Bollettino Notiziario

anno li - N° 7 luglio 2020

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

IN QUESTO NUMERO

- **La lezione del Coronavirus,** Alessandro Nobili, p. 5
- **Microbiologia Clinica,** Maria Carla Re, p. 6
- **Humanitarian Aids,** Franco Naccarella, p. 13

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna - Tel. 051.399745
ISSN 2281-4744 (*edizione a stampa*) - ISSN 2281-4825 (*edizione digitale*)

VILLA RANUZZI

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

VILLA SERENA

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

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

CONSORZIATE E ASSOCIATE CON

CERTIFICATE

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Anaste
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ

E.C.H.O.

Seguici su facebook

VL Vincitorio & Lo Gatto
servizi assicurativi

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

Vincitorio & Lo Gatto - Via G.Dagnini 14, Bologna - 051.6241500 - subagenti@assibo.com

Certificato

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

SANTA VIOLA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

Ricoveri privati tempestivi senza lista d'attesa

L'Ospedale Santa Viola
è consorziato e associato con:

COLIBRÌ® E PLURIBUS UNUM CONSORZIO OSPEDALIERO

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

Uehp European Union of Private Hospitals

Ricoveri ospedalieri

Post acuzie

Riabilitazione

Pazienti affetti da disordini della coscienza

Ricerca e formazione

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

Seguici su facebook

Autor. Sanitaria N. PG 196321 del 14.05.2018

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

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 GIUGNO 2020 è stato consegnato in posta il giorno 8/7/2020

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

SOMMARIO

ANNO LI - LUGLIO 2020 N° 7

ARTICOLI

La lezione del Coronavirus • **5**

Microbiologia Clinica a 360° • **6**

Humanitarian Aids, Medicines and Children and Mothers Essentials Foods Teheran 23-08-2018 to Iran Iraq and Siria by Religious and No Religious No Profit Organizations • **13**

Memoria Pestis • **22**

Quante Gastroscopie per controllare la Metaplasia Intestinale Gastrica (MIG): Una, Nessuna o Centomila? • **25**

"I topi non devono fumare" • **27**

NOTIZIE • **30**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **30**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **30**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

Andrea Mantegna, *Ritratto di Francesco Gonzaga*, tempera su tavola (25x18cm) 1462, Napoli, Museo e Gallerie Nazionali di Capodimonte

L'esigenza di documentare e di commemorare diventa la forza della ritrattistica del XV secolo. Fu Ludovico Gonzaga ad affidare ad Andrea Mantegna la decorazione della Camera degli Sposi a Mantova. Un ciclo di affreschi da considerarsi come un monumentale gruppo ritrattistico della famiglia Gonzaga. L'effigiato in copertina è il giovane Francesco Gonzaga, figlio di Ludovico: il ritratto è la commemorazione all'investitura della porpora cardinalizia. È un ritratto di profilo che segue il modello delle effigi su medaglia. Mantegna riprende la formula tradizionale che Pisanello aveva introdotto più volte rappresentando il volto di profilo. L'incarnato è liscio, uniforme e luminoso. Nonostante il modello non ci guardi, Mantegna ha interpretato il puro orgoglio e la fermezza come virtù del giovanissimo Francesco.

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

La lezione del Coronavirus

Alessandro Nobili

Quando l'epidemia finirà, non è da escludere che ci sia chi non vorrà tornare alla sua vita precedente. Chi, potendo, lascerà un posto di lavoro che per anni lo ha soffocato e oppresso. Chi deciderà di abbandonare la famiglia, di dire addio al coniuge o al partner. Di mettere al mondo un figlio o di non volere figli... *Così comincia la lettera scritta dal celebre scrittore israeliano David Grossman circa all'inizio della pandemia. Nel proseguio di quel testo egli rifletteva su come il virus ci avrebbe cambiato. Su come molti di noi si sarebbero improvvisamente accorti della caducità della vita. Siamo tecnologici, digitalizzati, vaccinati, disponiamo degli antibiotici e di molti altri farmaci impensabili sino a poco tempo fa. La medicina e la chirurgia, così come altre scienze, hanno compiuto passi giganteschi nel volgere di pochi lustri. Ci sentivamo invincibili. Continuavamo a correre, a prendere treni ed aerei, a darci da fare senza risparmio per modellare il futuro sulle nostre ambizioni e desideri. Poi è arrivato il virus, e la vita si è fermata. Molto di ciò per cui ci affannavamo ha visto scemare ed a volte crollare il proprio valore. In questa vita rallentata abbiamo avuto tempo di leggere e di pensare. Molti hanno capito che la vita che stavano vivendo non era la loro. Abbiamo imparato a dare il giusto prezzo al tempo. Abbiamo ritrovato il piacere della contemplazione, in un bagno di realismo ed umiltà. Ma poi la fase critica è passata, ed il mondo deve rimettersi in moto. Il prezzo che abbiamo pagato, in termini di contagi e di vite umane, è riportato negli asettici ed a volte tragici bollettini dell'Istituto Superiore di Sanità. Il prezzo economico lo abbiamo appena cominciato ad avvertire. Poi c'è un prezzo umano e sociale. Il distanziamento è certamente opportuno, e lo sarà ancora per molto tempo. Ma, come ha detto qualcuno, distanziamento e socialità (che è l'essenza della società) sono agli opposti. Si esce per lavorare (laddove non sia possibile lo smart working) e per necessità. Quasi mai per incontrarsi e socializzare. E quando usciamo (senza mostrare il volto..) ci aggiriamo circospetti, schivando chi ci viene incontro. Spesso abbassando persino lo sguardo. Viviamo frugalmente e sottotraccia. Nessun ricordo dell'hybris che sino a poco fa ci aveva indotto, come novelli Prometeo, a crederci imbattibili, tanto da sfidare gli dei... Escono ridimensionate l'ambizione e la vanità che, pur fatalmente soggette ad eccessi, costituiscono uno dei più efficaci motori del progresso. Così come l'inclinazione al compromesso, altro pilastro della convivenza sociale. Dietro l'angolo potrebbe esserci un tunnel di nichilismo. Ovvero un niente, perché in fondo niente vale la pena di programmare. Ma come ci insegna René Daumal* (Il Monte Analogo, *Adelphi)*: "Cercando di dare, si vede che non si ha niente, vedendo che non si ha niente, si cerca di dare se stessi, cercando di dare se stessi, si vede che non si è niente, vedendo che non si è niente, si desidera divenire, desiderando divenire, si vive". *Forse è anche questa la lezione del coronavirus.*

Microbiologia Clinica a 360°

Maria Carla Re*

Intervista di **Alessandro Nobili** *alla professoressa Maria Carla Re, Direttore UO Microbiologia, Dipartimento della Medicina Diagnostica e della Prevenzione, Policlinico S.Orsola di Bologna.*

Da Semmelweis alle vaccinazioni sistematiche, attraverso l'epocale scoperta degli antibiotici. Quali i nuovi orizzonti, con particolare riferimento alle ripercussioni cliniche, della microbiologia?

La storia della medicina è estremante interessante e conoscerla non rappresenta un esercizio culturale ma ci permette di capire attraverso quali percorsi (spesso difficili e osteggiati) siamo arrivati a comprendere le malattie. Ignaz Semmelweis è stato un precursore della microbiologia, pur non sapendo di esserlo.

In realtà, questo grande medico del XIX secolo capì che una corretta igiene può prevenire le infezioni. E ancora oggi, che stiamo vivendo l'emergenza Covid-19, continuiamo a sottolineare che la prevenzione si attua *anche* attraverso un lavaggio corretto delle mani.

Creare un percorso di prevenzione, che possa essere accettato, metabolizzato e quindi applicato è spesso difficile. E sempre ricordando Semmelweis, le sue teorie, così come chi lo ha preceduto e chi lo ha seguito nei secoli successivi, è stata spesso energicamente contrastata dalle autorità scientifiche dell'epoca. Ci basti ricordare Edward Jenner, Louis Pasteur, Émile Roux, David Semple e così via...

Oggi viviamo un grande momento di prevenzione proprio grazie ai vaccini. Sicuri e protettivi, rappresentano uno strumento fondamentale per la prevenzione di diverse malattie infettive e uno degli interventi più efficaci in Sanità Pubblica, anche se troppo spesso osteggiati e negati da alcune comunità.

Possiamo dire, con grande certezza, che la disponibilità dei vaccini e la possibilità di nuovi farmaci – non solo antibatterici – ma anche antivirali hanno completamente cambiato la

situazione e offerto a chiunque un grande ventaglio di possibilità.

Negli ultimi due secoli la ricerca biomedica ha compiuto passi giganteschi e ne sono testimoni il notevole incremento delle aspettative di vita (almeno nei Paesi industrializzati) ed il contenimento in numeri irrisori o, addirittura, l'eradicazione totale, di malattie che per millenni hanno chiesto al genere umano un tributo notevole di sofferenze o di vite. Basta pensare alla eradicazione del vaiolo dall'intero pianeta, alla pressoché totale scomparsa della peste, della difterite, della poliomielite etc., tutte malattie che, fino a non molto tempo fa, erano una costante minaccia per l'intera popolazione mondiale. Per non dire dei risultati dei trapianti d'organo e di midollo osseo che hanno sovvertito la prognosi, altrimenti infausta, di vasti settori di patologia, o dei materiali protesici e delle

nuove tecniche chirurgiche mini-invasive che consentono di riparare danni altrimenti gravemente invalidanti o addirittura mortali.
È tale, la quantità di elementi positivi per la salute umana che sono scaturiti dalla ricerca biomedica negli ultimi decenni, che l'opinione pubblica non si stupisce più degli enormi successi che essa ha ottenuto e continua ad ottenere e dei suoi grandi, positivi riflessi sulla salute dell'uomo. Anzi, quando una situazione clinica non evolve positivamente – come, nelle aspettative generali, si pretende oramai come un fatto scontato – è subito pronta l'accusa di *malasanità*!
Bisogna invece rendersi conto che siamo ancora lontani dal possedere le conoscenze necessarie e sufficienti a controllare tutte le situazioni patologiche e che la continua evoluzione degli usi e dei costumi, la globalizzazione degli scambi di merci e popolazioni, ed il continuo mutare delle condizioni climatiche, ci pone sempre di fronte a nuove cause di malattia.
E gli scenari microbiologici, proprio anche in funzione di quanto abbiamo detto, sono sempre più ampi. I compiti di diagnosi di infezione, di offerta di pannelli di farmaci nei confronti di microorganismi eventualmente isolati in coltura o evidenziati con tecniche avanzate di biologia molecolare sono in continua evoluzione... così come sono in continua evoluzione la presenza di nuove infezioni, come abbiamo visto in questa era di Covid-19. Ma non dimentichiamo che molte delle più importanti sfide in campo sanitario derivano dalle complesse interazioni tra gli esseri umani, gli animali e gli ecosistemi in cui vivono. Ne sono chiari esempi la diffusione di infezioni emergenti o riemergenti e le resistenze antimicrobiche.

Come evoluzione del classico antibiogramma, si può pensare ad un test di costo contenuto e dal risultato prontamente disponibile per evidenziare il microbioma di un determinato contesto organico? Un test rapido sulla cui base il clinico potrà modulare la terapia ed i successivi interventi?
Il classico antibiogramma prevede l'isolamento di un microorganismo batterico in coltura pura a partire da un materiale patologico e un successivo test (diffusione su agar o diluizione in brodo) in cui il ceppo viene esposto a concentrazioni note di un farmaco antimicrobico. Dopo opportuna incubazione, viene valutato se il ceppo batterico è in grado di crescere o meno in presenza del farmaco (resistente/sensibile) e si può ottenere la minima concentrazione di farmaco (MIC in mg/L) capace di inibire la crescita del microorganismo stesso. Questo approccio permette di ottenere informazioni precise e puntuali sulla sensibilità/resistenza di un dato microorganismo a un farmaco e di testare più farmaci contemporaneamente, in modo da indirizzare la terapia in maniera efficace. D'altra parte, il classico antibiogramma richiede fino a due giorni prima di poter ottenere un risultato (14-16 ore per isolamento batterico da materiale patologico + 14-16 ore per arrivare alla lettura antibiogramma).
Negli ultimi anni, ai classici antibiogrammi fenotipici, si stanno affiancando metodiche genotipiche/molecolari che permettono di ottenere risultati robusti ed affidabili in tempi molto più rapidi (circa 1-2 ore). Questi test molecolari si basano sul rilevamento di geni di resistenza direttamente a partire dal materiale patologico (es. tampone della mucosa rettale, bronco lavaggio, aspirato bronchiale) senza necessità di effettuare un isolamento in coltura. In questo modo, tramite metodiche di amplificazione degli acidi nucleici (es. PCR real-time), è possibile individuare geni di resistenza in una specifica nicchia ecologica (es. microbioma del tratto intestinale, microbioma delle vie respiratorie). Ad esempio, simultaneamente, possono essere ricercati i geni responsabili della resistenza alla meticillina (es. mecA e mecC), ai glicopeptidi (vanA/vanB), alle cefalosporine (beta-lattamasi a spettro esteso) e ai carbapenemi (carbapenemasi). Questo approccio rapido permette così di individuare la presenza di uno o più determinanti genetici di resistenza agli antimicrobici in uno specifico microambiente batterico in modo da attuare una terapia farmacologica più mirata e iniziare programmi dedicati di sorveglianza (es. isolamento di un paziente colonizzato con enterobatteri produttori di carbapenemasi) e stewardship antimicrobica (es. escalation/descalation di farmaci).

