-religiosi (1b-9b)
- r) Repubblica dell'Azerbaigian (in azero: Azərbaycan Respublikası) (45-58)
 https://en.wikipedia.org/wiki/Azerbaijan

Riferimenti Generali (*- 20 a), (1-108)

2) Riferimenti Culturali storico- religiosi (1b-10b, 11 b-22 b)

Cardiochirurgia pediatrica ospedale San Donato (g-10/10/2019) a Milano in collaborazione con la Regione Lombardia. Questa collaborazione Italia-Azerbaigian, eventualmente estesa anche alla cardiochirurgia dell'Università di Bologna, potrebbe ottenere la collaborazione esterna dell'Ospedale del Bambin Gesù, appartenente al Vaticano, per realizzare a Baku un'importante HUB per la cardiochirurgia pediatrica, in ottica di assistenza umanitaria ed avanzata per tutti i bambini affetti da cardiopatie congenite riferiti dai paesi circostanti dell'ampia area prima citata, caucasica, mediorientale, sud della Russia e Asia centrale, aree per le quali questo Paese sembra particolarmente adatto a fare di punto di riferimento e di coordinamento.

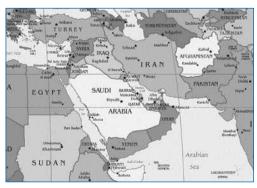
Per le informazioni geografiche ed economiche di questo e di altri Paesi fare riferimento alla tab. 1. Numerosi accordi sono stati precedentemen-



Il Modello di Cooperazione Scientifica Italia Cina e Altri Paesi: da Horizon 2020 A Open Innovation e Global New Drugs Development.

te siglati tra Italia e Azerbaigian, in particolare nel 2013, 2016 tra CNR e Azerbaigian National Academy of Sciences (ANAS), tra i ministeri dell'università e della sanità dei due Paesi 2016-2010. Più recentemente alla luce dell'intensa collaborazione e di scambi economico-commerciale per i gas industriali ed il petrolio tra i due Paesi, si è nuovamente e più decisamente valorizzato lo scambio in campo di ricerca per scienze non mediche e scienze mediche, all'interno del nuovo accordo MAECI ANAS firmato nel 2018 a Baku, per il MAECI da sua Eccellenza Ambasciatore Augusto Massari e per l'ANAS da sua Eccellenza il Presidente Akif Alizadeh, teso a realizzare una più intensa collaborazione tra i due paesi "NOT JUST OIL, BEYOND OIL", esteso al settore sanitario e alle cure mediche avanzate

Importanti visite di Stato sono state realizzate tra i due Paesi, quella del Presidente della Repubblica Italiana Sua Eccellenza Sergio Mattarella, il 17-18/04/2018 conclusa con un Business Forum complessivo Italia-Azerbaigian e quella di Sua Eccellenza Presidente della Repubblica dell'Azerbaigian Ilham Aliyev e il Vice Presidente Mehriban Aliyeva, programmata per il 20-25/02/2020.



AREA Iran e Iraq e Siria.

Di particolare interesse il progetto ANAS MAE-CI MOU, Ministero degli Affari Esteri Italiano che coinvolge numerosi ospedali e università italiane e strutture che fanno riferimento all'A-NAS Presidium (45), come:

- I) ANAS Genetic Resourches per realizzare un'accademia internazionale di genetica, formativa a Baku in collaborazione, in primo luogo dall'I/oI/2020 con strutture ed esperti italiani, azerbaigiani (46) e di altri Paesi, includenti il Chinese Institute Academy for Medical Sciences (CICAMS) di Pechino e l'Azienda Beijing Genomic Institute (BGI) (47-48) per formare la nuova generazione di medici alla genetica medica, medici provenienti dall'Azerbaigian, dalle zone caucasiche, del sud della Russia, del Medio Oriente e dell'Asia Centrale, in lingua inglese, russa e locali:
- 2) Ospedale Nazionale del Cancro (NOC), di Baku per scienze oncologiche, oncologia pediatrica e oncologia addominale (48-49, 53-54), l'oncologia ortopedica della Tibb University (51-52);
- 3) Merkesi Klinica (50) per chirurgia ortopedica delle malformazioni giovanili e dei traumi da incidente stradale o attività sportiva;
- 4) Oncologia ortopedica di Baku per il data base sull'osteo sarcoma dei Paesi russi dell'Academician Ahliman Amiraslanov (51), da condividere con il data base europeo ed italiano dell'Istituto Ortopedico Rizzoli dell'Università di Bologna del Professor Davide Donati (52);
- 5) NOC per oncologia pediatrica dell'Università di Bologna (53-54);
- 6) NOC per oncologia addominale in collaborazione con RAND, come modello di Open Innovation e di trasferimento tecnologico di una macchina demo nelle loro sale operatorie, per chemio terapia intra addominale, dopo cito riduzione chirurgica (53-54).

La collaborazione Italia-Azerbaigian, nell'importante tema della cardiochirurgia pediatrica, si è sostanziata di una visita missione del Customs Hospital di Baku in Italia ed in ospedali del Vaticano (2-4/09/2019) con:

- I) Ospedale del Bambin Gesù appartenente al Vaticano (55);
- 2) San Camillo Hospital di Roma del Professore Francesco Musumeci per la cardiochirurgia mini invasiva dell'adulto (55);

ARTICOLI



Lettura Culturale Sociale Religiosa di altri Paesi e l'apertura al Mondo Islamico Sciita e Sunnita. Il Cardinale Silvestrini + e Se Ambasciatore Muhammad Jamesi Masjed.

- 3) per una consulenza clinica e genetica del Professor Marco Seri, Università degli Studi di Bologna, Professor Franco Naccarella e Professor Siamak Saber (45-47);
- 4) cardiochirurgia pediatrica ospedale San Donato (9-10/10/2019) a Milano in collaborazione con la Regione Lombardia. Questa collaborazione Italia-Azerbaigian, eventualmente estesa anche alla cardiochirurgia dell'Università di Bologna, potrebbe ottenere la collaborazione esterna dell'Ospedale del Bambin Gesù, appartenente al Vaticano, per realizzare a Baku un'importante HUB per la cardiochirurgia pediatrica, in ottica di assistenza umanitaria ed avanzata per tutti i bambini affetti da cardiopatie congenite riferiti dai Paesi circostanti dell'ampia area prima citata, caucasica, mediorientale, sud della Russia e Asia centrale, aree per le quali questo Paese sembra particolarmente adatto a fare di punto di riferimento e di coordinamento.



Il Modello di Collaborazione Scientifico Sanitario Italia Azerbaijan Iran in Malattie Infettive e non comunicabili: Se Ambasciatore Muhammad Jamei Masjed e Prof. Vania Giacomet Ospedale Sacco Università di Milano.

Il modello di collaborazione scientifico, formazione, ricerca e trasferimento tecnologico, proposto dall'Italia all'Azerbaigian, va ad integrare e migliorare il rapporto esistente tra Germania ed Azerbaigian in termini di:

- I) maggiore attenzione dedicata agli aspetti scientifici di ricerca biomedica (45-55);
- 2) più intenso impegno nella formazione, all'interno degli ospedali locali (47-54) e in collaborazione con le università locali, degli operatori medici e non medici;
- 3) maggiore impegno nella cura di pazienti azerbaigiani in collaborazione con i medici dei vari ospedali in loco, includente consulenze in sala operatoria e in sale diagnostiche;
- 4) non trasferimento come turismo sanitario di pazienti all'estero, ma cure locali in collaborazione tra due équipe mediche, riducendo inutili e dispendiosi viaggi della speranza gestiti dal singolo paziente;
- 5) trasferimento in strutture sanitarie italiane solo di pazienti selezionati concordati insieme con organizzazione puntuale del visto del trasferimento in aereo, dell'ospitalità alberghiera e di supporto di adeguati mediatori linguistici e culturali:
- 6) un opening innovation ed un trasferimento tecnologico di tecnologia avanzate, sicuramente necessarie ed inserimento nel loro mercato e nel mercato di quell'ampia area prima citata, caucasica, mediorientale, sud della Russia e Asia centrale, aree per le quali questo Paese sembra particolarmente adatto a fare di punto di riferimento e di coordinamento. Questo modello di trasferimento tecnologico come concordato in maniera simile a Pechino, anche con le agenzie regolamentatorie cinesi, è condizionato da un impegno dalle aziende interessate a sviluppare a fianco dei loro legittimi interessi economici, investimenti e supporti scientifici ed economici, a sostegno della ricerca biomedica e della formazione post laurea della nuova generazione dei medici chirurghi azerbaigiani.

Va citato, inoltre, in conclusione il rapporto particolarmente costruttivo che l'Università Ca' Foscari di Venezia ha realizzato con la sede a Baku in Azerbaigian e in altri paesi lungo la Via della Seta con particolare riferimento alle scienze umanistiche, storiche e di cultura ambientale, per le energie alternative e alle medical humani-



Area Caucasica, Azerbaijan e Area Est Caspio.



Il Modello di Collaborazione Scientifico Sanitario Italia Azerbaijan. Se Massari, Prof Naccarella, Delegazione del Customs Hospital di Baku, Prof Mahmmadov, Prof Saber.

ties in questo ed in altri Paesi lungo la Via della Seta (56-58).

L'Azerbaigian è un Paese multiculturale e multireligioso, è un Paese secolare. Persone di molte religioni coesistono in Azerbaigian. L'articolo 48 della Costituzione dell'Azerbaigian garantisce il diritto alla libertà e le persone di tutte le fedi possono scegliere e praticare la propria religione senza restrizioni. L'articolo 18 della Costituzione dell'Azerbaigian afferma che la religione agisce separatamente dagli affari di stato e dal governo. Le persone di tutte le credenze sono uguali davanti alla legge e la propaganda di qualsiasi religione, incluso l'Islam (mentre la maggior parte della popolazione è musulmana) è ancora severamente vietata come caso di contraddizione dell'umanesimo.

