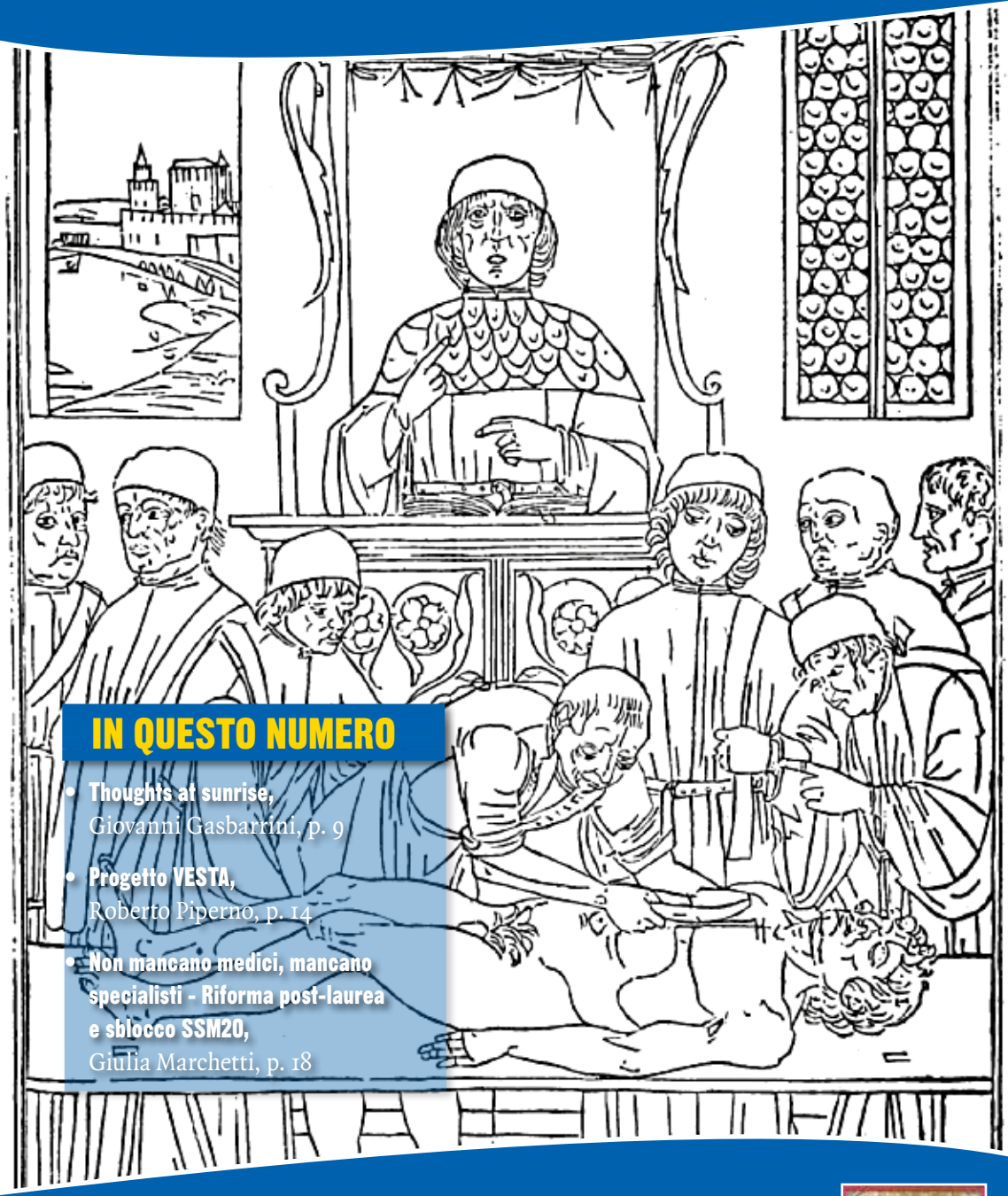
Bollettino Notiziario

anno li - N° 12 dicembre 2020



IN QUESTO NUMERO

- **Thoughts at sunrise,**
  Giovanni Gasbarrini, p. 9
- **Progetto VESTA,**
  Roberto Piperno, p. 14
- **Non mancano medici, mancano specialisti - Riforma post-laurea e sblocco SSM20,**
  Giulia Marchetti, p. 18

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

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

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

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Vittorio Lodi

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 NOVEMBRE 2020 è stato consegnato in posta il giorno 15/12/2020

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

SOMMARIO

ANNO LI - DICEMBRE 2020 N° 12

ARTICOLI

L'anno nuovo che verrà • **5**

Thoughts at sunrise • **7**

Progetto PEERS (Promuovere Empatia e Relazioni a Scuola) • **10**

Rapporto progetto VESTA sugli Stati Vegetativi, promosso da questo Ordine con la collaborazione di altri 24 Ordini • **12**

LETTERE • **16**

RECENSIONI • **20**

NOTIZIE • **22**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **22**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **22**

EVENTI DELL'ORDINE • **23**

CONVEGNI E CONGRESSI • **24**

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

RINGRAZIAMENTI AL PERSONALE SANITARIO • **31**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

Una lezione di anatomia di Mondino De' Luzzi (c. 1270-1326)

La silografia presente nell'edizione in-folio del 7 gennaio 1522 dell'opera "Fasciculus medicinae" di Jahannes de Ketham (copia in italiano presente nella raccolta della Biblioteca Trivulziana di Milano) raffigura il famoso anatomista dello Studio Bolognese, il "rinnovatore dell'anatomia" in cattedra nella sala settoria.