Rispetto al classico antibiogramma, questi test molecolari non consentono però di determinare a quale microorganismo specifico appartenga il gene di resistenza individuato.
Sebbene questi test abbiano ancora costi medio-alti rispetto al classico antibiogramma, trovano sempre più spazio nella pratica routinaria di laboratorio. Nel prossimo futuro saranno sempre più utilizzati, soprattutto in realtà cliniche complesse (es. unità di terapia intensiva, onco-ematologia...) dove la presenza di informazioni rapide e affidabili sulla resistenza ai farmaci può impattare fortemente sulla sopravvivenza del malato, permettendo una migliore gestione clinica e terapeutica.

Antibiotico resistenza: oltre ad una maggior consapevolezza della gente (medici compresi) al fine di farne un uso mirato, di quali contromisure disponiamo dal punto di vista biologico e/o farmacologico? Cosa c'è, oltre all'uso improprio degli antibiotici, alla base del fenomeno dell'antibiotico resistenza?
Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza deve essere considerato oggi sia dal punto di vista delle motivazioni che sono alla sua base, sia dal punto di vista degli interventi da mettere in atto per contenerlo, con un approccio del tipo "One Health", che coinvolga cioè più discipline professionali (medicina umana e veterinaria, settore agroalimentare, ricerca, comunicazione, economia) che operano a livello di saluta umana, salute animale e ambiente.
In campo medico, negli esseri umani che ricevono, non sempre in modo appropriato, antibiotici per il trattamento delle infezioni, i batteri possono sviluppare resistenze come processo adattativo naturale (pressione selettiva). I batteri resistenti possono poi essere trasmessi soprattutto all'interno di strutture sanitarie tra pazienti e pazienti o tra pazienti e visitatori, tramite contatto diretto mediato da mani non correttamente igienizzate o con materiale contaminato.
Anche gli animali sottoposti a trattamenti con antibiotici – spesso a fine di promozione della crescita negli allevamenti, più che per motivi terapeutici – possono sviluppare e quindi veicolare batteri antibiotico-resistenti. Questi possono quindi essere presenti nella carne cruda e si possono diffondere all'uomo per via alimentare, oltre che per contatto diretto con gli animali.
Inoltre l'utilizzo di fertilizzanti di origine animale può comportare la diffusione di batteri antibiotico-resistenti nei vegetali e anche nelle falde acquifere, nei fiumi e nei laghi. Il turismo e le importazioni di derrate alimentari rappresentano poi una rapida via di diffusione di batteri resistenti oltre i confini nazionali.
Considerando quello che è il razionale alla base dell'antibiotico-resistenza è quindi fondamentale per contenere il fenomeno intervenire su questi aspetti critici:
– promozione dell'utilizzo appropriato degli antibiotici in campo umano e veterinario;
– prevenzione delle infezioni, ed in particolare di quelle correlate all'assistenza, spesso sostenute da batteri antibiotico-resistenti, e controllo della loro diffusione;
– sviluppo di nuovi antibiotici o di trattamenti alternativi;
– miglioramento della sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in medicina umana e veterinaria;
– promozione della ricerca e dell'innovazione;
– comunicazione, educazione e formazione.

HIV: non si è mai arrivati ad un vaccino. Si dice perché costerebbe di più che curare gli ammalati con i farmaci antiretrovirali, oggi molto efficaci. È così?
Personalmente non penso che sia così. Ci sono stati innumerevoli tentativi di fare un vaccino nei confronti di Hiv, ma nessun tentativo è stato chiuso con successo. Conosciamo questo virus fin dagli anni Ottanta (anche se numerose evidenze scientifiche certificano la sua presenza anche in date precedenti), conosciamo la maggior parte dei suoi meccanismi patogeni, sappiamo quali sono i recettori e i corecettori che permettono la sua entrata a livello della cellula target, abbiamo una serie di farmaci in continua evoluzione, in grado di controllare l'infezione ma non di eradicarla.
Questo perche il virus è in grado di latentizzarsi a livello delle nostre cellule – almeno in alcuni citotipi cellulari – e creare dei *reservoir* in grado di mantenere il virus e di non essere

raggiunti, almeno al momento, dai farmaci a disposizione.
Inoltre è un virus a RNA e come tutti i virus a RNA è un virus infedele, incapace di correggere gli errori che genera durante il suo ciclo di replicazione, il che determina un notevole numero di mutazioni che si verificano durante la replicazione del genoma virale e i neovirioni che si producono al termine di ogni ciclo di replicazione presentano leggere ma significative modificazioni nel *make-up* antigenico.
Tutto ciò rende difficile trovare un vaccino che determini una risposta immunitaria protettiva nel soggetto.
Infatti in seguito all'infezione che si verifica nel soggetto colpito, la risposta immune che si produce, tuttavia, benché molto intensa e, almeno inizialmente, in grado di tenere sotto controllo l'infezione virale, non è in grado di portare alla eliminazione dell'infezione (in altre parole non si produce una risposta immune "sterilizzante").
Ritornando al concetto dei farmaci, sicuramente la metà degli anni Novanta sono caratterizzati dal grande successo terapeutico con la messa a punto della triplice terapia, oggi in parte superata e migliorata da nuove ed efficaci molecole. Ma la conseguenza di una terapia a vita (come abbiamo detto il virus si latentizza e persiste all'interno delle nostre cellule), accompagnata, in alcuni casi da una non ottimale *compliance* da parte del paziente, può portare all'insorgenza di ulteriori mutazioni correlate a farmaco-resistenza. E la resistenza ai farmaci che abbiamo imparato dagli antibiotici, deve essere tenuta seriamente in considerazione non solo per HIV, ma anche per altri virus che prevedono approcci terapeutici di lunga durata.

A proposito di malattie virali per le quali non esiste una terapia eradicante, molto e sempre più diffuse sono le varie forme erpetiche. Ci sono prospettive nuove al riguardo?
Gli Herpes sono dei virus ben noti, che hanno la caratteristica di indurre nell'ospite una infezione latente in grado a sua volta di riattivarsi. L'esempio classico a tutti noto è sicuramente rappresentato dall'herpes simplex che una volta entrato nell'ospite permane all'interno delle nostre cellule per tutta la vita. Pertanto, pur potendo rimanere *silenzioso* (latente) per lunghi periodo di tempo, in seguito a una serie di stimoli differenti locali (per esempio lesioni in corrispondenza delle zone innervate dai neuroni sensitivi, infetti latentemente) o generali (stress, alterazioni ormonali, ipertermia), il virus si può riattivare e dare luogo alla manifestazione clinica. Se nel soggetto immunocompetente, tale situazione non genera problemi gravi, nel soggetto immunodepresso può determinare situazione severe.
Ma non abbiamo un vaccino nei confronti del simplex (sia di tipo 1-responsabile dell'erpete labiale e della gengivo-stomatite erpetica) sia di tipo 2 (responsabile dell'erpete genitale) almeno al momento, anche se alcuni studi sono molto promettenti e sembrano darci qualche speranza concreta. Abbiamo invece un vaccino nei confronti di un altro Herpes ed esattamente dell'Herpes zoster. Come ben sappiamo l'infezione da Herpes zoster è la conseguenza della riattivazione del virus varicella-zoster (VZV). E un soggetto che ha contratto la varicella nell'età infantile potrà sviluppare l'Herpes zoster nell'età adulta. Questo perché nel soggetto guarito da varicella, il virus non viene eliminato completamente e si rende inaccessibile al sistema immunitario; quando si verifica un calo delle difese immunitarie (come per esempio nel soggetto anziano) il virus può riattivarsi dando vita alla manifestazione clinica tipica caratterizzata da un dolore intenso nell'area innervata che precede la presenza di vescicole simili a quelle della varicella. Le complicanze non sono da sottovalutare in quanto possono andare dalla nevralgia post erpetica all'herpes oftalmico.
E il vaccino è in grado di ridurre la probabilità di herpes zoster del 50-70%, e lo sviluppo di nevralgia post erpetica di quasi il 70%. Inoltre teniamo in considerazione che la vaccinazione può essere fatta a partire dai 50 anni d'età e in Emilia-Romagna viene offerta gratuitamente e attivamente alle persone nell'anno del compimento del loro 65° anno di vita.
E questo ci deve fare meditare perché oggi diventa sempre più importante avere vaccini che ci permettano di prevenire anche patolo-

gie tipiche dell'età adulta. È una nuova sfida generata dall'allungamento della vita e dalla prospettiva – indispensabile – di una migliore qualità di vita
Quindi se il mantenimento di elevate coperture nei bambini è garanzia del controllo delle malattie infettive in età infantile, oggi abbiamo a disposizione una serie di vaccini (anti-influenzali, anti pneumococco e anti zoster) che possono proteggerci in età avanzata. Forse c'è ancora da lavorare su questa tematica, cercando di diffondere il messaggio che salute e qualità di vita possono essere perseguiti proteggendoci e proteggendo chi ci sta vicino.

Quali sono le caratteristiche peculiari del Genoma virale Sars Cov-2?
Siamo di fronte a un virus a RNA e in particolare appartiene alla famiglia dei Coronavirus. Se prima del 2002 i coronavirus li conoscevamo come agenti del raffreddore comune e caratterizzati dalla replicazione nelle cellule ciliate dell'epitelio mucoso delle prime vie aeree respiratorie, con bassa capacità di diffondere a livello delle vie respiratorie profonde, più recentemente – e parliamo del 2002/2003 – ci siamo dovuti confrontare con un altro coronavirus, responsabile della Sars, che ha fatto registrare 8098 soggetti infetti con un tasso di mortalità del 9% e che si è diffuso in 26 Paesi nel mondo. E dopo 10 anni ecco la Mers con un numero di casi più contenuti (1728 casi distribuiti in 27 paesi).
E poi tra la fine del 2019 e l'inizio del 2020 scoppia nel mondo la pandemia da Sars Cov-2, oggi identificato anche con l'acronimo Covid-19. E qui comincia una nuova storia, la cui gravità ha creato una emergenza drammatica a livello globale, con un numero elevatissimo di pazienti con sintomatologia grave, che hanno necessitato di ospedalizzazione e con un numero di decessi a cui non eravamo preparati. Stiamo cominciando a conoscere questo virus, e a conoscerne i meccanismi patogenetici alla base della sua virulenza.
Oggi abbiamo molti dati, ma teniamo in considerazione che molte domande sono ancora aperte e che necessitano ancora di risposte.
Come abbiamo detto questo è un virus a RNA quindi a un virus che è in grado, durante il suo ciclo replicativo, di mutare costantemente. Lo abbiamo imparato dal virus influenzale, da ebola, da HIV. E queste mutazioni, che avvengono in numero elevato durante le fasi replicative del virus, possono portare a delle mutazioni che permetteranno al virus stesso di trovare nuovi recettori su altre cellule, di modificarne (sia in senso positivo, sia in senso negativo) il suo potere patogeno, di permettergli, forse – anche se pochi sono d'accordo su questo punto – un ulteriore salto di specie. Se il virus fosse stabile, l'immunità prodotta, detto in modo molto semplice, ci permetterebbe di avere una protezione dei confronti di successivi contatti con lo stesso agente patogeno. Invece i virus a RNA sono virus proni a mutazioni, che potrebbero essere alla base di un variegato spettro di infezione.
Ancora oggi dobbiamo essere cautelativi, usare le mascherine, non andare nei luoghi affollati, sia per limitare la diffusione sia perché più gente s'infetta più aumentano le probabilità che il virus si modifichi. La prevenzione è un concetto basilare. Limitare la diffusione è indispensabile per abbassare le probabilità che il virus muti.
Oggi ci sono molti ricercatori che hanno focalizzato la propria attenzione e i propri sforzi per studiare a fondo il genoma di questo virus al fine di chiarirne le caratteristiche e le eventuali capacità di provocare sintomatologie diverse (da polmoniti interstiziali a forme più lievi e paucisintomatiche). In altre parole, approfondire i dati sulle varianti genetiche del virus potrebbe farci capire se alcune specifiche varianti geniche possano influire sull'andamento della malattia (forme severe, forme pauci/oligo-sintomatiche).