Il governo dell'Azerbaigian promuove la tolleranza religiosa organizzando eventi interreligiosi, sostenendo finanziariamente seminari su questo tema. Numerose conferenze regionali sono state organizzate dal governo al fine di stimolare la tolleranza religiosa e combattere il radicalismo religioso. L'Azerbaigian ha ospitato il 7 ° Forum globale dell'Alleanza delle civiltà

delle Nazioni Unite. Papa Francesco ha visitato l'Azerbaigian nell'ottobre 2016 e ha espresso pubblicamente le sue opinioni positive sul dialogo interreligioso e sulla tolleranza religiosa nel paese.

SCWRA organizza conferenze, dialoghi, eventi pubblici, corsi di formazione e seminari su questioni religiose con la partecipazione di rappresentanti di diverse fedi. Il Forum della gioventù del Centro regionale eurasiatico della Conferenza islamica è una delle organizzazioni che sostengono questo tipo di attività insieme a SCWRA. Una conferenza internazionale su "Solidarietà islamica - una sfida del tempo" organizzata dal Caucasus Muslim Board, SCWRA, Baku International Center of Multiculturalism e National Academy of Science of Azerbaijan si è tenuta il 15 marzo 2017 a Baku. Il seminario su "Multiculturalismo e tolleranza interreligiosa: l'esperienza dell'Azerbaigian e il suo significato per l'Europa" è stato organizzato dall'ISDP, dal



Il Modello di Collaborazione Scientifico Sanitario Italia Azerbaijan In Cardiochirurgia Pediatrica. Delegazione del Customs Hospital di Baku e delegazione del Bambin Gesù Roma 2/3 10 2020.



Il Modello di Collaborazione Scientifico Sanitario Italia Azerbaijan In Corporate Welfare. Regione Lombardia Commissione per Consulenza e Mobilità Sanitaria Internazionale.

ARTICOLI

Baku International Multiculturalism Centre e dall'Ambasciata dell'Azerbaigian in Svezia il 18 novembre 2015.

Indipendentemente dal conflitto in corso tra Armenia e Azerbaigian, la tolleranza religiosa ed etnica è promossa in Azerbaigian. Pertanto, Catholicos di tutti gli armeni Karekin II ha visitato Baku per prendere parte al Vertice mondiale dei leader religiosi. Durante la sua visita è stato anche nella chiesa armena nel centro di Baku. Questo evento ha un significato storico, poiché era la prima volta che un leader religioso armeno visitava Baku dopo che i territori dell'Azerbaigian erano stati occupati.

Il vertice dei leader religiosi mondiali si è tenuto a Baku il 1° giugno 2010, avviato dal Consiglio dei musulmani del Caucaso e organizzato dal Consiglio interreligioso della CSI. Rappresentanti di gruppi buddisti, cristiani, ebrei e musulmani, nonché organizzazioni internazionali hanno preso parte all'evento, tra cui Kirill I, Patriarca di Mosca e tutti i Russi, e Karekin II, il Catholicos di tutti gli armeni.



Il Modello di Collaborazione Scientifico Sanitario Italia Azerbaijan in Genetica Medica e Malattie Infettive Baku Tibb University, Prof Saber, Prof Naccarella.



Il Modello di Collaborazione Scientifico Sanitario Italia Azerbaijan in Ortopedia Chirurgica. Baku Merkesi Klinika Prof Qasimov e IOR Rizzoli Prof Faldini.

Alla fine della conferenza, è stata firmata una dichiarazione finale che invita i leader religiosi ad ampliare le loro attività nel promuovere la pace, le attività di solidarietà sociali e sanitarie e scartare il radicalismo, le ideologie estremiste, il separatismo aggressivo e il terrorismo.

In questo contesto multiculturale e multireligioso, le diverse religioni e la chiesa cattolica si occupano efficacemente di assistenza sociale e socio-sanitaria agli anziani.

Sono ancora necessarie ed auspicabili forme di cooperazione interreligiosa nazionali ed internazionali anche in sanità ed assistenza, con un pluralismo di soggetti capaci di integrare, tali forme di aiuto di associazioni profit e non profit, religiose e non religiose, in maniera transitoria e supplettiva, momenti ed istituzioni civili dello Stato, all'interno del processo che dal 2009 la Repubblica dell'Azerbaigian ha definito come modello obbligatorio di assicurazione sanitaria per l'intera popolazione. https://www.azernews.az/healthcare/136867.html

https://en.trend.az/azerbaijan/society/3099437.

http://documents.worldbank.org/curated/en/854751516196004430/pdf/Challenges-on-the-path-to-universal-health-coverage-the-experience-of-Azerbaijan.pdf

Nota di particolare interesse anche per i loro esperti di politica sanitaria, l'introduzione di un modello italiano realizzato nelle regioni Toscana, Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto di integrazione tra pubblico e privato, caratterizzato da un mix di ospedali pubblici e privati accreditati al sistema sanitario regionale e sottoposti ad auditing periodico da parte delle istituzioni politiche e regolamentatorie nazionali e locali, come presentato nel libro del Prof. Pelissero "Eppur si muove" in inglese "Yet it moves" http://www.brunoleoni.it/eppur-si-muove-65

2) Iran: Repubblica Islamica dell'Iran (59-68) https://en.wikipedia.org/wiki/Iran

Tre eventi significativi hanno caratterizzato la collaborazione scientifica ed in campo sanitario tra Europa Italia e Repubblica Islamica dell'Iran. 1) Accordo tra il Ministero della Salute italiano e il Ministero Salute e dell'Educazione medica della Repubblica Islamica dell'I- ran firmato a Roma dai due ministri il 26/01/2017; 2) il primo Iran Italy Workshop, realizzato a Teheran il 16-19/04/2017, includente due sedute in scambio scientifico, formazione in scienze mediche tra università dei due paesi includente: 3) Una speciale collaborazione si è realizzata con sua Eccellenza il Vice Ministro della Sanità iraniana Reza Malekzadeh (noto gastroenterologo, oncologo ed epidemiologo responsabile del Gorgan Cohort Center Study.

Tre eventi significativi hanno caratterizzato la collaborazione scientifica ed in campo sanitario tra Europa Italia e Repubblica Islamica dell'Iran, prima delle sanzioni Usa.

Ci auguriamo che tale collaborazione possa continuare anche in epoca di sanzioni, in funzione dell'alto livello scientifico e della formazione professionale dei ricercatori e dei medici iraniani.

- 1) Accordo tra il Ministero della Salute italiano e il Ministero Salute e dell'Educazione medica della Repubblica Islamica dell'Iran firmato a Roma dai due ministri il 26/01/2017 (59);
- 2) il primo Iran Italy Workshop, realizzato a Teheran il 16-19/04/2017, includente due sedute in scambio scientifico, formazione in scienze mediche tra università dei due Paesi includente: 2.1) La Shahid Beheshti University of Medical Sciences https://en.sbmu.ac.ir/
- 2.2) Teheran Medical Sciences University http://en.tums.ac.ir/en
- 2.3) Sharif University of Technology http://www.sharif.ir/web/en/
- 2.4) National Institute of Genetic Engineering and Biotechnology (60) https://www.researchgate.net/institution/National_Institute_of_Genetic_Engineering_and_Biotechnology
- 3) Una speciale collaborazione si è realizzata con sua Eccellenza il Vice Ministro della Sanità iraniana Reza Malekzadeh (61-62) https://en.wikipedia.org/wiki/Reza_Malekzadeh noto gastroenterologo, oncologo ed epidemiologo responsabile del Gorgan Cohort Center Study (61). Questa collaborazione si è potenziata con un meeting di lavoro Italia-Europa-Cina-Iran per malattie oncologiche e cardiovascolari che si è svolto il 2-5/05/2018, a Gorgan in Golestan, Iran, in collaborazione con la Gorgan University e cinque presidenti di ospedali oncologici cinesi, coordinati dal Professor Ciao Youlin, esperto



Il Modello di Collaborazione Scientifico Sanitario Italia Azerbaijan in Oncologai National Oncology center Baku - Prof Isa Isayev-IOV Padova Prof Luigi Corti.

PRC presso WHO a Ginevra e Direttore Epidemiologia del CICAMS e dell'Ospedale del Cancro di Beijing (47-48, 61).

Successivi incontri sono stati realizzati con il ministro a Teheran in luglio e settembre 2019



Cooperation with Prof. Saber Siamak Teheran Raijei Hospital, in Teheran for Genetics and University of Bologna, Prof Seri and Prof Romeo and Prof Pippucci, Prof Naccarella.

ARTICOLI



Cooperation with Prof. Mammhoud Masjed Jamei and Bashir Hospital in Theran and Bagdad University Hospitals in Iraq

(62) per definire corsi di formazione in: 3.1) Pharma Train e medicina farmaceutica; 3.2) corsi di genetica in medicina, cardiologia e oncologia; 3.3) cardiologia clinica ed elettrocardiografia; 3.4) Elderly Care; 3.5) Remote Second Opinion, trasferimento pazienti turismo sanitario su ospedali di Teheran dai Paesi circostanti e di malati selezionati sulle strutture del nord Italia e degli ospedali di Bologna e di Milano (62).