Sars Cov-2: Test Tampone naso-faringeo, test goccia di sangue, test anticorpi umorali con prelievo di sangue venoso. Quali i pregi ed i difetti di ciascuno?
Eseguire una indagine su tampone o verificare la presenza di anticorpi specifici su siero o plasma rappresentano approcci diversi. Si può effettuare la diagnosi diretta di infezione andando a ricercare nel campione delle vie respiratorie (mediante tampone naso-faringeo

o espettorato o BAL [lavaggio bronco alveolare]) la presenza del genoma virale, quindi l'RNA di Covid-19. A tale proposito vengono utilizzate metodiche di biologia molecolare (real-time RT-PCR - Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction) per l'amplificazione dei geni virali maggiormente espressi durante l'infezione).
Ma anche in questo caso abbiamo ancora molte domande a cui rispondere. E le domande sono le domande che nascono da questa nuova e drammatica esperienza. Quando dura l'eliminazione del virus nel soggetto colpito dall'infezione? La presenza di Covid-19 RNA è sempre sinonimo di virus attivo e capace di infettare? Sicuramente le nostre indagini diagnostiche hanno l'obiettivo di verificare la presenza dell'RNA virale (quindi del genoma di Covid-19) ma dobbiamo tenere in considerazione che la presenza di RNA, soprattutto se a livelli contenuti, non è correlata sempre e comunque a RNA competente, cioè in grado di formare un virus infettante (trasmissibile), soprattutto nelle fasi finali della malattia. In altre parole, la presenza di tracce di RNA non implica che il virus sia attivo e abbia una carica infettante sufficiente per la sua diffusione.
Oggi, dopo un inizio difficile per tutti i laboratori coinvolti nella diagnosi, una aumentata produzione di reagenti, un'acquisita esperienza nel campo, l'introduzione nel mercato di test effettuabili in tempi brevi, le certificazioni dei test, hanno portato a un netto miglioramento delle nostre attività di laboratorio.
E per quanto riguarda la sierologia se ne è parlato tanto e tanto si sta facendo. Questi test sono molto importanti per gli studi di sieroprevalenza, ovvero per capire lo stato di diffusione del virus in specifici gruppi a rischio (come per esempio gli operatori sanitari, i soggetti residenti nelle CRA, o in altro tipologie di comunità), oppure per valutare lo stato di immunizzazione della popolazione generale. Inoltre avrebbero un valore estremamente importante anche per valutare, quando ci sarà, la risposta a un vaccino.
I primi test rapidi (su goccia di sangue), basati su dispositivi di semplice utilizzo, non hanno evidenziato livelli sempre accettabili di sensibilità e specificità.
Oggi sono migliorati e pur permettendo di avere un risultato in pochi minuti (circa 15 min.) forniscono un risultato qualitativo. Ma abbiamo a disposizione anche test di secondo livello, e quindi più sensibili e più specifici. Ma quello che ritengo più importante sarà il dato su cui tutti stanno lavorando, ma che necessita tempi lunghi e che dovrà rispondere alla domanda: i soggetti con anticorpi evidenziabili con i test attuali, saranno soggetti protetti da eventuali nuove infezioni, che si potranno verificare nel prossimo futuro? sono anticorpi in grado di neutralizzare il virus? Gli anticorpi prodotti sono anticorpi che permarranno nel tempo?

Quali le prospettive per l'autunno, e quale sarà il ruolo del vaccino anti-Covid-19?
Io non ho certezze. Si possono fare delle ipotesi, ma solo delle ipotesi. Siamo passati alla fase due, perché il numero dei casi gravi era nettamente diminuito. Le speranze sono tante, ci lavora tutto il mondo. Un vaccino però prevede diverse fasi sperimentali prima di essere disponibile su larga scala, in realtà nessun può dire quando sarà pronto. Vedremo poi se si tratterà di un vaccino preventivo o terapeutico. A causa della recente scoperta del virus e della difficoltà di prevedere il tipo di risposta immunitaria prodotta, le strategie adottate risultano molto diversificate fra loro.
Sicuramente oggi c'è un grande fermento sul vaccino e molti centri di ricerca sono impegnati a questo proposito. E mi piace ricordare tra i candidati vaccini uno nasce proprio in Italia presso l'Istituto di Ricerca di Biologia Molecolare (irbm) di Pomezia, insieme all'Università di Oxford. E sono già in corso i test sperimentali di fase 3 in Inghilterra e in Brasile su 10.000 volontari.
C'è un solo risvolto positivo nel Covid-19 ed è il silenzio dei No Vax. Forse avremmo potuto risparmiare tempo all'inizio di questa pandemia se tutte le persone si fossero vaccinate contro l'influenza... Invece abbiamo fatto tamponi a chi, magari, aveva solo l'influenza, rubando tempo a chi cercava di sopravvivere. Inoltre le due patologie possono sommarsi, aumentando il rischio di complicanze. Ogni anno l'influenza ha costi so-

ciali ed economici altissimi. Mi auguro che questa dura lezione, che mai avrei voluto vivere, ci serva per il futuro.

Senza indulgere in apocalittiche previsioni del genere "Spill over", una pandemia del tipo Sars Cov-2, ovvero di queste proporzioni, era prevedibile?

Io sono sempre stupefatta di fronte ai virus, nostri nemici invisibili, alle loro capacita di replicarsi, di silenziarsi, in alcune occasioni, di innescare delle patologie diverse. L'esperienza fatta studiando HIV mi ha insegnato molto sul passaggio dei virus dagli animali all'uomo. Allora si trattava delle scimmie e negli anni Ottanta la mortalità per Aids era altissima. Poi si è capito (era il 1985) che si poteva arginare la diffusione del virus controllando tutte le donazioni di sangue, le donazioni di organi, evitando rapporti sessuali non protetti, in seguito si sono trovate terapie efficaci e oggi possiamo dire che si è riusciti a ottenere la cronicizzazione della infezione.

Come abbiamo già sottolineato, molte delle più importanti sfide in campo sanitario derivano dalle complesse interazioni tra gli esseri umani, gli animali e gli ecosistemi in cui vivono. Ne sono chiari esempi la diffusione di Ebola virus, West Nile virus, Nipah virus, Hanta virus, Creutzfeldt-Jakob disease, Sars, Mers, Highly Pathogenic Avian influenza (HPAI) viruses, dengue, Tick Borne Encephalitis e naturalmente Covid-19.

Il salto di specie è un fenomeno noto, atteso in virologia e non solo. In particolare alcune infezioni, caratteristiche del mondo animale, possono in seguito manifestarsi nell'uomo o in generale in altre specie.

Ecco, ce lo potevamo aspettare. Alla base di tutto ciò è la capacità adattativa dei virus.

Dobbiamo lottare con tutte le nostre forze e utilizzare questa terribile esperienza per migliorare. La salute dell'uomo è strettamente correlata alla salute dell'animale e dell'ambiente. Oggi si parla molto di "One Health" che deve prevedere lo sforzo collaborativo di più discipline – che lavorano a livello locale, nazionale e globale – per raggiungere una salute ottimale per le persone, gli animali e l'ambiente.

Non solo Covid...Quali sono le minacce infettive contro le quali i medici, ed in particolare i medici del territorio, dovranno stare in guardia in un prossimo futuro?

A questo proposito non posso non richiamare gli Obiettivi 2030, identificati dalle Nazioni Unite, per lo sviluppo sostenibile (Sdg). Ci sono molti punti che devono essere richiamati e che si basano nel potere assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età. Le minacce vanno eliminate studiando il problema e cercando di capire quali strade percorrere per evitarle, o almeno per renderle meno drammatiche per la nostra salute. E in questo contesto l'approccio OH è indispensabile per realizzare molti degli obiettivi 2030.

Ma se parliamo di malattie infettive dobbiamo ricordare che uno degli obiettivi da raggiungere, entro il 2030, è proprio rappresentato da patogeni già noti, come HIV, tubercolosi, malaria, malattie tropicali trascurate, l'epatite, le malattie legate all'uso dell'acqua e altre malattie trasmissibili.

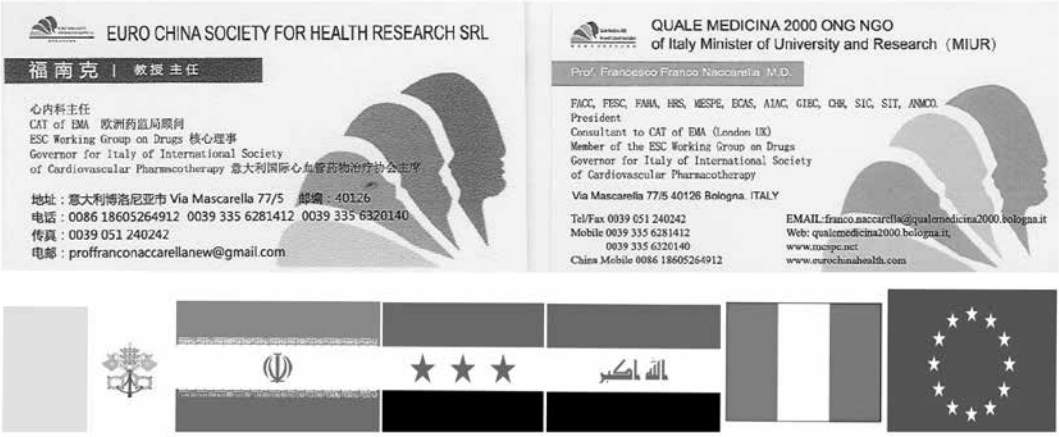
Bisogna, citando quanto scritto nei documenti ufficiali dell'Onu, velocizzare l'andamento dei progressi fatti nella lotta contro i patogeni che abbiamo appena menzionato e altre malattie trasmissibili ed epidemiche; bisogna anche impegnarsi fortemente per controllare la crescita della resistenza anti-microbiotica e per combattere tutte quelle malattie normalmente trascurate che affliggono i Paesi in via di sviluppo.

Ma soprattutto, e così vorrei concludere, dobbiamo attivare e applicare la prevenzione. Bisogna bloccare il fenomeno indicato come *vaccine hesitancy*, caratteristica frequentemente osservata nei Paesi industrializzati, fare capire i rischi che si incorrono non vaccinandosi, essere il grado di sostenere la ricerca e lo sviluppo di vaccini e farmaci per le malattie trasmissibili, sostenendo la ricerca di base e la ricerca clinica.

Insomma il 2030 è domani!

*** Prof.ssa Maria Carla Re,**
Direttore UO Microbiologia, Dipartimento della Medicina Diagnostica e della Prevenzione
Policlinico S. Orsola di Bologna
Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna
Tel 051 214 4510

Humanitarian Aids, Medicines and Children and Mothers Essentials Foods Teheran 23-08-2018 to Iran Iraq and Siria by Religious and No Religious No Profit Organizations

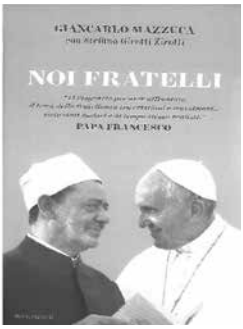


To the Kind Attention of

Mons Claudio Celli, Archibishop Catholic Church, President Emeritus of the Pontifical Council for Social Communications, https://en.wikipedia.org/wiki/Claudio_Maria_Celli

Cc Se Achille Silvestrini, Avv Mimmo Telesca, Villa Nazareth Roma, Vatican diplomatic corps, either in Rome or abroad. He was Prefect of the Congregation for the Oriental Churches. https://en.wikipedia.org/wiki/Achille_Silvestrini

cc *He Muhammad Jamei Masjed*, Previous Ambassador of Iran to the Holy See https://souloftheeast.org/2014/08/14/orthodox-civilization-and-iran/ - http://www.iranreview.org/content/Documents/Iran-and-Christians-in-Middle-East.htm



cc General Director Dr Filippo Ciantia of FONDAZIONE BANCO ALIMENTARE AND BANCO FARMACEUTICO ITALY https://www.bancoalimentare.it/it
http://www.bancofarmaceutico.org/default.asp?id=365&id_n=557&Pagina=9
http://www.bancofarmaceutico.org/detail.asp?c=1&p=0&id=2980
http://www.bancofarmaceutico.org/detail.asp?c=1&p=0&id=3217

CC Prof Alberto Melloni Chair at UNIMORE
http://www.fscire.it/index.php/it/ricercatori/alberto-melloni/
https://en.wikipedia.org/wiki/Alberto_Melloni

CCc Arcivescovo Bologna Matteo Maria Zuppi
https://www.chiesadibologna.it/zuppi-matteo-maria-arcivescovo.html
https://en.wikipedia.org/wiki/Matteo_Zuppi

PREMISE

After A A Long Lasting Cooperation In Health Care And Welfare Initiatives In China Both Profit And Non Profit, Since 1999, Beijing and Shanghai Health and Family Planning Commissions 2010 2020 Cooperation with Other Depressed Areas of China.

We Accepted As Bologna Quale Medicina 2000, A No Profit Organization Of Italy Minister Of University And Research, To Work On The Same Issues For The People And With The People Involving Both Private And Public Institutions, Both In Azerbaijan, Iran, Iraq And Syria Baku Minstry of Health of Azerbaijan and Isfhan Medical Science University Dean Meteeting and International Cooperation

While The Situations Consequent To War Both In Syria And Iraq Are Still Dramatic, As We Could Directly Evaluate with Our Iran IRAQ Syria Task Force.

Teheran Hospitals and IRAQ IRAN ITALY EUROPE Cooperation Task Force
The Situation Was Rapidly Improving In Iran, After The End Of The First Round Of USA Sanctions. Mashaad Razavi Hospital and Qom Golpogaiani Hospital

tAfter Our Deep Exploration Of Advanced Hospitals Of Iran And Poor Area Of Iran, Since 2010 Till 2018 We Can Confirm That The Restart Of New Sanctions Has Brought Beck The Severe Limitations, Mainly For Children Mothers And Elderly People To Essential Sets Of Antibiotics And Saving Life Cardiovascular Drugs And Others

1 - *Essential Drugs Medicines For Mothers, Children, Neonates and Elderly People Care,*

2 - Nutrients And Special Foods,

3 - Surgical Instruments And Operating Room Disposables

See Annex 1, And 3.

Mashaad Jamal Hospital, Teheran Ghiassi Charity Hospital.

The Need Also Of Specific Integrations For Pregnant Mothers Neonates And Children and Elderly People Has Been Revised. These Humanitarian Aids Are More And More Necessary In Rural Area Of The North And Center South Of Iran, And Should Be Accompained, As We Do, With Integrative Educational Medical And Nursing Lessons Integrated By Both Side Iran And Italy Involving Local Physicians And Local Educators, As We Do At Isfahan Medical Sciences University

Isfahan Medical lesson Staff

Furthermore, The Catholic Church Has Been Always Wery Active In The Field Of Humanitarian Aids To The Middle East People, In Term Of Medical And Non Medical Aids Comfort And Providing https://www.ncronline.org/blogs/ncr-today/what-can-church-do-middle-east

https://www.crs.org/our-work-overseas/where-we-work/middle-east-north-africa

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

https://en.wikipedia.org/wiki/Chaldean_Catholic_Archeparchy_of_Urmy%C4%81

Tha Banco Farmaceutico FOUNDATION Represents The Most Advanced Catholic Italia Experience To Collect Donation Of People and National Intrenational Pharmaceutical Companies For Drugs And Medicine To Support The Needs Of Poor People And Deprived People Of Essential Medicines Mainly Nationally And Internationally

From This Awareness Comes The Activity Of The Fondazione Banco Farmaceutico Non-Profit Organization, Not Only For The Organization Of The Farming Day, But Also For A Broader Support To The Need. The Commitment Was Then Extended To The Recovery Of Drugs From Pharmaceutical Companies (Now More Than Thirty Companies That Donate Drugs Steadily) And Starting, Within Pharmacies Participating In The Banco Farmaceutico System, An Innovative Service Such As "Recovery Of Valid Expired Drugs" "Donated By Private Individuals.

Banco Farmaceutico Is Currently Present In 101 Italian Provinces With The Drug Harvesting Day, But Intends To Consolidate And Extend Its Business Through The Structured And Continuous Contribution Of More Volunteers And More Pharmacies To Respond Increasingly More And More To The Demand For Drugs That The Welfare Agencies Are Constantly Addressing Us.

The BANCO ALIMENTARE

Intesa Sanpaolo Business Plan: Signed Agreement With Banco Alimentare E Farmaceutico

Intesa Sanpaolo Business Plan: Signed Agreement With Banco Alimentare E Farmaceutico

Ten Thousand Meals A Day And 3 Thousand Medicines A Month Are One Of The Objectives

Of The 2018-2021 Business Plan, Presented By Intesa Sanpaolo Last February
An Important Step In This Direction Are The Two Agreements Signed With The Fondazioni Banco Alimentare Onlus And Banco Farmaceutico Onlus. According To The Agreements, Until 2021 Intesa Sanpaolo Is Committed To Supporting The Activities Of The Two Foundations
1 - For The Collection And Distribution To Charitable Organizations That Assist The Indigent People Of Nearly 8 Million Meals And
2 - Nearly 150 Thousand Drugs Currently In Force.
3 - The Two Projects To Combat Food And Health Poverty Will Be Applied Throughout Italy, Increasing
Existing Collection Centers, Promoting New Ones And Favoring Distribution Flows To The Areas Of Greatest Need. The Two Agreements Fully Reflect The Bank's Attention To All The Socio-Economic Components Of The Country And The Values Of Solidarity Shared By The People Of The Group.
The Signing Of The Important Collaboration Agreements With Banco Alimentare And Banco Farmaceutico Represents A Fundamental Step In Countering The Difficulties Of Indigent Persons ", Comments Carlo Messina, Managing Director And CEO Of Intesa Sanpaolo.
"The Three-Year Support Of Intesa Sanpaolo To Our Daily Activity Of Recovery And Distribution Of Food Surpluses Is A Fundamental Support At A Time When In Our Country Over 5 Million People Are In Absolute Poverty And Over 18 Million Individuals Are At Risk Of Poverty.
"Thanks To The Support Of Intesa Sanpaolo, The Recovery Of Valid Drugs Will Arrive In 12 New Cities And Provinces (Currently It Is Present In 10), Thus Strengthening The Fight Against Health Poverty In The Areas Of The Country In Which There Is The Greatest Need. They Work Also In Africa and Their Availability for A Middle East Project Should be tested
https://www.bancoalimentare.it/it/campagne-in-corso
http://www.today.it/economia/intesa-sanpaolo-firmato-accordo-con-banco-alimentare-e-farmaceutico.html
http://www.bancofarmaceutico.org/default.asp?id=344

ESSENTIAL REQUESTS To Find The Support, The Comments The Guidelines Of The Catholic Church Organizations And Other Religious And Nonreligious No Profit Organizations To Find, In Collaboration With The Technologies And National Europeans And International Medicine Producers Factories, The Necessary
1 - Essential Drugs Medicines, For Children, Neonates And Elderly People Care,
2-Nutrients And Special Foods,
3 - Surgical Instruments And Operating Room Disposables
Some Of These
1 - Can Be Bought Directely At Covenient Prices Or
2 - Can Be Donated To Be Trafserred With The Helps Of Our Organization To The Poorest Areas and Peripheral Hospitals Of IRAN SYRIA And IRAQ And IRAQ Kurdistan
By Our Organizations And Local Islamic Charity Organizations or Non Religious Organizations.

Sincerely

Prof Naccarella, An Evidence Medicine Based Cardiologist From.Beijing Prof Naccarella Franco
1 - Associate professor An Zhen International Hospital Capitol Medical University Beijing, People Republic of China www.EurochinaHealth.com SRL Accredited to Public Institutions
2 - Consultant Cardiologist to Milad Hospital Teheran and Cardiology Teheran Medical Sciences University www.EurochinaIranHealth.com SRL
Accredited to Public Institutions
0039 349 0574041, 0039 340 9609238, 0086 177 4451 1554
proffranconaccarellanew@gmail.com
Prof. Franco Naccarella
Cardiologo, President Quale Medicina 2000

Figura 1 Mappa Geopolitica Medio Oriente, Siria Iran Ed Iraq, La Grande Tradizione Medica Persiana Da Avicenna 986 AD Esfahan Ad Oggi 2020

Fig 5 L Esperienza Di Sostegno Ad Un Charity Cattolica Assiro Caldea Ad Urmia, Mons Meran E La Delegazione Italiana Ed Iraniana Di Cattolici ed Islamici e Cooperation at Urmia International Hospital

Fig 2 Il Ruolo Del Dialogo Cattolici E Musulmani Anche In Scienze Mediche Se Cardinal Silvestrini Oggi Deceduto E Se Majed Jamei Ambasciatore Iran Presso la Santa Sede 1985 2005

Fig 6 Cooperation With Prof. Saedi Reza, Mashhad Razavi Hospital Iran, Rome Gemelli Hospital and Bologna Hospitals

Fig 3 La Chiesa Cattolica a Roma ed in Iran: Se Mons Claudio Celli e Se Mons Leo Boccardi , Nunzio Apostolico a Teheran, Bioetica Cattolica ed Islamica

Fig 6.1 Cooperation With Prof. Saedi Reza Mashhad Razavi Hospital Iran, Rome Gemelli Hospital and Bologna Hospitals, Prof Cocchi Neonatology

Fig 4 Il Ruolo Di Se Masjed E Del Prof Naccarella In Ghiassi Hospital, Prof Melloni, Dr Mazzuca: Una Charity Islamica Di Teheran Sud, Zona Critica

Fig 6.2 Cooperation With Prof. Saedi Reza Mashhad Razavi Hospital Iran, Rome Gemelli Hospital and Bologna Hospitals, Prof Michelucci Neurology

No profit NGO Italy MIUR qualemedicina2000.bologna.it

Via Mascarella 77-5, 40126 Bologna, Italy, 349 0574041 Prof. FRANCESCO FRANCO NACCARELLA
A - Presidente Quale Medicina 2000 ONG NGO MIUR. Minister of University and Research of Italy. Codice MIUR 60349QLK, CF 91241590370 qualemedicina2000.bologna.it
B - Medical Consultant to Euro China Iran Society For Health Research Italy Europe China Srl, under Italy Commercial laws, accredited in China and Iran 1999 2020. CF PIVA, 03192121204
2) Www.eurochinahealth.com
3) Cell 0039 349 057 40141 0039 340 9609238
4) Email: proffranconaccarellanew@gmail.com
5) Cell Cinesi 00 86 177 4451 1554, ***** 00 86 15010319425
00 86 - 186 1251 0351

Annex 1 Essential List of Drugs
2 Medicines for pain and palliative care
2.1 Nonopioids and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)
2.2 Opioid analgesics
2.3 Medicines for other common symptoms in palliative care
3 Antiallergics and medicines used in anaphylaxis
5 Anticonvulsive medication
6 Anti-infective medicines
6.1 Antihelminthics
6.2 Antibiotics
6.3 Antifungal medicines
6.4 Antiviral medicines
6.5 Antiprotozoal medicines
8 Antineoplastic and immunosuppressives
8.1 Immunosuppressive medicines
8.2 Cytotoxic and adjuvant medicines
8.3 Hormones and antihormones
9 Antiparkinsonism medicines
10 Medicines affecting the blood
10.1 Antianaemia medicines
10.2 Medicines affecting coagulation
10.3 Other medicines for haemoglobinopathies
12 Cardiovascular medicines
13 Dermatological (topical)
13.1 Antifungal medicines
13.2 Anti-infective medicines
13.3 Anti-inflammatory and antipruritic medicines
13.4 Medicines affecting skin differentiation and proliferation
13.5 Scabicides and pediculicides
15 Disinfectants and antiseptics
15.1 Antiseptics
15.2 Disinfectants
19 Immunologicals
19.1 Diagnostic agents
19.2 Sera and immunoglobulins
19.3 Vaccines
21 Eye preparations
21.1 Anti-infective agents
21.2 Anti-inflammatory agents
24 Medicines for mental and behavioural disorders
25 Medicines acting on the respiratory tract
25.1 Antiasthmatic and medicines for chronic obstructive pulmonary disease
26 Solutions correcting water, electrolyte and acid-base disturbances
27 Vitamins and minerals
28 Ear, nose and throat medicines in children
29 Specific medicines for neonatal care
https://en.wikipedia.org/wiki/WHO_Model_List_of_Essential_Medicines

The 11 Essential Nutrients Your Body Needs

1. Carbohydrates

Despite being demonized as "unhealthy" or "fattening," carbohydrates are critical to the function of your body. Carbohydrates are broken down into glucose, which is the primary source of fuel for your body and brain.