- 4) Di particolare rilevanza un accordo firmato dal Professor Franco Naccarella, Quale Medicina 2000 ONG NOG del Ministero Italiano dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (MIUR) e di Euro China Society for Health Researches, includente Iran, Azerbaigian, Kazakistan, Uzbekistan e il Professor Saeidi, Professor Shabestari del Mashhad Razavi International Hospital, con riferimento alla collaborazione scientifica e agli scambi formativi alle joint ventures scientifiche ed economiche (63).
- 4.1) La collaborazione si è estrinsecata con scambi reciproci con le delegazioni mediche dei due Paesi; a questo proposito va ricordato la recente visita in Italia di una delegazione del Mashhad Razavi International Hospital http://internationalhta.com/en/hospitals/razavi-hospital-2/ e dell'Hemam Reza Foundation https://en.wikipedia.org/wiki/Astan_Quds_Razavi nei seguenti ospedali (64-69):
- 4.1.2) Ospedale Policlinico Gemelli di Roma, dell'Universià Cattolica del Sacro Cuore (64) nei reparti neonatologia, Professor Giovanni Vento https://www.policlinicogemelli.it/reparti/neonatologia/, ginecologia, Professor Giovanni Scambia https://www.policlinicogemelli.it/reparti/ginecologia-oncologica/ ed ostetricia,

Professor Antonio Lanzone https://www.policlinicogemelli.it/reparti/ostetricia-patologiaostetrica/:

- 4.1.3) San Camillo, Policlinico (65) di Roma per cardiochirurgia Professor Francesco Musumeci, trauma center, neonatologia, ginecologia, ostetricia e Stroke Center http://www.scamilloforlanini.rm.it/:
- 4.1.4) neonatologia, Università di Bologna, Professor Guido Cocchi, neurologia Università di Bologna, Professor Roberto Michelucci (66). La neurologia di Bologna ha eseguito, in collaborazione con il Professor Naccarella dei test genetici per una malattia ereditaria familiare che si chiama atrofia cerebellare nella popolazione di Qom, evidenziando che la stessa malattia ha mutazione genetiche diverse nella popolazione iraniana rispetto a quelle caucasiche (66);
- 4.1.5) Welfare della Regione Lombardia e direttore sanitario del Policlinico di Milano e della clinica Mangiagalli, Professoressa Laura Chiappa (67) https://www.policlinico.mi.it/i-nostri-professionisti/profilo/994/chiappa-laura per lo screening di massa delle malattie metaboliche neonatali e della Professoressa Vania Giacomet dell'Università statale di Milano e del Policlinico Buzzi Sacco https://www.asst-fbf-sacco.it/esperta internazionale di malattie infettive in particolare riferimento all'Aids nella mamma e nel bambino:
- 4.1.6) Studio legale Lexia (68) https://www.lexia.it/ di Milano con l'avvocato iraniano Dottoressa Elmira Shahbazi in collaborazione con il consolato iraniano di Milano https://www.ambasciata.net/Consolato/16884/Iran-a-Milano, http://it.rome.mfa.ir/;
- 4.1.7) Studio legale Padovan (69) https://studio-padovan.com/ di Milano, in collaborazione con Assolombarda https://www.assolombarda.it/ e con Banca Popolare di Sondrio https://www.popso.it/home e altre banche https://www.bper. it/ in grado di lavorare con l'Iran sottoposto a sanzioni Usa, su problematiche relative alla formazione post laurea, alla ricerca biomedica, alla second remote opinion, al trasferimento tecnologico, tesi a migliorare il ruolo dell'Iran come HUB per la salute territoriale anche da Paesi del mondo arabo e del Medio Oriente, e la capacità recettiva in diagnosi e cure avanzate degli ospedali italiani pubblici e privati.

Secondo il CIA World Factbook, circa il 90-95% degli iraniani si associa al ramo sciita dell'Islam, la religione ufficiale dello Stato, e circa il 5-10% ai rami sunniti e sufi dell'Islam. Il restante 0,6% si associa a minoranze religiose non islamiche, tra cui bahá'í, mandeani, yarsani, zoroastriani, ebrei e cristiani. Le ultime tre religioni minoritarie sono ufficialmente riconosciute e protette e hanno posti riservati anche nel parlamento iraniano.

Il governo iraniano non riconosce ufficialmente l'esistenza di iraniani non religiosi. Ciò lascia sconosciuta la vera rappresentazione della scissione religiosa in Iran poiché tutti i non religiosi, spirituali, atei, agnostici e convertiti dall'Islam sono probabilmente inclusi nella statistica governativa della maggioranza musulmana del 99%. Il sunnismo era la forma predominante di Islam prima della devastante conquista mongola, ma successivamente lo sciismo divenne alla fine completamente dominante in tutto l'Iran e nell'Azerbaigian di oggi (sebbene altamente secolare) con l'avvento dei Safavidi. In uno studio del maggio 2019, il Pew Research Center ha scoperto che l'87% degli iraniani prega quotidianamente, che era la seconda percentuale più alta in Asia-Pacifico, dopo l'Afghanistan (96%) e davanti all'Indonesia (84%).

Nota di particolare interesse anche per i loro esperti di politica sanitaria, l'introduzione di un modello italiano, già presente in Iran in parte, realizzato nelle Regioni Toscana, Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto di integrazione tra pubblico e privato, caratterizzato da un mix di ospedali pubblici e privati accreditati al sistema sanitario regionale e sottoposti ad auditing periodico da parte delle istituzioni politiche e regolamentatorie nazionali e locali, come presentato nel libro del Prof. Pelissero "Eppur si muove" in inglese "Yet it moves" http://www.brunoleoni.it/eppur-si-muove-65

Oggi, nell'Iran moderno ed in grande evoluzione economica e di innovazione tecnologica prima delle sanzioni USA, la nostra opera di cooperazione internazionale, si sostanziava nella collaborazione scientifica di alto livello in campo di ricerca biomedica e di formazione delle Risorse Umane mediche e non mediche.

Anche oggi, in epoca di ingravescenti sanzioni USA sulle condizioni di vita, di rifornimento farmaceutico e di sviluppo economico ridotto, va considerato non trascurabile l'aiuto umanitario sociale ed in campo di educazione sanitaria e di rifornimento di farmaci e di alimenti essenziali, in zone in via di sviluppo delle varie province, eventualmente concordato con le realtà sociali e religiose presenti nei diversi territori. Sono ancora necessarie (e da loro richieste) ed auspicabili forme di cooperazione interreligiosa nazionali ed internazionali anche in sanità ed assistenza, con un pluralismo di soggetti capaci di integrare, tali forme di aiuto di associazioni profit e non profit, religiose e non religiose, in maniera transitoria e supplettiva, di momenti ed istituzioni civili dello Stato.

Abbiamo già realizzato e continuiamo a realizzare sotto la supervisione del Ministero della Sanità Medica della Repubblica Islamica dell'Iran e di collaborazione con forze diplomatiche locali italiane e non ed internazionali, aiuti umanitari e di farmaci essenziali e di integratori alimentari per alcune Charities islamiche di Teheran e di Qom, comunità cristiane, cattoliche, assirocaldee di Urmia e Tabriz, con l'autorizzazione



Health and Pediatric Cardiac Surgery Cooperation in Iraqi Kurdistan with Prof Frigiola and Prof Naccarella.



Cooperation with prof. Sadeghi, SE Jamei, Qom Great Golpogajani Hospital, SE Majed Jamei.

ARTICOLI

delle autorità islamiche locali, e di parti disagiate della comunità armena di Isfahan.

Iraq: Repubblica d'Iraq ((in arabo: Jumhūriyyat al-'Irăq) (70-75)

https://en.wikipedia.org/wiki/Iraq

Importanti accordi sono stati firmati con la Repubblica dell'Iraq, anche da parte dell'Europa e dell'Italia, dopo la caduta di Saddam Hussein soprattutto in campo di sanità, tecnologie biomediche e di collaborazione scientifica, per un potenziale miglioramento della loro sanità in loco, capace di creare lavoro per nuove professionalità, meritevoli di formazione e trattamenti economici migliori, per la stabilizzazione e pacificazione sociale del Paese e la ripresa del progress economico.

Importanti accordi sono stati firmati con la Repubblica dell'Iraq, anche da parte dell'Europa e dell'Italia, dopo la caduta di Saddam Hussein soprattutto in campo di sanità, tecnologie biomediche e di collaborazione scientifica (70-75) https://www.medicisenzafrontiere. it/cosa-facciamo/dove-lavoriamo/iraq/.

Abbiamo realizzato una collaborazione con il Vice ministro della Sanità dell'Iraq (72-73) https://en.wikipedia.org/wiki/Ministry_of_Health_(Iraq) http://www.emro.who.int/irq/iraqnews/ministry-of-health-of-iraqwho-launchglobal-report-on-disability.html di origine iraniane incontrato a Teheran e con alcuni ospedali di Bagdad https://en.wikipedia.org/wiki/Baghdad_Medical_City, http://www.medicalcityiq.net/en/displaySection.php?type=subSec&nid=27, per:

- un potenziale miglioramento della loro sanità in loco, capace di creare lavoro per nuove professionalità, meritevoli di formazione e trattamenti economici migliori, per la stabilizzazione e pacificazione sociale del Paese e la ripresa del progresso economico.
- 2) collaborazione con il Bagdad Medical Teaching Hospital
- 3) e una triangolazione per tecnologie e scambi tecnologici e commerciali, anche con gli ospedali dell'Iran, anche e soprattutto in questo difficile momento di crisi economica e sociale in Iraq.

Di grande rilevanza la collaborazione, offerta da molti ospedali italiani compreso il gruppo San Donato, per l'assistenza e la cura dei bambini cardiopatici nel Kurdistan iracheno. Esistono stretti rapporti di collaborazione tra Iran e Iraq per la presenza di un'importante parte di popolazione sciita (70-75).

Inoltre, sia l'Iran che l'Iraq offrono possibilità di collaborazioni e trasferimenti tecnologici includenti la sanità anche con Oman e Qatar.

L'Islam è la religione di stato dell'Iraq, che comprende circa il 97% della popolazione del paese. La seconda religione più grande in Iraq è il cristianesimo, con l'1% della popolazione. La comunità ebraica irachena non esiste più.

I musulmani iracheni seguono due tradizioni distinte, sciiti e islamici sunniti. Secondo il CIA Factbook del 2018, l'Iraq è musulmano al 95%: 64-69% sciiti e 29-34% sunniti. La percentuale complessiva di musulmani è aumentata dalla guerra civile irachena (2014-2017) a causa della migrazione di rifugiati cristiani e yezidi nei Paesi vicini.