Whole grains, fruits and vegetables are a few examples of healthy complex carbohydrates that can fuel your body and supply you with a megadose of nutrients.

2. Protein

It's no secret that protein is critical to good health. From forming muscle to creating new enzymes and hormones, getting enough protein in your diet is key.

Proteins are made up of building blocks called amino acids, which are composed of even smaller units called peptides.

There are 20 types of amino acids, all of which are important. However, nine of these are considered essential amino acids because they can't be produced by your body.

The nine essential amino acids include:
– Histidine

Fig 6.3 Cooperation With Prof. Saedi Reza Mashhad Razavi Hospital Iran, Rome Gemelli Hospital and Bologna Hospitals, Prof Cocchi Neonatology

Fig 7 Cooperation With Prof. Sadeghi and Prof Sabri, Dean Medical Faculty Isfahan Iran Medical Sciences University and Bologna Genetics, Prof Seri and Prof Romeo and Prof Saber , Prof Naccarella

Fig 8 Cooperation With Prof. Roshandel And Prof Reza Malekzadeh, Iran Ministry Of Health And Gorgan University And Prof Qiao Youlin China And Prof Naccarella Bologna In Cardio Oncology

Fig 9 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

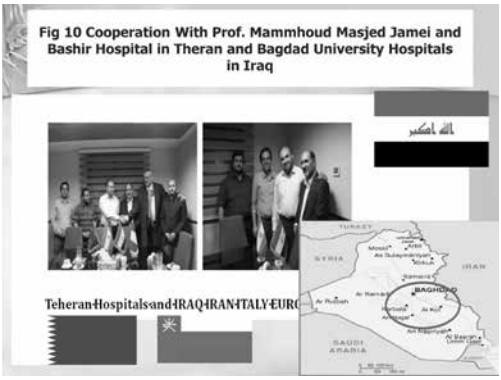


Fig 10 Cooperation With Prof. Mammhoud Masjed Jamei and Bashir Hospital in Theran and Bagdad University Hospitals in Iraq

Fig 11 Health And Pediataic Cardiac Surgery Cooperation In Iraqi Kurdistan With Prof Frigiola And Prof Naccarella

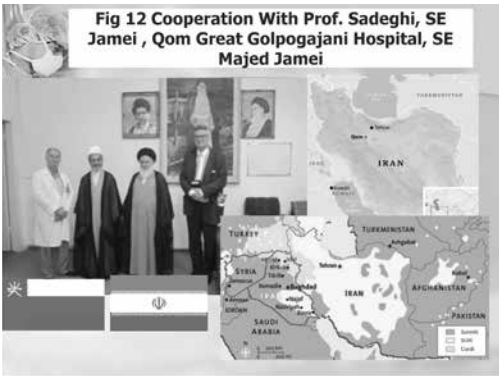


Fig 12 Cooperation With Prof. Sadeghi, SE Jamei , Qom Great Golpogajani Hospital, SE Majed Jamei

Fig 13 Cooperation With Prof. Bambin Gesu Hospital for SIRIA GENERAL WHO Hopsital

– Isoleucine
– Leucine
– Lysine
– Methionine
– Phenylalanine
– Threonine
– Tryptophan
– Valine

While animal proteins provide adequate amounts of all essential amino acids, plant-based proteins are typically lacking in one or more.

The best way to ensure adequate protein intake is to include a variety of protein foods in your diet, such as meat, eggs, dairy, nuts and beans.

3. Fat

Much like carbohydrates, dietary fat has earned an undeservedly bad reputation because of its association with body fat.

Fat is an essential nutrient that provides energy, boosts the absorption of certain vitamins and helps protect your organs from damage.

Healthy sources of fat include nuts, avocados, salmon, olive oil, flaxseed and nut butters.

Including a few servings of these foods per day can help provide the fats your body needs and protect against disease.

4. Water

The human body can survive for long periods of time without food. In fact, there have been case studies reporting on some extreme cases of people who have successfully gone without eating for 382 days under medical supervision with no negative side effects. (3) Of course, I'd never recommend such extreme fasting - I simply point this out to highlight the importance of water.

Dehydration can lead to symptoms like dry skin, dizziness, fatigue, a rapid heartbeat and even death if left untreated. In addition to the things that you drink, you also take in water through the foods that you eat as well. Fruits and vegetables, in particular, tend to have a higher water content and can help keep you hydrated.

5. Vitamins

You've likely heard all about the importance of vitamins like folate, vitamin C and vitamin A, among others, so it should come as no surprise that vitamins make the list of essential nutrients.

Vitamin A, for instance, is critical for the health of your eyes and skin, while vitamin K builds strong bones and is involved in blood clotting.

There may be minute differences in the amounts of specific vitamins for men versus women, but in general, the essential vitamins that your body needs are:

– Vitamin A
– Vitamin C
– Vitamin D
– Vitamin E
– Vitamin K
– B vitamins

The best way to get in all of these vitamins is to eat a healthy and balanced diet with plenty of fruits and vegetables. A multivitamin may also be useful to help fill in the gaps if you have a restrictive diet.

6. Minerals

Much like vitamins, minerals are also important for helping your body function properly and stay healthy, and each comes with its own specific role. Iron, for example, is key to blood production, phosphorus strengthens the bones and teeth, and magnesium is a crucial component of more than 300 reactions in the body. (5)

The minerals that your body needs include:

– Sodium
– Iron
– Potassium
– Calcium
– Chloride
– Magnesium
– Phosphorus
– Trace minerals

These can all be obtained through food, so eating a nutritious diet can prevent deficiencies and make sure you're getting the minerals that you need.

7. Calcium

You probably know calcium as the most important nutrient for bone health, and that's true. Although there are several nutrients that are key to building strong bones, over 99 percent of the body's calcium is found in the bones and teeth. (6)

Calcium is found naturally in dairy products, leafy greens, white beans, and certain types of fish like sardines and salmon. Including these foods in your diet is the easiest way to ensure you're meeting your daily calcium requirements.

8. Sodium

Although sodium receives a lot of negative attention for its association with high blood pressure, it's actually incredibly important to health.

Sodium regulates fluid balance and blood volume while also keeping your nerves and muscles working correctly. The most recent Dietary Guidelines

for Americans recommend limiting sodium intake to less than 2,300 milligrams per day, which equates to about one teaspoon of salt. (9)

Sodium is found naturally in many foods, including seeds, nuts, vegetables, meats, grains and legumes. Intake of high-sodium foods like frozen and ultra-processed foods, salty snacks, and canned meats with added salt should be minimized.

9. Potassium

Potassium is an essential electrolyte that helps maintain fluid balance and blood pressure. It also is necessary for muscle contractions, heart health and regulating the pH level of your blood to prevent it from becoming too acidic. While most people instantly associate potassium with bananas, potassium is actually found in a wide variety of other fruits and vegetables as well. Spinach, tomatoes, potatoes, avocados, salmon and sweet potatoes are all other excellent sources of potassium.

10. Omega-3 Fatty Acids

From optimizing brain health to preventing heart disease, omega-3 fatty acids are a vital component of many aspects of health. (10, 11)

Omega-3 fatty acids are a type of polyunsaturated fat that are considered an essential fatty acid. This means that, unlike other types of fatty acids, your body can't synthesize omega-3 fatty acids and needs to obtain them from food.

You should include one to two servings of fish in your diet each week to help meet your omega-3 fatty acid needs. Otherwise, consider taking a fish oil or algae supplement to get some omega-3 fatty acids into your day.

11. Vitamin D

Also known as the "sunshine vitamin," getting enough vitamin D is incredibly important.

Vitamin D is necessary for the absorption of calcium and can promote good bone health, making it an especially important vitamin for women to help prevent osteoporosis. Vitamin D is produced in the skin as a result of sun exposure and can be obtained in small quantities through foods like mushrooms, eggs and fish.

Those who have dark skin, are obese or get limited exposure to sunlight are at a greater risk for vitamin deficiency. For these individuals, supplementation can be beneficial to prevent deficiency.

https://draxe.com/essential-nutrients/

Annex 3 - Essential List of Medicina for Neonates

http://www.who.int/selection_medicines/committees/subcommittee/2/Neonates_new.pdf

http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EMLc2015_8-May-15.pdf

see Anne x 1

http://pediatrics.aappublications.org/content/104/Supplement_3/606

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3365009/

Priority Medicines for Mothers and Children.

Condition Chemical Entity Concentration and dosage form

Post-partum haemorrhage Oxytocin Injection 10 IU or 10 IU/ml Misoprostol

Tablet Sodium chloride Injection, Sodium lactate (Ringer's lactate) (Hartman's) Injection Severe pre-eclampsia and eclampsia

Magnesium sulfate Injection 500 mg/ml or 50%

Calcium gluconate Injection 100 mg/ml or 10%

Maternal sepsis Ampicillin

Injection, Gentamicin Injection, Metronidazole Injection 500 mg (or 5 mg/ml)

Sexually transmitted diseases Azithromycin At least one of the forms

Cefixime Capsule 400 mg (or tablet), Benzathine benzylpenicillinPowder for injection

Pre-term birth Betamethasone or dexamethasone Injection Nifedipine Capsules 10 mg (or tablet)

Pneumonia Amoxicillin Tablet (or capsule) Ceftriaxone Powder for injection

Oxygen Medicinal gas

Procaine benzylpenicillin Injection

Diarrhoea ORS (oral rehydration salts) Sachet Zinc Tablet 20 mg

Malaria Artemisinin combination therapy: artemether+lumefantrine or artesunate+amodiaquine or dihydroartemisinin+piperaquine Dispersible tablet or flexible oral solid dosage form Artesunate Rectal, Artesunate Injection

Vitamin A deficiency Vitamin A (Retinol) Capsule

Neonatal sepsis Ceftriaxone Powder for injection, Gentamicin Injection Procaine benzylpenicillin Injection

Palliative care Morphine At least one of the forms (granules, injection, oral liquid, variable flexible oral solid dosage form)

Paracetamol Variable flexible oral dosage form (liquid, suppository, tablet)