L'Iraq ospita molti siti religiosi importanti sia per i musulmani sciiti che per quelli sunniti. Baghdad è stato un centro di apprendimento islamico e borsa di studio per secoli ed è stata la capitale degli Abassidi. La città di Karbala ha un'importanza sostanziale nell'Islam sciita a seguito della battaglia di Karbala, combattuta sul sito della città moderna il 10 ottobre 680 d.C. Allo stesso modo, Najaf è rinomata come il sito della tomba di Alī ibn Abī Tālib (noto anche come "Imām Alī"), che gli sciiti considerano il giusto califfo e il primo imām.

La città di Karbala è ora un grande centro di pellegrinaggio da tutto il mondo islamico sciita e si stima che solo la Mecca e Medina ricevano più pellegrini musulmani.

Il cristianesimo fu portato in Iraq negli anni '40 d.C. da Tommaso Apostolo, Taddeo di Edessa e dai suoi allievi Aggagi e Mari. Tommaso e Taddeo appartenevano ai dodici apostoli. La minoranza caldea dell'Iraq rappresenta circa il 3% della popolazione (il precedente Factbook della CIA), che vive principalmente nel nord dell'Iraq, concentrata nei governatorati di Ninewa e Dahuk. Non ci sono statistiche ufficiali e le stime variano notevolmente.

La popolazione cristiana in Iraq è di 1,2–2,1 milioni. I cristiani iracheni sono divisi in quattro corpi di chiesa: "Caldei" (Chiesa cattolica caldea), Gruppo "Assiri" o "Nestoriano" (Chiesa

assira d'Oriente) e (Antica chiesa d'Oriente), Gruppo "West Syriac" o "Jacobite" (Chiesa ortodossa siriaca), Gruppo "Ortodosso orientale" (Arcidiocesi di Baghdad, sotto la giurisdizione del Patriarcato ortodosso orientale di Antiochia e di tutto l'Oriente).

Di particolare rilevanza la presenza italiana nell'assistenza sanitaria ai bambini cardiopatici operati da gruppi di medici italiani e cardiochirurghi nel Kurdistan Iracheno tra il 2004 e il 2010.

Sono ancora estremamente necessarie (e da loro richieste) ed auspicabili forme di cooperazione interreligiosa nazionali ed internazionali anche in sanità ed assistenza, con un pluralismo di soggetti capaci di integrare, tali forme di aiuto di associazioni profit e non profit, religiose e non religiose, in maniera transitoria e supplettiva, di momenti ed istituzioni civili dello Stato. Abbiamo già realizzato e continuiamo a realizzare sotto la supervisione del Ministero della Sanità Medica della Repubblica Islamica dell'Iran (estendibili all'Iraq) forme di collaborazione con forze diplomatiche locali italiane e non ed internazionali, aiuti umanitari e di farmaci essenziali e di integratori alimentari per alcune Charities islamiche di Teheran e di Qom, comunità cristiane, cattoliche, assiro-caldee di Urmia e Tabriz, con l'autorizzazione delle autorità islamiche locali, e di parti disagiate della comunità armena di Isfahan.

Ringraziamenti particolari vanno a:

- Dottor Claudio Zucchi, Avvocato Giulio Gallera, Assessorato alla Sanità e al Sistema Welfare della regione Lombardia,
- Dottoressa Manuela Lanzarin, Assessorato alla Sanità della regione Veneto,
- Professor Francesco Lunghi, Direttore ORL Oncologia Chirurgica, Ospedale Madre Teresa di Calcutta, Monselice, Padova, Veneto,
- Professor Luigi Corti, Direttore Radioterapia
 IOV IRCCS, Padova, Veneto,
- Signora Antonella Tognin, esperta di cure per anziani, RSA, regione Veneto,
- Dottoressa Giulia Repetto, Dottoressa Claudia Fanali, coordinatrici internazionali Assolombarda, Milano.
- Dottor Sergio Sgubin, Dottor Giorgio Pavan,

Dottor Daniele Roccon esperti internazionali di cure e strutture per anziani.

Si ringraziano per la collaborazione fattiva le Ambasciate e i Consolati di questi Paesi in Italia e il Corpo Diplomatico nella sua interezza delle Ambasciate d'Italia in questi Paesi.

* Quale Medicina 2000 ONG NOG del Ministero Italiano dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (MIUR) e di Euro China Society for Health Researches, includente Iran, Azerbaigian, Kazakistan, Uzbekistan. ** Cattedra di Scienze della Materia Università di Sassari, Centro CNR Porto Principe, Sassari, Italia. Precedente Consigliere per la Scienza e la Tecnologia Ambasciata di Italia a Pechino 2008-2016.

*** Quale Medicina 2000 ONG NOG del Ministero Italiano dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (MIUR)

\$ Professore Associato di Diritto del Lavoro e Sanità Pubblica presso l'Università di Pavia, Consigliere Sanità regione Lombardia, Consigliere AIOP.

\$\$ Quale Medicina 2000 ONG NOG del Ministero Italiano dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (MIUR), mediatore politico, culturale e linguistico per le scienze mediche Italia e Cina.

\$\$\$ Ambasciatore d'Italia a Baku, Azerbaigian.

\$\$\$\$ Ambasciatore d'Italia a Tashkent, Uzbekistan.

& Medico genetista russo del Rajaei Hospital di Teheran.

&& Medico genetista dell'Università di Pavia.

&&& Cattedra di Genetica Università di Bologna.

&&&& Direttore Istituto di Scienze Neurologiche, Ospedale Bellaria Università di Bologna.

&&&& Professore Associato di Neonatologia, Direttore Scuola Infermieri. Università di Boloana.

°Professore Associato, Università Statale di Milano, esperto internazionale di malattie infettive.

°Direttore Cardiochirurgia, Policlinico San Donato, Presidente Onlus Bambini cardiopatici nel mondo.

°°°Luo Hongbuo, già Direttore Sezione Italia-Europa della Chinese Academy of Social Sciences.

°°° Ma Chansheng, Direttore Cardiologia An Zhen Hospital, Pechino.

°°°°Zhu Zhengang, Direttore Oncologia Chirurgica Ruijin Hospital della Jiao Tong University, Shanghai.

°°°°Qiao Youlin, esperto cinese internazionale di oncologia presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità a Ginevra. Direttore Epidemiologia CICAMS e National Cancer Hospital di Pechino.

ÇÇÇÇÇÇ CIAO TECH PNO HORIZON2020.

Un saluto ed alcune considerazioni

Antonio Pirodda*

Caro Direttore, carissimo Alessandro, avevo già idea, prima di questa terribile pandemia, di scriverti due righe in occasione del mio ritiro dal ruolo di Professore Ordinario e dalla Direzione dell'UO di Otorinolaringoiatria e Audiologia universitaria. Gli eventi drammatici che conosciamo mi hanno fin qui trattenuto, dato il modesto interesse della mia vicenda personale in rapporto all'attualità.

Adesso che sembra di intravedere un minimo di luce si percepisce un desiderio di ritrovare, per quanto possibile, un po' di normalità: per questo mi permetto di condividere qualche considerazione scaturita da un osservatorio "privilegiato", come quasi quarant'anni di vita nella Medicina Universitaria bolognese.

Ho sempre amato la realtà accademica, il confronto con gli Studenti e la possibilità di trasmettere loro non tanto una serie di nozioni, facilmente reperibili dovunque, quanto un modo di ragionare che possa risultare di qualche utilità. Ho cercato di migliorare progressivamente le mie caratteristiche di docente, anche grazie alle schede di valutazione studentesche, con tutti i loro limiti uno strumento prezioso; ho svolto varie attività di servizio e non mai ho perso il gusto di fare lezione, anche in quest'anno da me per tempo programmato come conclusivo: evidentemente, se ho dato qualcosa, ho ricevuto molto. Parallelamente, con lo sviluppo della mia carriera universitaria sono cresciute le attribuzioni assistenziali: queste hanno progressivamente comportato la virata da un impegno prettamente professionale ad uno prevalentemente amministrativo e manageriale, con le conseguenti solitudini e responsabilità. A queste ultime ho sempre cercato di adeguarmi, anche in mezzo ad oggettive e crescenti difficoltà, con sincero spirito di appartenenza; ho giustificato a me stesso un certo "snaturamento" del ruolo, denunciato da molti, convincendomi che il mestiere cambia, e cambiano di conseguenza i modi di interpretarlo e di insegnarlo.

Sarebbe stato più facile non dover convivere con

le difficoltà finanziarie che affliggono il nostro pur validissimo Servizio Sanitario: è anche certo, d'altra parte, che le mie priorità professionali, scientifiche e didattiche non fossero le stesse di chi dispone l'assegnazione dei fondi. So bene che le legittime esigenze del singolo professionista, scienziato e docente non si possono sempre armonizzare con il complesso funzionamento di un sistema sanitario: non ho mancato di farmene una ragione, anche se, in alcuni casi, con grande difficoltà. Porto ad esempio, negativo ma spero utile, la mai ottenuta autorizzazione, per il S. Orsola, ad eseguire gli impianti cocleari: mai ottenuta nonostante le reiterate richieste, la presenza di competenze tecniche e scientifiche adeguate e le evidenti esigenze didattiche. Non si può negare che l'Emilia-Romagna sia pienamente e capillarmente attrezzata sotto questo profilo; allo stesso tempo, è difficile ignorare l'importanza, per il Policlinico di riferimento dell'Ateneo bolognese, di disporre di un presidio riabilitativo ormai non rinunciabile. Il rammarico è ancora maggiore pensando all'ottimo livello di Audiologia che ritengo di avere lasciato – a parte il vulnus citato – grazie all'impegno di eccellenti collaboratori. L'esempio per me non è unico, e non credo di essere il solo. Per questo ritengo necessario, senza illusioni circa improbabili incrementi di risorse, un più stringente e mirato programma di sintesi tra esigenze di organizzazione sanitaria ed altrettanto fondate esigenze di carattere scientifico e didattico: a tutela anche di "minoranze" disciplinari che pure debbono avere, non solo a parole, piena dignità di espressione e possibilità di interessare, perché no, qualche giovane futuro scienziato. Non mi permetterei questa osservazione se non la ritenessi valida al di là della semplice esperienza personale. Sulla base di quest'ultima, comunque, debbo ripetere quanto detto nel saluto al mio Dipartimento di afferenza: quando mi sono accorto che tutte le domeniche ero di cattivo umore, indipendentemente dall'esito della partita del Cagliari (per me, felice bolognese adottivo da oltre mezzo secolo, una fede con radici nell'infanzia), ho dovuto accorgermi che qualcosa non andava. Per questo ho deciso di anticipare il ritiro al compimento del mio sessantasettesimo anno, oltre tre anni e mezzo prima del limite di età: veramente non l'avrei mai creduto possibile, ricordando anche la sofferenza di mio padre, che come sai è stato il mio Maestro, al momento di lasciare il ruolo. Non sono però il primo, nel giro di pochi anni, a fare una scelta del genere: è sicuramente una novità degli ultimi tempi ed un motivo di riflessione. Confido, appena sarà oggettivamente possibile, di riprendere a fare il professionista ed occuparmi di orecchio e di udito, libero da vincoli burocratici e manageriali; spero di poter continuare ad offrire il contributo della mia

esperienza anche in ambito medico-legale con serenità ed equilibrio. Queste prospettive, che l'emergenza ha necessariamente posticipato, mi restituiscono motivazioni che credevo perdute; l'onnipresente web potrà sicuramente permettere a chi mi cerca di rintracciarmi agevolmente.

Ti ringrazio per lo spazio che hai voluto accordarmi: è possibile che chi legge possa trovare, in queste riflessioni, qualche elemento nel quale riconoscersi.

A te e a tutti noi il più sentito augurio di poter tornare al più presto ad una realtà pienamente normale, con amicizia e spirito collegiale.

* Professore Ordinario di Clinica Otorinolaringoiatrica ed Audiologica dell'Alma Mater

GIUSEPPE MOSCATI A BOLOGNA

Bologna, Ospedale S. Orsola 27-29 gennaio 2020

Dal 27 al 29 gennaio 2020 l'Associazione Medici Cattolici di Bologna ha organizzato la visita delle reliquie di San Giuseppe Moscati all'ospedale S. Orsola di Bologna. Lunedì 27.01.2020 è stata inaugurata nei locali di transito del piano terra del pad 5 (Nuove Patologie) la mostra creata dal Meeting dell'amicizia fra i popoli dal titolo "Giuseppe Moscati laico cioè cristiano" che prendeva spunto da una recente biografia del santo a cura di Paola Bergamini. Un gruppo di medici dell'AMCI, che si è preparato nelle settimane precedenti, ha accompagnato gruppi parrocchiali, gruppi di studenti di medicina, singoli visitatori e medici alla scoperta della mostra, approfondendo vari aspetti della vita di san Giuseppe Moscati e del clima culturale del suo tempo. Grande interesse hanno suscitato vari aspetti della vita di Moscati soprattutto nelle giovani generazioni. Al IV piano del padiglione, nella cappella San Francesco, tutti i giorni la celebrazione eucaristica officiata dai Cappellani dell'ospedale, in presenza delle reliquie del santo medico, ha richiamato una vera e propria folla di fedeli, ma anche nel corso delle tre giornate la cappella è stata molto frequentata per la preghiera silenziosa e personale. Don Santo Merlini si è anche reso disponibile, durante la giornata di lunedì, insieme al padre gesuita don Tommaso Guadagno, per

Anna la veritai, mortrati qual ali, mortrati qual ali, a seuja peunt e seuja riquimin. En la ventai ti certa la perrenjone. (tu accettala; e se il Porasento, a tu reppertala, fre pen la ventai 20. sesse: raccificara to stesso e la tur vila, e tu sii forte sul Raccificio. 17.8912

Ama la verità, mostrati qual sei, e senza infingimenti e senza paure e senza riguardi. E se la verità ti costa la persecuzione, e tu accettala; e se il tormento, e tu sopportalo. E se per la verità dovessi sacrificare te stesso e la tua vita, e tu sii forte nel sacrificio. la visita delle reliquie al capezzale dei malati, impossibilitati a muoversi, che avevano espresso il desiderio di onorare San Giuseppe Moscati. Martedì 28.01 la celebrazione eucaristica e la recita del S. Rosario sono state trasmesse da Radio Maria nell'ambito del consueto palinsesto che vede collegamenti di preghiera in diretta dalle varie realtà locali. Mercoledì un evento culturale in Aula Magna ha visto la presenza di diverse personalità del mondo accademico bolognese e delle realtà sanitarie di alto livello, quali i presidenti degli Ordini del Medici, degli Infermieri e delle Ostetriche, e il Cardinale Zuppi che ha tratto le fila dell'eredità di Giuseppe Moscati: la Medicina moderna tra tecnica ed attenzione alla Persona. Molto gradito dall'uditorio l'intervento del regista Giacomo Campiotti che ha presentato un video con l'estratto del suo film "Giuseppe Moscati". Ha concluso questa tre giorni di cultura e spiritualità un momento di Adorazione Eucaristica in cappella S. Francesco, animato dalla comunità Giovanni XXIII, che ha visto un'ampia e sentita partecipazione di giovani. È stato molto bello, per chi ha curato nei tre giorni l'accesso del pubblico alla mostra e dei fedeli alle celebrazioni, vedere crescere l'interesse in chi non conosceva il Santo e l'affetto in chi veniva a salutarlo come un "amico" a cui confidare dolori e gioie e a cui chiedere con fiducia aiuto. La fatica profusa in questi mesi ha dato frutti anche insperati. Certamente San Giuseppe Moscati ha lavorato nei cuori di chi ha incontrato, e già si pensa ad un suo ritorno.

COVID-19: test di screening e diagnostici

Achille Iachino*, Giovanni Rezza**

Nell'attuale fase dell'emergenza COVID-19, assume particolare rilevanza la tematica dei test diagnostici di tipo sierologico, che possono essere utilizzati per la rilevazione di eventuali anticorpi diretti contro SARS-CoV-2. I test sierologici sono utili nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale in quanto:

- I. sono uno strumento importante per stimare la diffusione dell'infezione in una comunità;
- 2. la sierologia può evidenziare l'avvenuta esposizione al virus;
- 3. i metodi sierologici possono essere utili per l'identificazione dell'infezione da SARS-CoV-2 in individui asintomatici o con sintomatologia lieve o moderata che si presentino tardi alla osservazione clinica;
- 4. i metodi sierologici possono essere utili per più compiutamente definire il tasso di letalità dell'infezione virale rispetto al numero di pazienti contagiati da SARS-CoV-2.

Le attuali conoscenze scientifiche relative ai test sierologici per il COVID-19 sono però lacunose relativamente alla capacità di fornire le seguenti informazioni:

- r. presenza di anticorpi neutralizzanti in grado di proteggere dalla infezione o malattia (in genere, un elevato titolo anticorpale correla con la presenza di anticorpi neutralizzanti rilevati al test di neutralizzazione/riduzione delle placche);
- 2. persistenza degli anticorpi a lungo termine. Peraltro, premesso che nell'attuale sistema i dispositivi medici diagnostici in vitro (IVD) sono regolamentati a livello comunitario dalla Direttiva Europea 98/79/EC, recepita nell'ordinamento italiano con il Decreto legislativo 8 settembre 2000, n. 332 recante "Attuazione della Direttiva 98/79/CE relativa ai dispositivi medico-diagnostici in vitro", e che i test in oggetto, non essendo autodiagnostici¹, non devono essere venduti o messi

a disposizione di "profani", come definiti dall'articolo 1, comma 1, lettera d) del decreto, si ritiene opportuno rappresentare quanto segue. Secondo l'OMS, sebbene l'impiego di kit diagnostici di più semplice esecuzione sia auspicabile e rappresenti un'esigenza in situazioni di emergenza come quella attuale, gli approcci diagnostici al momento tecnicamente più vantaggiosi e attendibili per una diagnosi d'infezione da SARS-CoV-2 rimangono quelli basati sul rilevamento del virus in secrezioni respiratorie attraverso metodi di RT-PCR per amplificazione di geni virali. La diagnosi molecolare per casi di infezione da SARS-CoV-2 va eseguita presso i laboratori di riferimento regionali e laboratori aggiuntivi individuati dalle Regioni e dalle Province Autonome.

La stessa OMS evidenzia che, per l'utilizzo dei test sierologici nell'attività diagnostica d'infezione in atto da SARS-CoV-2, sono necessarie ulteriori evidenze sulle loro performance e utilità operativa. In particolare, i test basati sull'identificazione di anticorpi IgM e IgG specifici per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, secondo il parere espresso dal Comitato tecnico scientifico istituito presso il Dipartimento di Protezione civile, non possono, allo stato attuale dell'evoluzione tecnologica, sostituire il test molecolare basato sull'identificazione di RNA virale dai tamponi nasofaringei, secondo i protocolli indicati dall'OMS. Infatti, il risultato qualitativo ottenuto su un singolo campione di siero non è sufficientemente attendibile per una valutazione diagnostica, in quanto la rilevazione della presenza degli anticorpi mediante l'utilizzo di tali test non è, comunque, indicativo di un'infezione acuta in atto e, quindi, della presenza di virus nel paziente e del rischio associato a una sua diffusione nella comunità. Inoltre, per ragioni di possibile cross-reattività con differenti patogeni affini, quali altri coronavirus umani, il rilevamento degli anticorpi potrebbe non essere specifico della infezione da SARS-CoV-2.