Prof. Franco Naccarella

Cardiologist, President Quale Medicina 2000

No profit NGO

qualemedicina2000.bologna.it

Via Mascarella 77-5, 40126 Bologna, Italy

Memoria Pestis

Alessandro Mazzocchi*

Ricordo un pomeriggio di luglio di tanti anni fa. L'anno era il 1983. Preparavo, infatti, per Medicina, l'esame di Microbiologia fra le fresche fronde del nostro Appennino, in una località sconosciuta ai più, a pochi chilometri dal lago di Suviana, nell'immaginario giardino dell'infanzia e dell'adolescenza, che di solito esiste solo nelle costruzioni fantasiose della nostra mente. Al tempo, villeggiava da quelle parti anche un dotto amico di famiglia, professore di Lettere, studioso appassionato del Durante e del Certaldese: si chiamava Pier Massimo Forni, scomparso di recente negli States, a Baltimora, ove insegnava agli americani, alla Johns Hopkins University, la nostra letteratura e la nostra poesia. Lui stesso era un raffinato poeta. Conservo ancora gelosamente, nella mia personale libreria, una preziosa raccolta delle sue poesie: "Stemmi", presso Scheiwiller (1977). Per inciso, era anche un buon giocatore di *football*. Come già anticipato, eravamo nei famigerati anni '80, agli inizi di un decennio pieno di vuote illusioni, di aspettative negate, di trionfalismi edonistici. Negli scaffali dei negozi facevano la loro comparsa i primi cellulari, i *DynaTAC*, che per essere trasportati avevano bisogno di robusti zaini, mentre oggigiorno si portano al polso come orologi; sui quotidiani d'inizio luglio campeggiavano a titoli cubitali le notizie di casi passati poi alla storia delle cronache italiane: Enzo Tortora, Emanuela Orlandi e, a Bologna, i misteriosi delitti del Dams. Erano anche gli anni ruggenti del socialismo craxiano che, dopo la sconfitta a sorpresa della Dc alle Politiche di giugno, si apprestava ad inaugurare uno dei governi più longevi della storia repubblicana, il primo a guida socialista (1983-1986). Sui giornaloni dell'epoca si scriveva di fortune diffuse, di grandi imprese economiche (Italia: quinta potenza economica mondiale, per alcuni entusiasti addirittura terza!), di una gioventù assoggettata ai piaceri più effimeri – la moda, il danaro, il carrierismo, i paradisi artificiali, l'apparenza – e di una malattia ancora poco conosciuta, i cui primi casi erano emersi a Los Angeles, gettando nel panico la locale comunità omosessuale. La si chiamava in principio, con ritrosia stigmatizzante, malattia delle "quattro H", perché si pensava coinvolgesse solamente gli haitiani, gli omosessuali (*homosexuals*), gli emofiliaci (*hemophiliacs*) e gli eroinomani (*heroin users*). Il 20 maggio del 1983, però, i ricercatori Gallo e Montagnier pubblicarono, indipendentemente, su «Science», i loro studi sull'identificazione del nuovo retrovirus ritenutone la causa. Di lì a poco, il CDC di Atlanta avrebbe coniato ufficialmente l'acronimo Aids (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita), giunto così sino ai giorni nostri, dopo avere soppiantato le precedenti e immaginose diagnosi. Il professor Forni, in quel pomeriggio di luglio, si sedette in giardino su un vecchio scranno di vimini vicino a mia madre, e, sorseggiando un odoroso caffè, curiosò nel testo di Microbiologia aperto casualmente sull'erba, proprio laddove si trattava dell'agente della Peste, la Yersinia pestis Antiqua. E poco più in là v'era anche la copia di un giornale, spiegazzata tra le margherite e le mammole, un rotocalco, di cui non rammento il nome, che titolava a quattro colonne su quella malattia degli omosessuali e dei drogati in rapida propagazione di là dall'Oceano, una nuova pestilenza, un'ennesima peste. E così Pier Massimo prese lo spunto da questi fatti per parlarci un poco delle pestilenze nella letteratura. Com'era facile prevedere, si soffermò in particolare sul Boccaccio (1313-1375) e sul morbo del 1348, che il grande autore toscano non volle mai chiamare col suo vero nome – Peste nera – ma con delle perifrasi poetiche, sul tipo di "mortifera pestilenza". Lo spaventoso contagio gli portò via i genitori (il padre Boccaccino e la matrigna Bice), gli amici più cari, poeti, scrittori, pittori, e la *gentil* fanciulla, che adorava e idealizzava, Madonna Fiammetta. Forni

argomentò che nessuno mai, prima e dopo Boccaccio, aveva descritto la pestilenza con siffatto realismo, nemmeno Tucidide (nel Libro II della *Guerra del Peloponneso*: peste di Atene del 430 a.C.), e tantomeno Alessandro Manzoni riguardo quella altrettanto famosa del 1630, che flagellò tutto il Nord Italia e Milano in particolare. Il Certaldese (appunto Boccaccio, morto a Certaldo il 1375) narrava proprio della "minuta gente", che periva fra gli stenti nelle strade di Firenze e nei campi tutt'intorno, oramai abbandonata anche dai familiari più stretti, che "schifavano gli infermi" per il terrore della contaminazione. Quella "minuta gente" languiva, dunque, in solitudine fra atroci sofferenze a cagione di vaste lividure disseminate un po' in tutto il corpo e di spaventosi bubboni neri, che i "volgari nominavano gavoccioli mortiferi". Tutto avveniva senza che i saccenti medicanti del tempo "potessero nulla se non blaterare" in *latinorum*. Sia ben chiaro, le chiacchiere vacue e dotte continuano anche al giorno d'oggi, ma esclusivamente in volgare e in vernacolo! Pare che l'ultima sensazionale scoperta nella lotta al coronavirus siano i Corticosteroidi (*Desametasone*, in particolare) sintetizzati negli anni Cinquanta. Comunque sia, e come vedremo nel riquadro, nelle pagine introduttive alla prima Giornata del *Decameron*, Boccaccio descrive l'epidemia come un "orrido cominciamento" che spinge dieci ragazzi a riunirsi nella chiesa di S. Maria Nuova, per poi novellare presso la residenza agreste di uno di loro, abbandonando il centro della città appestata, un po' per sfuggire al contagio, e un po' per ricostruire quei pochi e precari rapporti sociali compromessi dall'epidemia. L'introduzione[1] dell'opera descrive, dunque, in uno scenario tragico, la terribile piaga, che l'Autore del *Decameron* pare ricondurre, con grande avvedutezza, agli influssi delle stelle fisse, e non già alla *nemesis* quale reazione degli dei all'*hybris dell'uomo*. Come ci spiegava Forni, egli, trascurando la cagione dell'ira divina, ha previsto con largo anticipo nella sua opera – elaborata in uno stile unico, volgare e aulico insieme – il concetto moderno di umanistica laicità, oltre a gettare le basi della nostra lingua e della nostra prosa, ovviamente. Boccaccio, inoltre, nei suoi testi celebra i valori della cultura cosiddetta *cortese* (gentilezza, generosità, lealtà), considerandoli alla base del vivere civile. A proposito di Umanesimo, o meglio di Neoumanesimo, lo stesso Forni aveva creato un movimento ispirato ai principi del buon vivere civile, a un'ideologia positiva da realizzare non soltanto all'interno dei Campus universitari, ma anche nella vita di tutti i giorni: il cosiddetto *Choosing Civility*[2], così lo chiamava, fondato sulla comprensione degli altri e sullo spirito compassionevole: il civismo, il garbo, la delicatezza, dunque, come uniche risposte possibili alla maleducazione altrui, al bullismo, alla scorrettezza e alla rudezza dei modi. Il suo manuale, utile e agile lettura anche per gli operatori sanitari e della salute mentale, negli Usa è divenuto presto un *best-seller*.
Del *Decameron* si riportano ora alcuni passaggi significativi e nei quali, peraltro, è facile riconoscere la ciclicità di certe immani tragedie:

[...] E non come in Oriente aveva fatto, dove a chiunque usciva il sangue del naso era manifesto segno di inevitabile morte: ma nascevano nel cominciamento d'essa a' maschi e alle femine parimente o nella anguinaia o sotto le ditella certe enfiature, delle quali alcune crescevano come una comunal mela, altre come uno uovo, e alcune più e alcun' altre meno, le quali i volgari nominavan gavoccioli. E dalle due parti del corpo predette infra brieve spazio cominciò il già detto gavocciolo mortifero indifferentemente in ogni parte di quello a nascere e a venire: e da questo appresso s'incominciò la qualità della predetta infermità a permutare in macchie nere o livide, le quali nelle braccia e per le cosce e in ciascuna altra parte del corpo apparivano a molti, a cui grandi e rade e a cui minute e spesse. E come il gavocciolo primieramente era stato e ancora era certissimo indizio di futura morte, così erano queste a ciascuno a cui venieno. A cura delle quali infermità né consiglio di medico né virtù di medicina alcuna pareva che valesse o facesse profitto: anzi, o che natura del malore nol patisse o che la ignoranza de' medicanti (de' quali, oltre al numero degli scienziati, così di femine come d'uomini senza avere alcuna dottrina di medicina avuta giammai, era il numero divenu-

[1] A cura di V. Branca, Giovanni Boccaccio, *Decameron*, Torino 1999, vol. I, pp. 13-48.

[2] Pier Massimo Forni, *Choosing Civility: The Twenty-Five Rules of Considerate Conduct*, St. Martin's Griffin, New York, 2008.

to grandissimo) non conoscesse da che si movesse e per consequente debito argomento non vi prendesse, non solamente pochi ne guarivano, anzi quasi tutti infra 'l terzo giorno dalla apparizione de' sopra detti segni, chi più tosto e chi meno e i più senza alcuna febbre o altro accidente, morivano. [...] E più avanti ancora ebbe di male: ché non solamente il parlare e l'usare cogli infermi dava a' sani infermità o cagione di comune morte, ma ancora il toccare i panni o qualunque altra cosa da quegli infermi stata tocca o adoperata pareva seco quella cotale infermità nel toccator transportare. [...] Dalle quali cose e da assai altre a queste simiglianti o maggiori nacquero diverse paure e immaginazioni in quegli che rimanevano vivi, e tutti quasi a un fine tiravano assai crudele, ciò era di schifare e di fuggire gl'infermi e le lor cose; e così faccendo, si credeva ciascuno medesimo salute acquistare [...].

In quella chiara estate del 1983 rifulgeva il sole, lassù in alto sopra di noi, i raggi s'insinuavano come fili dorati tra le fronde lussureggianti, l'aria era pura, odorosa, e permeava le nari; il cielo azzurro e terso era attraversato da stormi di rondoni, che solcavano le vaporose nubi con virate spericolate ed improvvise; l'Aids era distante, una faccenda d'oltreoceano, degli americani. Il morbo venereo, del resto, si trasmetteva solo coi vizi e quindi risparmiava i virtuosi, gli anacoreti, e anche i peccatori a condizione che facessero uso di particolari "mascherine" in lattice, le quali, fra gli altri meriti, avevano anche quello di consentire almeno il respiro! Allora, infatti, nonostante il morbo, si poteva correre liberamente nei boschi, nei prati, nelle vie e nelle piazze del paese fra la gente e con la gente, senza alcun timore di contagiarsi al sol parlare o alitare e, soprattutto, con la gioia nel cuore di chi aveva vent'anni. Sarebbe bello riaverli tutti indietro... ma forse questo è il solito scherzo della memoria dovuto alla nostalgia, allo struggimento che ci riporta, soprattutto nei periodi più bui, a rinverdire un passato che pare a noi sempre migliore di quello che è stato veramente. Niente di più illusorio: il passato è quasi sempre peggiore del presente, è solo più indistinto. Gli uomini di scienza, gli instancabili studiosi della psiche, secondi solo ai virologi e agli epidemiologi in quanto a pindarismi, chiamano questi curiosi fenomeni paramnesie, allomnesie, pseudomnesie, ma sono semplicemente beffardi inganni della mente. L'animo turbato e spaesato, quasi colpito da un oscuro parassita della memoria – *memoriam pestis* – indulge nel tempo remoto, rifuggendo un intollerabile presente, non trovando in sé l'audacia di guardare innanzi.

Anche oggi, dopo quasi quarant'anni, a Bologna, nelle sue colline e lungo i crinali dell'Appennino, risplende il sole di un ritrovato luglio. Bentornato Iulius, e presto il Solleone! Si ricomincia a uscire, a camminare fra mille difficoltà. Il virus ha mietuto tante vittime, "medicanti" e "minuta gente" senza distinzione alcuna. Sia i primi, sia i secondi sono trapassati forse non solo per opera del coronavirus, ma anche col contributo di altri due temibili "virioni", che in italia, *ab illo tempore*, circolano indisturbati: la burocrazia e l'immobilismo politico, pari alla gramigna (o "gramegna" in dialetto, "erva di can", vera ghiottoneria per cani, somari e cavalli), che prolifera senza alcun ostacolo, ed è impossibile da scacciare. Ecco un esempio di "burlo-crazia": "faccio io, fai tu e nessuno fa! Chiudo io, chiudi tu e niente: via libera al contagio!". Ora, proprio come allora, e prim'ancora. Il tempo sembra davvero statico, o quantomeno stazionario, ma anche questa è una delle tante illusioni confondenti: prova ne è che *Chronos* negli anni m'ha imbiancato la barba, tirato via qualche capello e aggiunto chili al girovita; del resto, la leggiadra Madonna Fiammetta, figlia del re, verace e giovane fiorentina dallo sguardo vispo e sbarazzino, non sorride più dietro la siepe del giardino.