¹ È autodiagnostico qualsiasi dispositivo predisposto dal fabbricante per poter essere usato a domicilio da persone non esperte di test diagnostici.

Infine, l'assenza di rilevamento di anticorpi (non ancora presenti nel sangue di un individuo per il ritardo che fisiologicamente connota una risposta umorale rispetto al momento dell'infezione virale) non esclude la possibilità di un'infezione in atto in fase precoce o asintomatica e il relativo rischio di contagiosità dell'individuo.

Sempre l'OMS, nella pubblicazione dell'8 aprile 2020, "Advice on the use of point-of-care immunodiagnostic tests for COVID-19 Scientific Brief" raccomanda l'uso dei nuovi test immuno-diagnostici point-of-care solo in ambito di ricerca. Con la successiva pubblicazione del 24 aprile 2020 "Immunity passports", l'OMS ha evidenziato che tali test possono generare sia falsi positivi sia falsi negativi, con gravi conseguenze che possono influenzare le misure di prevenzione e controllo delle infezioni.

Ciò premesso, a normativa europea vigente non possono fornirsi indicazioni cogenti circa i requisiti minimi dei test diagnostici, tenuto conto che la medesima non vincola i produttori che intendono immettere sul mercato un test non classificato come autodiagnostico ad una validazione rilasciata da organismi notificati, essendo sufficiente l'apposizione della marcatura CE sotto la responsabilità del fabbricante.

Appare, tuttavia, opportuno svolgere alcune considerazioni a supporto delle scelte delle Autorità sanitarie sull'utilizzo dei test sierologici, in base alle attuali conoscenze disponibili, ed alle indicazioni fornite dal menzionato Comitato tecnico scientifico, in occasione dell'indizione della procedura ad evidenza pubblica per l'effettuazione di 150.000 test sierologici (bando indetto il 17 aprile 2020 dal Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica CO-VID-19).

Al riguardo, in merito all'affidabilità dei test sierologici si fa presente che la qualità e l'affi-dabilità di un test dipendono in particolare dalle due caratteristiche di specificità e sensibilità, e pertanto, sebbene non sussistano in relazione ad esse obblighi di legge, è fortemente raccomandato l'utilizzo di test del tipo CLIA e/o ELISA che abbiano una specificità non inferiore al 95% e una sensibilità non inferiore al 90%, al fine di ridurre il numero di risultati falsi positivi e falsi

negativi. Al di sotto di tali soglie, l'affidabilità del risultato ottenuto non è adeguata alle finalità per cui i test vengono eseguiti.

Per quanto riguarda, invece, i test rapidi (test eseguiti su sangue capillare), essendo di natura puramente qualitativa, possono solo indicare la presenza o assenza di anticorpi. Si fa presente che, al meglio delle conoscenze oggi disponibili, non vi sono al momento evidenze prodotte da organismi terzi in relazione alla loro qualità.

Da ultimo, si segnala che l'ECDC nelle varie pubblicazioni riporta che un test anticorpale positivo indica se la persona è stata infettata da SARS-CoV-2 (se IgM positivi: infezione recente; se IgM negativi e IgG positivi: infezione passata), ma non indica necessariamente se gli anticorpi sono neutralizzanti, se una persona è protetta e per quanto tempo, e se la persona è guarita. Si ritiene, pertanto, opportuno, in tali casi, l'esecuzione del test molecolare.

Un test anticorpale negativo può avere vari significati: una persona non è stata infettata da SA-RA-CoV-2, oppure è stata infettata molto recentemente (meno di 8-10 giorni prima) e non ha ancora sviluppato la risposta anticorpale al virus, oppure è stata infettata ma il titolo di anticorpi che ha sviluppato è, al momento dell'esecuzione del test, al di sotto del livello di rilevazione del test. Tali valutazioni confermano che i test anticorpali non possono essere considerati come strumenti diagnostici sostitutivi del test molecolare.

Le indicazioni dell'ECDC sono coerenti con lo stato dell'arte delle conoscenze disponibili, e sono, pertanto, suscettibili di aggiornamento in base all'evoluzione delle conoscenze e degli avan-zamenti tecnologici. Sarà, pertanto, fondamentale mantenere un costante scambio di informazioni su nuove evidenze che emergeranno dall'effettuazione di test da parte delle Regioni e delle Province Autonome in indirizzo.

Si invita a voler dare la massima diffusione alla presente nota circolare ai servizi e ai soggetti interessati.

* Ministero della Salute: Direttore Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico

** Ministero della Salute: Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria

2020 ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease in the Context of the COVID-19 Pandemic

1. Introduction

- Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) causing coronavirus disease 2019 (COVID-19) has reached pandemic levels:
- Patients with cardiovascular (CV) risk factors and established cardiovascular disease (CVD) represent a vulnerable population when suffering from COVID-19;
- Patients with cardiac injury in the context of COVID-19 have an increased risk of morbidity and mortality.

The SARS-CoV-2 causing COVID-19 has reached pandemic levels since March 2020. In the absence of vaccines or curative medical treatment, COVID-19 exerts an unprecedented global impact on public health and health care delivery. Owing to the unexpected need for large capacities of intensive care unit (ICU) beds with the ability to provide respiratory support and mechanical ventilation, temporary redistribution and reorganization of resources within hospitals have become necessary with relevant consequences for all medical specialties. In addition, protective measures against SARS-CoV-2 gain particular significance for health care personnel (HCP) in direct contact with patients suffering from COVID-19 as well as for ambulatory and hospitalized patients without infection. In view of finite health care resources. health care providers are confronted with ethical considerations on how to prioritize access to care for individual patients as well as providing care for COVID-19 while not neglecting other life-threatening emergencies. Of note, assays to detect the virus in asymptomatic and symptomatic patients have important limitations in terms of sensitivity and specificity and willbe complemented by tests for antibodies to identify those that already have been infected previously.

SARS-CoV-2 not only causes viral pneumonia but has major implications for the CV system. Patients with CV risk factors including male sex, advanced age, diabetes, hypertension and obesity as well as patients with established CV and cerebrovascular disease have been identified as particularly vulnerable populations with increased morbidity and mortality when suffering from COVID-19. Moreover, a considerable proportion of patients may develop cardiac injury in the context of COVID- 19 which portends an increased risk of in-hospital mortality. Aside from arterial and venous thrombotic complications presenting as acute coronary syndromes (ACS) and venous thromboembolism (VTE), myocarditi splays an important role in patients with a cute heartfailure (HF). Moreover, a wide range of arrhythmias has been reported to complicate the course of COVID-19 including potential pro-arrhythmic effects of medical treatment targeted at COVID-19 and associated diseases. Owing to redistribution of health care resources, access to emergency treatment including reperfusion therapy may be affected depending on the severity of the epidemic at a local level. This is further aggravated by increasing concerns of delayed presentation of CV emergencies as patients are afraid to seek medical attention during the pandemic.

For all these reasons, the European Society of Cardiology (ESC) has assembled a group of experts and practitioners with experience in the care of COVID-19 patients to provide a guidance document relevant for all aspects of CV care during the COVID-19 pandemic. While the document is comprehensive, it is important to point the reader to what the document is unable to do and what the limitations are:

• The document is not a guideline but rather a guidance document. The recommendations

are the result of observations and personal experiencefrom healthcare providers at the forefront of the COVID-19 pandemic. Current evidence related to SARS-CoV-2 and its disease manifestations is observational and prospectively designed interventions are missing to form the basis for evidence-basedrecommendations;

- Thisguidancedocumentdoesnotreplaceanyoftheofficial ESC guidelines and is valid only as long as the pandemic status is maintained by the World Health Organization (WHO);
- This guidance document does not override the individual responsibility of health professionals to make appropriate decisions in the circumstances of the individual patients, and the final decisions concerning an individual patient must be made by the physician(s) responsible;
- The guidance provided in the document should in no way interfere with recommendations provided by local and national health care authorities;
- The pandemic represents a moving target with peak and plateau reached at various ti-

- mepoints in different regions worldwide. Accordingly, some aspects discussed in this document may only apply to regions most heavily affected by the COVID-19 pandemic, whereas other criteria may apply to less affected geographies;
- The document provides only a snapshot with preliminary information that may change and mature overtime with increasing knowledge, evidence from prospective studie sand changes in the pandemic. Therefore, comments may be placed on the website that may be considered by the authors for future updates;
- Currently there is no evidence-based treatment of COVID-19 infections and experimental treatment may have cardiac side-effects. We encourage experimental treatments to be part of controlled trials whenever possible.

You can read the entire guidance at: https://www.escardio.org/Education/COVID-19-and-Cardiology/ESC-COVID-19-Guidance

Fonte: European Cardiology Society

Poliambulatorio Privato ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell' A.M.A.B.

Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna Tel. 366-2876956, **www.amabonline.it** infopoliambulatorioagopuntura@gmail.com





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



Vi opera **personale medico qualificato** che lavora in tutti i campi in cui l'**Agopuntura** ha le sue maggiori indicazioni:

- Cefalee croniche, emicrania
- Dolori dell'apparato muscolo scheletrico
- Patologie gastriche e intestinali
- Patologie dermatologiche
- Patologie ginecologiche



Percorsi terapeutici specifici:

- Trattamento dell' infertilità maschile e femminile e supporto alla procreazione medicalmente assistita
- Trattamento anti-aging
- Trattamento pediatrico

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

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 23 aprile 2020

BASILE CECILIA	320/35.72.084	PASINI GIULIA PAOLA	347/43.08.020
CAPELLI DAVIDE	338/42.62.224	PASOTTI STEFANO	331/78.93.902
CORACI LAURA	338/49.64.036	PIZZUTI VALERIA	329/64.84.160
COZZIO MARGHERITA	347/34.65.649	POLI ALICE	340/98.17.920
FILOMENA GIOVANNI BATTISTA	331/92.88.743	ROGACHEVA NATALIA	338/92.33.678
GUIDETTI CHIARA	338/22.56.914	ENNACIRI SAMIA	328/19.23.036
KAYO FOTIE GERVEL MEZJA FLAVIA	351/94.13.404 334/97.23.311	STEFANINI BENEDETTA	347/82.33.144
MICELI RINALDO STEFANO	339/70.89.889	TERREZZA SARA	351/84.52.508
MICHELI ORIANNA	346/10.08.676	TOMBA SARA	339/11.56.503
PARRILLA GIUSEPPE	392/13.86.811	VALTORTA ALESSANDRO	347/16.43.919

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
COZZI AURORA	Odontoiatra	331/70.98.539
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
PIZZUTI GIOVANNI	Neuropsichiatria Infantile	349/21.25.114
VALBONESI FRANCESCA	Corso di Formazione in Medicina Generale	349/53.28.910



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



CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio a Bologna e provincia



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

CONSORZIATA

CERTIFICATA



















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:



VILLA BELLOMBRA PRESIDIO OSPEDALIERO **ACCREDITATO**

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

Seguici su facebook





sandrostefanelli.com





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

CURE PALLIATIVE E MEDICINA D'URGENZA: DALL'ANTITESI ALL'INTEGRAZIONE

29 novembre 2019 - Aula Magna, Istituto delle Scienze Oncologiche, della Solidarietà e del Volontariato, Via Jacopo di Paolo, 36 - 40128 Bologna

Il convegno che si è tenuto a Bologna il 29 novembre 2019 dal titolo Cure Palliative e Medicina d'Urgenza: dall'antitesi all'integrazione (in memoria della dott.ssa Roberta Grimaldi, direttrice del Pronto Soccorso di Vignola) si è proposto di offrire, agli operatori coinvolti nel percorso di cura del paziente (medici, infermieri, psicologi operanti sia nei Reparti di Medicina d'Urgenza sia nei diversi setting assistenziali quali reparti ospedalieri, ambulatori territoriali, hospice, domicilio) in fase avanzata di malattia, un momento di aggiornamento e di confronto interprofessionale che possa favorire una presa in carico appropriata sia per la persona ammalata sia per i suoi familiari. Infatti, nonostante siano trascorsi ormai quasi 10 anni dalla Legge 38/2010 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", rimane ancora elevato il numero di pazienti end stage che accedono al Pronto Soccorso (PS) e che vengono ricoverati, per poi terminare la loro vita in un reparto per acuti. Grazie alla sempre maggiore capacità di gestione della situazione da parte della medicina d'urgenza e delle cure palliative, la situazione sta via via migliorando, ma è necessario continuare a lavorare insieme per offrire la migliore assistenza possibile e coaliere così i bisogni delle persone che curiamo, senza accanimento e senza abbandono. A questi pazienti è necessario offrire la migliore assistenza possibile, nel senso di cogliere nel modo migliore i loro bisogni, senza accanimento e senza abbandono. Dopo i saluti iniziali ed una breve introduzione della Dott.ssa Raffaella Pannuti, Presidente di Fondazione ANT e della Dott. ssa Giuliana Gavioli del Tecnopolo Mario Veronesi di Mirandola, i lavori si sono aperti con la lettura magistrale Dilemmi etici nella medicina d'urgenza del Dott. Luciano Orsi, del Direttivo Nazionale della Società Italiana Cure Palliative SICP, introdotto dal Prof. Guido Biasco, dell'Università degli Studi di Bologna. La prima sessione L'emergenza clinica nelle patologie croniche degenerative inquaribili: i quadri più frequenti è stata moderata dal Dott. Mario Cavazza, Direttore della Medicina D'Urgenza e PS dell'Azienda Ospedaliero Universitaria S. Orsola-Malpighi di Bologna e dal Dott. Geminiano Bandiera, Direttore della Medicina D'Urgenza e PS Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena. Ĝli interventi della sessione hanno approfondito le patologie oncologiche, cardiache, respiratorie, neurologiche e renali e sono state trattate rispettivamente dalla Dott.ssa Anna Fortuzzi, Oncologa di Fondazione ANT, Dott.ssa Chiara Pedone, Cardiologa Azienda USL di Bologna, Dott. Luca Fasano, Pneumologo Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Dott. Nicola Fini, Neurologo Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena, e Dott. Vittorio Dalmastri, Nefrologo ricercatore dell'Università degli Studi di Bologna. A seguire il focus on: Il ruolo delle Cure Palliative in Medicina d'Urgenza, dove il Dott. Paolo Vacondio, Responsabile della Rete Locale di Cure Palliative Azienda USL di Modena moderatore ha posto il quesito: È possibile un'integrazione? ai relatori intervenuti Dott. Marco Barchetti, dell'Unità Operativa di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso del Nuovo Ospedale di Sassuolo, Dott.ssa Francesca Mengoli, Dipartimento Cure Palliative dell'Azienda USL di Bologna e Dott.ssa Sofia Soccorsa, Medicina D'Urgenza e Pronto Soccorso dell'Azienda USL Bologna che hanno creato un momento di discussione e confronto. La sessione pomeridiana si è aperta con la tematica di quali siano le competenze per l'équipe sanitaria nelle emergenze cliniche in condizioni di life-threatening, moderata dal Dott. Italo Malavasi, Coordinatore Sanitario ANT di Bologna, e il Dott. Fabrizio Moggia, Responsabile Assistenziale per la Rete delle Cure Palliative dell'Azienda USL di Bologna. Sono intervenuti il Dott. Marco Barchetti che ha parlato della formazione specifica per i professionisti dell'emergenza, successivamente il Prof. Egidio A. Moja dell'Università degli Studi di Milano, che ha tenuto un vivace e stimolante intervento sulle conversazioni difficili con i familiari dei malati. La Prof.ssa Carla Faralli dell' Università degli Studi di Bologna, è intervenuta parlando del consenso informato e della condivisione delle decisioni cliniche, infine la Dott.ssa Silvia Varani, Responsabile Nazionale dell'Unità di Psico-oncologia della Fondazione ANT ha esposto le strategie di empowerment psicologico utili in un contesto di fine vita. Gli ultimi interventi del convegno si sono stati presentati nella tavola rotonda dal titolo Dalla casa al pronto soccorso: esperienze cliniche moderata dal Dott. Jacopo Tamanti, della Direzione di Fondazione ANT, e dalla Dott.ssa Monia Menabue, Responsabile del Pronto Soccorso di Vignola dell' Azienda USL di Modena. I relatori hanno presentato dei casi clinici partendo dai diversi setting di appartenenza, dal domicilio al reparto di Pronto Soccorso, dove la Dott.ssa Francesca Imonti, delle Cure Primarie della Rete Locale di Cure Palliative dell'AUSL di Modena, ha trattato dei bisogni e delle volontà del paziente, il Dott. Jaures Serafini medico di Fondazione ANT, ha portato le sue riflessioni cliniche sull'appropriatezza del ricovero ed in ultimo un caso presentato dalla Dott.ssa Parise dell'Unità Operativa di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso del Nuovo Ospedale di Sassuolo. In seguito si sono svolte le conclusioni e la chiusura della giornata. I partecipanti sono stati in totale 98 di cui 41 Medici, 37 Infermieri, 6 Psicologi e 14 uditori. Il convegno è stato qualificato dal Patrocinio gratuito delle Regione Emilia Romagna, dell'Azienda USL di Bologna, dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bologna, dell' Ordine Prov. dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri di Bologna e delle Società Italiana di Cure Palliative SICP.

CONGRESSO TERAPIA FOCALE DEL TUMORE PROSTATICO E RENALE

6-7 dicembre 2019 - Aemilia Hotel - Bologna

In data 6 e 7 dicembre us si è concluso presso l'Aemilia Hotel il primo congresso a Bologna ("La terapia focale del tumore prostatico e renale") sulle innovative tecniche di trattamento minivasivo in campo urologico per quanto concerne i tumori della prostata e del rene. Il Congresso è stato organizzato dal Prof. Brunocilla, Direttore dell'UO di Urologia del Policlinico di Sant'Orsola che da anni si impegna del trattamento mininvasivo e multidisciplinare dei tumori prostatici e renali, in collaborazione con la Dott.ssa Serra, Direttrice del Programmma Dipartimentale di Ecografia Interventistica Diagnostica e Terapeutica che da vari anni rappresenta un riferimento per il trattamento con termoablazione dei tumori del fegato e del rene. Il tumore della prostata è il tumore più diffuso nella popolazione maschile con 37.000 nuovi casi all'anno in Italia e la terza neoplasia per numero di decessi con 7.500 decessi all'anno. Presso la Prostate Cancer Unit del Policlinico di Sant'Orsola vengono discussi circa 700 casi di tumore alla prostata all'anno di cui vengono sottoposti a intervento chirurgico circa 550 all'anno. Negli ultimi decenni la diffusione della chirurgia robotica nel trattamento del tumore della prostata ha portato uno sviluppo e affinamento così alto