E allora, per finire, mi sia concesso un ultimo, accorato saluto all'amico e maestro Forni, se mai qualche spirito buono e volonteroso, vagolante nell'aere inquieto, vorrà portarglielo lassù, fra i cirri lontani di questa tribolata estate del 2020, di cui ci rimarrà un "moderato orrore e una memoria ritrosa[3]", come della vita, del resto.

** Psichiatra criminologo*

[3] Pier Massimo Forni, *Un moderato orrore*, da *Stemmi*, prefazione di Maria Corti, Scheiwiller, Milano, 1977.

Quante Gastroscopie per controllare la Metaplasia Intestinale Gastrica (MIG): Una, Nessuna o Centomila?

Giancarlo Caletti*

Il cancro gastrico è oggi nel mondo la terza causa di morte per tumore. Nei Paesi occidentali la maggior parte dei cancri gastrici appartiene alla categoria "*cancro non del cardias*", infatti essi originano nell'antro, nell'angulus, nel corpo e nel fondo dello stomaco. L'infezione cronica da Helicobacter pylori (HP) è il fattore di rischio più importante per lo sviluppo del "*cancro non del cardias*" di tipo intestinale. Almeno l'89% di questi casi sono attribuiti all'HP([1]). Il cancro gastrico del cardias (ovvero della giunzione esofago-cardiale) è legato invece fattori quali il fumo, l'alcol, l'obesità, il reflusso gastro-esofageo e l'esofago di Barrett. Il "*cancro non del cardias*" di tipo **intestinale** è il più comune sottotipo istologico di cancro gastrico. Questo cancro nasce, cresce e progredisce gradualmente secondo una lenta (anche diversi decenni) cascata di eventi istologici, magistralmente descritta da Correa ([2],[3],[4]), che vanno da: **mucosa normale; gastrite non atrofica; gastrite atrofica multifocale senza metaplasia intestinale; metaplasia intestinale di tipo completo (tipo piccolo intestino); metaplasia intestinale incompleta (tipo colon); displasia di basso grado; displasia di alto grado, ovvero carcinoma in situ; adenocarcinoma invasivo.**

La possibilità di tenere sotto controllo con la gastroscopia i pazienti con lesioni precancerose come la **MIG** e la capacità di diagnosticare ed eradicare l'HP come mediatore dell'infiammazione, è stata il fondamento dei programmi di screening e prevenzione del cancro gastrico nei Paesi in cui questo tumore ha una prevalenza molto alta.

Tuttavia, se la **MIG** si associa ad un aumento del rischio di cancro gastrico, il rischio globale di questo cancro in un paziente portatore di **MIG** è molto basso. Si calcola che il rischio annuale di cancro nei pazienti con **MIG** sia compreso fra 0,13%-0,25% per anno, confermando che pochi pazienti con **MIG** progrediscono necessariamente verso la displasia ed il cancro. Va purtroppo rilevato che quasi tutti i **referti delle gastroscopie** si esprimono molto genericamente in proposito, descrivendo la presenza di **MIG senza specificarne adeguatamente l'estensione e raramente documentandola con foto e/o filmati**. Inoltre, il **referto istologico** di biopsie gastriche molto spesso dichiara la **presenza di MIG**, anche in assenza di lesioni patologiche macroscopicamente visibili e raramente specifica se la **MIG** incontrata sia **di tipo incompleto o completo.** Pertanto il curante viene raramente edotto dal gastroenterologo endoscopista e dall'anatomo patologo che una **MIG** poco estesa e di tipo incompleto (intestinale) è a rischio minimo di cancro rispetto ad una **MIG** molto estesa e di tipo completo (colon).

Ne consegue che i medici curanti non possiedono informazioni accurate ed oggettive su come debbano essere seguiti nel tempo questi pazienti.

Bisogna sottoporli a gastroscopia ogni 3-6-12 mesi?? Oppure ogni 3-5 anni?? O invece non sottoporli ad alcun controllo a meno che non diventino sintomatici??

La tendenza attuale nel nostro Paese è quella di programmare controlli gastroscopici molto ravvicinati, addirittura ogni 3-6 mesi senza che se ne sia dimostrata una reale utilità, ma all'opposto contribuendo all'effetto perverso di allungare ancor di più le liste di attesa per coloro che necessita-

---

[1] Il cancro gastrico cardiale non è dovuto all'Helicobacter pylori, ma è associato al fumo di sigaretta, all'obesità e all'alto tenore economico.

[2] Correa P. *et al. A model for gastric cancer epidemiology*. Lancet 1975;12:58-60.

[3] Correa P. *et al. Pathology of gastric intestinal metaplasia: clinical implications*. Am J Gastroenterol 2010:105:493-498.

[4] Correa P. *Gastric cancer: overview*. Gastroenterol Clin North Am 2013;42:211-217.

no rapidamente di una gastroscopia per più validi motivi.

Ne consegue che la frequenza dei controlli non deve essere eguale per tutti i soggetti, ma personalizzata a seconda della storia clinica del paziente e dell'estensione e del tipo di **MIG**.

L'American Gastroenterological Association (AGA) ha recentemente pubblicato delle linee guida utili a tal proposito ([5],[6]) e che val la pena prendere in considerazione. La principale affermazione è che **non vi è evidenza scientifica che giustifichi controlli endoscopici ripetuti in tutti i casi in cui incidentalmente si sia riscontrata una MIG.**

All'opposto solo un piccolo gruppo di pazienti, giudicati ad alto rischio di cancro gastrico, potrebbe potenzialmente averne beneficio.

Quali sono le raccomandazioni dell'AGA?

• In tutti i pazienti con **MIG** va ricercato l'HP, ed in caso positivo si deve procedere alla sua eradicazione.

• L'avvenuta eradicazione deve essere confermata con C13 Urea Breath Test o ricerca dell'HP nelle feci non prima di 2 mesi dalla sospensione di ogni antibiotico e di ogni IPP.

• I pazienti considerati a **maggior rischio** di cancro gastrico sono quelli:

– Con **metaplasia intestinale incompleta** (cioè di tipo colico). Questa è associata ad un aumento del rischio pari al triplo di quello con metaplasia completa.

– Con **metaplasia intestinale molto estesa**. Essa deve interessare l'antro, l'angulus e il corpo. Se la **MIG** coinvolge solo l'antro e l'angulus è da considerarsi limitata. La **MIG** estesa ha un rischio doppio rispetto a quella limitata.

– Con una documentata **famigliarità** di cancro gastrico di 1° grado (genitori, fratelli).

– Soggetti **fumatori**.

– Pazienti con **gastrite autoimmune/anemia perniciosa**.

Quali dovranno essere gli intervalli temporali dei controlli endoscopici?

• **Nei suddetti casi a rischio elevato l'endoscopia andrà ripetuta ogni 3-5 anni**, lasciando libertà di scelta dell'intervallo per adattarlo al singolo caso.

L'endoscopia dovrà allegare foto chiare e comprensibili delle zone patologiche. Le biopsie dovranno essere numerose e prelevate dall'antro, dall'angulus, dal corpo e dal fondo dello stomaco. Queste scelte temporali sono basate su dati scientifici che attribuiscono ai pazienti cosiddetti ad alto rischio una incidenza di cancro gastrico a 3, 5 e 10 anni rispettivamente dello 0,4%, dello 1,1% e del 1,6%. Quindi il rischio di sviluppare un cancro gastrico a 10 anni, anche nei soggetti ad alto rischio è solo del 1,6%, pertanto da considerarsi basso.

• **Qualora, all'ultimo controllo endoscopico le biopsie rilevino la presenza di displasia il controllo deve diventare annuale.**

• **Quando 2 endoscopie consecutive eseguite a 3 o 5 anni di distanza, hanno confermato l'avvenuta e stabile eradicazione dell'HP e le biopsie non hanno evidenziato l'insorgenza di displasia, i controlli possono essere sospesi.**

Le linee guida terminano segnalando che il dato più importante per la definizione di **paziente ad alto rischio** è la presenza di **metaplasia completa**. **Pertanto è auspicabile che questa venga sempre specificata**. Alla luce di tutto ciò l'auspicio è quello di avere nel prossimo futuro referti endoscopici, ben documentati con foto di qualità e possibilmente anche di filmati. È tempo ormai che **l'endoscopia** digestiva diventi una disciplina meno artigianale e più rigorosa, prendendo esempio dalla radiologia che fornisce sempre un'ampia documentazione iconografica, rivalutabile anche da altri medici ed utilissima per monitorare l'evoluzione delle lesioni in tempi successivi. Anche i **referti istologici** dovrebbero essere meno criptici ma più chiari e completi, contenendo dopo le giustissime descrizioni tecniche, anche conclusioni pratiche e comprensibili anche dai medici non addetti ai lavori. In tal modo si fornirà un valido aiuto al medico curante per spiegare ai pazienti la loro situazione presente e futura e li orienterà a prendere decisioni importanti basate su dati oggettivi e non emotivi. Tutto ciò sarà di grande utilità ai pazienti, risparmiando loro inutili controlli, sottoponendoli solo a quelli necessari. I primi accessi agli esami endoscopici potranno di conseguenza avere tempi più rapidi, in quanto le congestionate liste di attesa si svuoteranno da esami inappropriati in quanto non utili alla salute del paziente.

Gastroenterologo - Professore dell'Alma Mater Università di Bologna

[5] Sultan S. *The Vexing Problem of Incidental Gastric Intestinal Metaplasia: Do the AGA Guidelines Help?* Gastroenterology 2020;158:473-474.

[6] Gupta S. et al. *AGA Clinical Practical Guidelines on Management of Gastric Intestinal Metaplasia*. Gastroenterology 2020;158:693-672.

“I topi non devono fumare”

Francesco Domenico Capizzi*

Istituzioni e politica potranno ignorare che i fumatori positivi al Coronavirus presentano, rispetto ai non fumatori, situazioni cliniche più gravi e suscettibili di terapia intensiva e di ventilazione meccanica? L’esperienza cinese ha dimostrato una significativa differenza di genere nei tassi di letalità – il 4.7% degli uomini contro il 2,8% delle donne – attribuita al tabagismo: i maschi cinesi fumano in misura del 50% contro il 3% delle femmine (fonte: Istituto Superiore di Sanità).

Il tabacco agisce quale reale fattore di rischio degenerativo, oltre che cariocinetico, su tutti gli apparati, nessuno escluso, promuovendo broncopneumopatie cronico-ostruttive (BPCO), ulcere peptiche, reflussi gastro-esofagei, ipertensioni arteriose, infarti miocardici, arteropatie, aterosclerosi, ictus e deperimenti cerebrali, diabete mellito, cataratte, degenerazione maculare, paradontopatie e carie, ipoacusie, riduzioni di fertilità e ritardi e patologia dello sviluppo embrionale e fetale, disturbi al normale ritmo veglia-sonno, effetti anoressizzanti ed eccitanti. ecc. a causa delle quasi 7.000 (sic!) sostanze chimiche, di cui 70 connesse alle patologie neoplastiche, che si sprigionano nella combustione del tabacco.

Da oltre un secolo è nota la relazione fra tabagismo e insorgenza di cancro polmonare (v. grafico), senza contare altre localizzazioni, delle quali una è raffigurata plasticamente nel proscenio di Luigi Pirandello de *L’uomo dal fiore in bocca* (1922): “Venga... le faccio vedere una cosa... Guardi, qua, sotto questo baffo... qua, vede che bel tubero violaceo? Sa come si chiama questo...? Ah!, un nome dolcissimo... più dolce d’una caramella... epitelioma si chiama... pronunzi...sentirà che dolcezza: epitelioma... la morte... capisce? È passata! M’ha ficcato questo fiore in bocca, e m’ha detto: tientelo... caro... ripasserò fra otto o dieci mesi!”.

Ciononostante in Italia si contano 11,6 milioni di fumatori (22% della popolazione con un consumo di 52 miliardi di sigarette/anno), di cui 7 milioni maschi (27,3%) e 5 milioni femmine (17,2%) con maggiore diffusione fra i 25 e i 40 anni, in prevalenza in ceti considerati mediobassi e in abitanti delle Regioni del centro-sud.