che negli ultimi anni ha in pratica soppiantato la tecnica chirurgica tradizionale e presso l'Urologia del Sant'Orsola vengono eseguite circa 400 prostatectomie all'anno con tecnica robotica. Tuttavia, grazie alla diffusione di tecniche di imaging sempre più sofisticato come la risonanza magnetica multiparametrica, è possibile oggi identificare l'esatta sede, forma e dimensione della lesione tumorale all'interno della ghiandola prostatica. Questo ha fatto nascere il concetto di terapia focale, ovvero non asportare con la chirurgia o trattare con la radioterapia tutta la ghiandola, ma cercare di trattare in maniera mirata solo la lesione maligna. Sono nate pertanto varie fonti di energia come crioterapia, terapia fotodinamica e ultrasuoni come HIFU per il trattamento ultra-mininvasivo del tumore prostatico. Attraverso l'emissione di energia direttamente all'interno del nodulo tumorale si ottiene la completa "distruzione" delle cellule maligne e si preserva la restante ghiandola prostatica senza neppure "toccare" lo sfintere urinario né i fasci neurovascolari, limitando quindi le possibili complicanze e sequele come incontinenza urinaria e disfunzione erettile. Inoltre, sebbene il tumore del rene sia un tumore meno frequente rispetto al tumore della prostata, con 12.500 nuovi casi ogni anno e con 3700 decessi all'anno, grazie alla diffusione su larga scala dell'ecografia e della TC, oggi i tumori renali vengono diagnosticati in stadi sempre più precoci e di dimensioni sempre più piccole. Il trattamento standard dei tumori renali di piccole dimensioni (4 cm) è l'asportazione completa del tumore cercando di risparmiare il rene sano; per quanto riquarda i possibili approcci chirurgici, la chirurgia robotica offre indubbi vantaggi nel risparmio del tessuto renale sano circostante con massima precisione durante la dissezione chirurgica. Tuttavia, oggi molti pazienti con diagnosi di tumore renale sono anziani e con multiple comorbidità e affrontare un intervento chirurgico complesso in questi pazienti potrebbe essere un rischio. La terapia focale che viene eseguita o con energia a radiofrequenza o con crioterapia senza necessità di anestesia generale, si sta diffondendo come valido trattamento alternativo alla chirurgia proprio per tumori renali di piccole dimensioni (3-4 cm) che hanno uno scarso potenziale di malignità in pazienti selezionati ad elevato rischio chirurgico. La procedura viene eseguita attraverso un sottile ago che per via percutanea ECO o TC guidata viene introdotto direttamente nella neoplasia e in pochi minuti viene "ablato" attraverso energia a radiofrequenza o crioterapia con una semplice anestesia locale senza necessità di accedere in sala operatoria. In collaborazione con l'unità diretta da Dott.ssa Serra presso il Policlinico Sant'Orsola sono già stati eseguiti oltre 100 trattamenti di ablazione con radiofreguenza di tumori renali con ottimi risultati sia oncologici che funzionali. Durante il Congresso, oltre all'aggiornamento sulle evidenze più attuali in merito sia alla diagnostica che al trattamento del tumore prostatico e renale, sono stati riportati e discussi i risultati preliminari delle differenti tecniche e di energia disponibili per il trattamento focale del tumore prostatico e renale eseguite sia presso il Policlinico Sant'Orsola, sia presso altri centri Italiani di riferimento grazie all'esperienza riportata dal Prof. Carrieri (UO Foggia) per la crioterapia del tumore renale con tecnica percutanea, Dott. Celia (UO Urologia di Bassano del Grappa) per la crioterapia del tumore renale con tecnica laparoscopica e crioterapia del tumore prostatico, Dott. Errani (Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna), per l'elettroporazione delle metastasi scheletriche, Dott. Manenti (UO Urologia Tor Vergata, Roma) per la terapia focale laser del tumore prostatico, Dott. Dehò (UO Urologia Varese) per la terapia fotodinamica del tumore prostatico, Prof. Galosi (UO Urologia Torrette Ancona) e Dott. Dellabela (UO Urologia INRCA Ancona) per la terapia HIFU del tumore prostatico. Inoltre, durante il congresso sono stati discussi alcuni casi clinici complessi in cui il trattamento ablativo si affaccia come alternativa sicura dal punto di vista oncologico e sempre più richiesta sia per la mininvasività sia per i ridotti tassi di complicanze, alle terapie chirurgiche tradizionali.

OSTEOPOROSI: NOVITÀ E PROSPETTIVE

18 Gennaio 2020 - Centro Medico Galliera s.r.l, (CMG), Via della Pace 41, San Venanzio di Galliera (BO)

Il giorno 18 Gennaio 2020, presso il Centro Medico Galliera s.r.l. (CMG). Via della Pace 41, San Venanzio di Galliera (BO), accreditato dal Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna per Endocrinologia, Diabetologia, Fisiatria, Medicina Fisica e Riabilitazione (prot. 18565 / 14-10-2019) si è svolto l'evento di educazione continua in Medicina (ECM) dal titolo "Osteporosi: Novità e Prospettive", con il supporto del Provider B.E. Beta Eventi (ID 687) e il Patrocinio di: Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna, Società Italiana di Endocrinologia (SIE), IRCCS Rizzoli di Bologna, Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, Università degli Studi di Parma, Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) e Comune di Galliera. L'accreditamento è stato effettuato per un massimo 25 partecipanti tra Medici Chirurghi di Medicina Generale, specialisti in Medicina Interna, Endocrinologia e Metabolismo / Malattie del Ricambio, Ortopedia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Radiologia, Dietologia / Nutrizione, Odontostomatologia e Odontoiatri. L'evento è stato coordinato dal Prof. Dott. Roberto Toni, del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma (DIMEC-UNIPR), nell'ambito del progetto DIMEC-UNIPR-Centro Medico Galliera da lui sviluppato sulla Qualità Diagnostico-Terapeutica Ambulatoriale e Linee Guida Nazionali ed Internazionali per le Malattie Endocrine Metaboliche. Hanno partecipato 12 docenti tra ricercatori e specialisti di livello nazionale ed internazionale nel campo della biologia, fisiopatologia, endocrinologia e clinica dell'osso, con particolare competenza nell'ambito dei meccanismi molecolari alla base delle diverse forme di osteoporosi e delle relazioni che l'osso stabilisce con il tessuto adiposo e muscolare, le secrezioni endocrine enterogastropancreatiche, il microbioma orale e intestinale, la regolazione nervosa periferica, l'asse ipotalamo-ipofisi, l'attività psichica. Particolare attenzione è stata rivolta a siti scheletrici con vulnerabilità osteporotica non elettiva come le arcate dentali, il carpo e il tarso, dove compaiono sempre più frequentemente fratture da non unione, di difficile trattamento sia chirurgico che farmacologico, soprattutto nel paziente anziano che ha, oggi, un'aspettativa di vita notevole e quindi un costo di assistenza cronica da parte del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale in continua crescita. Infine, insieme al ruolo svolto dalla nota AIFA 79 sull'appropriatezza prescrittiva di farmaci antirassorbitivi e/o anabolici sull'osso per una personalizzazione della terapia medica dell'osteoporosi, sono stati valorizzati gli aspetti di genere della malattia nonché quelli nutrizionali, motori, riabilitivi e di supporto psicoterapico nella sua prevenzione primaria e progressione a partire dall'osteopenia. In questo contesto, sulla base delle correnti raccomandazioni del Ministero della Salute e del modello della Fracture Unit, è stata anche affrontata l'efficacia e appropriatezza di percorsi diagnostico-terapeutici integrati a livello ambulatoriale per il potenziamento della gestione del paziente osteoporotico da parte della Medicina di Base, dei quali è stato offerto un esempio attualmente operativo presso il Centro Medico Galliera (Unità OSTEONET -CMG).



Certificato





UNI EN ISO 9001:2015 REG. N. 8540

Ricoveri ospedalieri

Post acuzie



Riabilitazione



Pazienti affetti da disordini della coscienza



Ricerca e formazione



Seguici su facebook

SANTA VIOLA PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

Ricoveri privati tempestivi senza lista d'attesa

L'Ospedale Santa Viola è consorziato e associato con:







SANTA VIOLA Presidio Ospedaliero Accreditato

via della Ferriera, 10, Bologna 40133 t. 051 38 38 24 info@santaviola.it



PICCOLI ANNUNCI

Vendo Piezosurgery Touch Mectron con valigietta per il trasporto, Implant Site Preparation kit, Sinus Physiolift Kit Pro, libri e opuscoli annessi, condizioni perfette. Per informazioni tel. 335/8112082.

Struttura accogliente in posizione strategica (vicino Ospedale S. Orsola e ben servita dai mezzi pubblici) mette a disposizione a medici specialisti anche odontoiatri, stanze, uso studio per giornate o mezze giornate. I locali sono arredati e dotati di tutti i servizi inclusa segreteria e accoglienza pazienti. Prezzo personalizzato e proporzionato all'effettivo utilizzo. Per info e visite Tel. 051/301977.

Vendo appartamento di circa 70mq attualmente in locazione come struttura sanitaria regolarmente autorizzata con una rendita annuale del 7%. Contratto in essere 6+6, impianti a norma, lavori di ristrutturazione condominiali già eseguiti, riscaldamento autonomo. Vendo altra struttura confinante con ingresso autonomo di circa 50mq con riscaldamento autonomo, infissi nuovi, libero da subito. Per informazioni tel. 335/5887400.

Nuovo Poliambulatorio mette a disposizione STUDI MEDICI e SALA CHIRURGICA per day surgery. I locali sono dotati di impianto di climatizzazione autonomo e Wi-Fi. Situato in una zona della città in posizione intermedia tra la fiera e la stazione centrale, con ampia possibilità di parcheggio circostante. Alta visibilità con vetrine in affaccio diretto su strada principale. Volendo servizio di segreteria. Scrivere a progettosorriso2014@gmail.com o telefonare al 3313178721.

Nuovo Poliambulatorio mette a disposizione STUDI ODONTOIATRICI e SALA CHIRURGICA per chirurgia avanzata day surgery. I locali sono dotati di impianto di climatizzazione autonomo e Wi-Fi. Situato in una zona della città in posizione intermedia tra la fiera e la stazione centrale, con ampia possibilità di parcheggio circostante. Alta visibilità con vetrine in affaccio diretto su strada principale. Volendo servizio di segreteria. Scrivere a progettosorriso2014@gmail. com o telefonare al 3313178721.

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

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.

ICOMPARTO 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 assicurativo, 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.





Ti offriamo un **confronto comparativo gratuito** tra tutte le compagnie assicurative.

Informati ora, il tuo consulente è sempre a disposizione!

Attilio Vincitorio 335.5253290

Giovanni Barbieri 329.2292122