E nonostante sia accertato che il tabagismo induce rischi di malattia fino al 3.000% con possibile riduzione di 7 anni di vita per i fumatori moderati e 10 per gli accaniti, senza contare la prevedibile precaria qualità di vita. Eppure sono noti i dati che dimostrano (Istituto Superiore di Sanità):

– il balzo in avanti del tasso di mortalità da tumore polmonare dal 1950 al 1980 del 225% nei maschi e del 330% nelle femmine per l’incremento del numero di fumatori e fumatrici;

– la collocazione, dal 1987, al primo posto del tumore polmonare quale principale causa di morte;

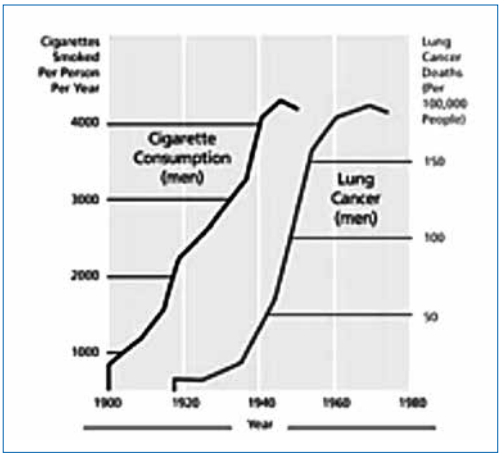
– il sostanziale fallimento della Legge Sirchia (2005) che ha prodotto una riduzione nelle vendite di sigarette, senza il paventato crollo delle attività di ristorazione e di intrattenimento, del solo 4%. Lo stesso risultato si è verificato in Irlanda con una legge analoga;

– l’inefficacia delle scritte e delle immagini apposte sulle scatole di sigarette.

Evidentemente non basta una sola misura, ma un programma nazionale vasto, articolato, documentato ed incisivo, pur rispettando appieno la libertà di scelta delle persone, che avrebbe l’effetto di evitare, nell’arco di 10 anni, tumori del polmone in misura del 60% e a carico di altri organi del 15-20%; inoltre, dimezzerebbe le BPCO, le arteriopatie, le cardiopatie acute e croniche e tutto il corollario di malattie degenerative connesse, comprese le cerebrali, che rendono la qualità di vita scadente e senza la speranza di un vecchiaia soddisfacente.

Le multinazionali del tabacco si sono dimostrate, anch’esse, consapevoli della presenza di cancerogeni: hanno cercato di farne rimuovere almeno una parte, ma poi si sono adoperate per cercare di nascondere i tentativi infruttuosi dei chimici, da loro stessi designati, per “non svegliare il gigante che dorme”, come si legge su documenti segretati (*Waking a Sleeping Giant: The Tabacco Industry’s Response to the Polonium-210 Issue*, «American Journal of Public Health», 98, 9, 2008, 1643- 1650).

Il fatto curioso è che le lobby dimostrano di ignorare, anche con allocuzioni pirotecniche, ogni



20-Year Lag Time Between Smoking and Lung Cancer

limite alla decenza: sono giunti a contrastare i risultati della sperimentazione animale sul tumore polmonare con lo sbrigativo e, forse, volutamente sarcastico "I topi non devono fumare!" (*Smoking Kills: Experimental Proof from the Lung Health Study*, «Annals of Internal Medicine», 142, 4, 2005).

I chiari rapporti di causa-effetto, da oltre un secolo accertati e sempre confermati (v. grafico), non richiederebbero neppure il dipanamento sperimentale degli specifici processi patogenetici da tabagismo perché per sé stessi, almeno sul piano epidemiologico, altamente esplicativi per tutti, cittadini e Istituzioni (American Cancer Society, Cancer Statistics, 2014; Airtum, 2019).

La pandemia virale in corso ha messo in luce gli effetti nefasti del tabagismo mentre sta richiedendo, sebbene con ritardi e contraddizioni, misure organizzative e socio-sanitarie straordinarie in tutto il pianeta.

È ora che la stessa consapevolezza e determinazione, a cominciare dall'informazione seria e puntuale fin dalla prima infanzia, trovi spazio nelle Istituzioni nazionali e sovranazionali per fermare le conseguenze nefaste della pandemia secolare prodotta dalla commercializzazione e dall'uso del tabacco,

** Già docente di Chirurgia Generale nell'Università di Bologna e direttore di Chirurgia generale negli Ospedali Bellaria e Maggiore di Bologna*

COLIBRÌ®

Ai Colli

PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO PSICHIATRICO

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

Consorzio Ospedaliero Colibrì

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

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

Reparti di degenza

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

Ambulatori

- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatria
- Psicologia Clinica

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

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

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio a Bologna e provincia

Per le radiografie è obbligatoria la prescrizione del medico

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

INFO E PRENOTAZIONI
Prenota on-line sul sito clinicadomicilio.it o chiama il numero 800100670 oppure scrivi a info@clinicadomicilio.it
Tutti i giorni, festivi compresi, dalle 8:00 alle 22:00.

Il servizio è attivabile su tutta la provincia di Bologna.

REFERTO GARANTITO IN SOLE **24** ORE

NUMERO VERDE - **800100670**

800100670 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA COLIBRÌ

CERTIFICATA

Aut.San. PG.N. 25139/2017

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 12 giugno 2020

BANDINI LAUREA	346/68.02.221
BASILE CECILIA	320/35.72.084
CAPELLI DAVIDE	338/42.62.224
CORACI LAURA	338/49.64.036
COZZIO MARGHERITA	347/34.65.649
CUCCU PIETRO	348/47.89.399
DAMIANI FERRETTI MARGHERITA	329/21.14.305
DE BELLIS ANTONIA	328/30.25.631
DE LUCA GIULIA	333/18.86.400
DEL PRETE ANNAVIOLA	331/43.92.144
DE SIMONE GIULIO	334/13.16.690
ENNACIRI SAMIA	328/19.23.036
FILOMENA GIOVANNI BATTISTA	331/92.88.743
FONTANA CAMILLA	333/46.31.965
GELMI CLARISSA ELISABETH	349/62.17.200
GUIDETTI CHIARA	338/22.56.914
KAYO FOTIE GERVEL	351/94.13.404
LA MALFA DIANA	340/75.41.312
MAGNATERRA ELISABETTA	333/87.71.093
MEZJA FLAVIA	334/97.23.311
MORELLINI EDOARDO	347/25.92.621
PARRILLA GIUSEPPE	392/13.86.811
PASOTTI STEFANO	331/78.93.902
PIZZUTI VALERIA	329/64.84.160
POLI ALICE	340/98.17.920
PUGGIOLI EMMA	328/05.85.532
ROSA RICCARDO	334/39.95.640
ENNACIRI SAMIA	328/19.23.036
STEFANINI BENEDETTA	347/82.33.144
TERREZZA SARA	351/84.52.508
TOTTOLI ALESSANDRA	333/98.97.735
VALENTINO KEVIN	339/67.07.912
VALTORTA ALESSANDRO	347/16.43.919

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
PIZZUTI GIOVANNI	Neuropsichiatria Infantile	349/21.25.114
SORRENTI GIOVANNI	Medicina Interna, Diabetologia e Malattie del Ricambio	347/21.20.787
VALBONESI FRANCESCA	Corso di Formazione in Medicina Generale	349/53.28.910

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

Certificato

UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

VILLA BELLOMBRA
RIABILITAZIONE ROBOTICA

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

L'Ospedale Villa Bellombra è consorziato e associato con:

COLIBRÌ®
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

Uehp
European Union of Private Hospitals

VILLA BELLOMBRA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

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

Seguici su facebook

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

sandrostefanelli.com

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

Aso certificata con corso da 700 ore conseguito a febbraio 2020 cerca lavoro in studio odontoiatrico part time/full time a Bologna. Massima serietà e affidabilità. Per contatti 30/9771050.

Poliambulatorio multispecialistico autorizzato quartiere Mazzini zona via Firenze, servito da mezzi pubblici rende disponibili ambulatori. Disponiamo di ecografo e laser per fisioterapia. Per informazioni tel. 051/547396.

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

Studio dentistico in via Dante angolo Viale Carducci offre a collega con propria clientela sala odontoiatrica per condivisione ed ottimizzazione dei servizi. Lo studio è luminoso, ampio e con spazi adeguati alle normative sulla distanza sociale, ben servito da mezzi pubblici e piste ciclabili. Per info e visite telefonare a 051/301977.

A Monzuno appartamento pianoterra (90mq), portico, in villetta bifamiliare. Sita sulla sommità rocc. di collina (400 m. altit.) in bosco appenninico. Sole 24h - A 28 km Bologna (ingresso open space, ampio camino, riscaldamento a termo, 2 camere letto, cucina, bagno, garage, sottotetto sfruttabile), prato antistante, barbecue, legnaie. Vendesi - Tel. 051/6145251 - 339/6790996.

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 331/3178721.

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 331/3178721.

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.	**(COMPARTO INFORTUNI E IPM)**
Polizza Tutela Legale per Medici in Libera Professione	**(COMPARTO T.L.LIB)**
Polizza Tutela Legale per Medici Dipendenti S.S.N.	**(COMPARTO T.L.DIP)**

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

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

Quanto sopra potendo disporre di CONTENUTE CONDIZIONI ECONOMICHE specificatamente ottenute sul mercato 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.**

ANNUNCIO PRELIMINARE

WORKSHOPS NAZIONALI ED INTERNAZIONALI

LE SCIENZE MEDICHE E LA CURA DEI PAZIENTI DOPO LA PANDEMIA DI COVID 19
LA INEVITABILE GLOBALIZZAZIONE DELLA SANITÀ

Dalla Epidemia Di Covid 19 2019-2020-2021
alla Internazionalizzazione e Cooperazione Sanitaria Italiana e Bolognese nel Mondo.
Nuovi Bisogni Sanitari e realtà Epidemiologiche
Risposte Organizzative Locali, Nazionali ed Internazionali

A) PRIMO WORKSHOP NAZIONALE E REGIONALE
20-22 FEBBRAIO 2021 - Beyond COVID 19

1) Dalla Epidemia Di Covid 2019 2021 Alla Internazionalizzazione e Cooperazione Sanitaria Italiana Nel Mondo, Le Pandemie, Le Malattie Comunicabili, Le Zoonosi.
2) Ruolo Delle Università e Delle Facoltà Scientifiche e Medico Veterinarie Nel Contesto Nazionale ed Internazionale.
3) Ruolo Della Sanità Pubblica, Nuova Programmazione Nazionale Regionale ed Internazionalizzazione di un Modello Welfare Socio Sanitario e di Open Innovation, Technologies Implementation Validation and Governance.
4) Una Visione Globale delle Medicina del Terzo Millennio, Ricerca Formazione Didattica Innovativa, Open Innovation Techonologies Transfer, Mondo Industriale

B) SECONDO WORKSHOP NAZIONALE E REGIONALE
10-13 MAGGIO 2021 - I Vari Settori della Medicina

1) Le Malattie non Comunicabili, Oncologiche Cardiovascolari Metaboliche. Ortopediche Neurologiche. Le Nuove Frontiere Terapeutiche e Delle Ricerca, nel Contesto Internazionale delle Scienze Oncologiche.
2) Le Nuove Frontiere Diagnostiche e Terapeutiche e Della Ricerca, Nel Contesto Internazionale delle Scienze Genetiche e Della Genomica, Global Drugs and Vaccines Development.
3) Analisi Ed Esperienze di Cooperazione Internazionale Scientifica e Sanitaria Nei Paesi Lungo la Nuova Via Della Seta.

C) TERZO WORKSHOP NAZIONALE E REGIONALE
20-23 OTTOBRE 2021 - Cooperazioni ed Internazionalizzazione

Aree Geografiche e Specificità dei Bisogni e dei Prodotti professionali e tecnologici in Sanità.
1) Remote Second Medical and Surgical Opinion, Distance & Learning, International Postgraduate Education and Training.
2) Biomedical Research HORIZON 2020 European Platform 7, MAECI MOST, MAECI ANAS Models.
3) Preventive and Social Medicine, Corporate Welfare
4) Humanitarian Aids And International Scientific-Economic Joint Ventures.
a) Invitate Ambasciate Usa, Cina, India, Israele, Azerbaijan, Marocco, Russia, Uzbekistan, Kazakhstan, Corno D'Africa ed altre.
b) Commissioni Scientifiche Economiche Operative (con Tecnici, Medici, Diplomatici, Politici, Università, Industrie).

Per informazioni e preiscrizioni:
proffranconaccarellanew@gmail.com