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

L'anno nuovo che verrà

Vittorio Lodi

Venditore. Almanacchi, almanacchi nuovi; lunari nuovi. Bisognano, signore, almanacchi?
Passeggere. Almanacchi per l'anno nuovo?
Venditore. Sì signore.
Passeggere. Credete che sarà felice quest'anno nuovo?
Venditore. Oh illustrissimo sì, certo.
Passeggere. Come quest'anno passato?
Venditore. Più più assai.
Passeggere. Come quello di là?
Venditore. Più più, illustrissimo.
Passeggere. Ma come qual altro? Non vi piacerebb'egli che l'anno nuovo fosse come qualcuno di questi anni ultimi?
Venditore. Signor no, non mi piacerebbe.
Passeggere. Quanti anni nuovi sono passati da che voi vendete almanacchi?
Venditore. Saranno vent'anni, illustrissimo.
Passeggere. A quale di cotesti vent'anni vorreste che somigliasse l'anno venturo?
Venditore. Io? non saprei.
Passeggere. Non vi ricordate di nessun anno in particolare, che vi paresse felice?
Venditore. No in verità, illustrissimo. .....
(GIACOMO LEOPARDI, *Dialogo di un venditore di almanacchi e di un passeggere*, 1832 Operette morali).

Credo che almeno dal dopoguerra, mai come questo anno si aspetti con ansia e speranza la fine dell'anno. Che poi sia un anno bisestile poco importa.
Ma questo anno, sicuramente difficile, pesante doloroso e tragico per tanti, qualche segno positivo, probabilmente, lo lascia.
Dopo la Caporetto iniziale l'Italia che, almeno in Europa, è stato uno dei Paesi più colpiti dalla pandemia Sars-CoV-2, ha saputo reagire ed è diventata, almeno in alcuni settori, un esempio ed una guida per altri Paesi.
Ricordiamo tutti con sbalordimento e rabbia il problema dei dispositivi di protezione individuale (DPI) spariti in pochi giorni e sulle cui indicazioni d'uso rilasciate da varie agenzie nazionali ed internazionali ci sarebbe tanto da discutere.
Ma oggi lo sappiamo allora forse un po' meno.
Ma di errori certamente ce ne sono stati. Probabilmente in molti casi inevitabili.
Ma, per rimanere nel nostro ambito, rimane anche la memoria dell'impegno senza se e senza ma profuso dalla maggior parte, quasi tutti, degli operatori sanitari. Un impegno ad onorare la propria dignità ed un codice etico e deontologico troppe volte non considerato da chi vuole gestire la sanità solo sulla base della visione economica e di una progettualità a breve termine.
Purtroppo, questo impegno ha portato anche a tante vittime tra i sanitari, come tra i nostri soldati che combatterono a Caporetto con pochi mezzi.
Ma questo impegno ha portato ad una risposta alla pandemia che possiamo considerare efficace anche se, certamente, non ancora risolutiva.
Ma il nuovo anno ci porta anche la speranza dei vaccini che dovranno essere gestiti nella più ampia chiarezza e trasparenza con informazioni chiare e basate sull'evidenza e che di nuovo vedranno impegnate schiere di operatori sanitari.
Speriamo che ci siano evitate le "bufale" e le polemiche ma che la gestione sia affidata a personale esperto, a medici che sulla base delle prove di evidenza oggi disponibili sappiamo correttamente informare la popolazione.
Attendiamo, quindi, il nuovo anno con fiduciosa attenzione e cautela.

..... Quella vita ch'è una cosa bella, non è la vita che si conosce, ma quella che non si conosce; non la vita passata, ma la futura. Coll'anno nuovo, il caso incomincerà a trattar bene voi e me e tutti gli altri, e si principierà la vita felice. Non è vero?
Venditore. Speriamo.
Passeggere. Dunque mostratemi l'almanacco più bello che avete.
Venditore. Ecco, illustrissimo. Cotesto vale trenta soldi.
Passeggere. Ecco trenta soldi.
Venditore. Grazie, illustrissimo: a rivederla. Almanacchi, almanacchi nuovi; lunari nuovi.
(GIACOMO LEOPARDI, *Dialogo di un venditore di almanacchi e di un passeggere*, 1832 Operette morali).

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

Thoughts at sunrise

Giovanni Gasbarrini*

Scrivo questa "lettera", che vuole essere una raccomandazione, così come lo potrebbe fare uno dei quasi 1.500.000 medici che svolge, essenzialmente e specie in questo periodo, un'attività assistenziale nel campo della Medicina Interna, nei riguardi di chi si rivolge a loro per consigli in una emergenza di tipo influenzale.
Ho deciso di inviare questo scritto ad una Rivista che viene letta, o dovrebbe essere tale, in particolare dai " Medici di Famiglia", e ritengo di poterlo fare dopo oltre 65 anni di attività clinica pratica, mettendo, per qualche momento, da parte le conoscenze che ho acquisito durante questi anni. Ciò è quello che ritengo avermi messo nelle condizioni di cercare di suggerire, a chi a me si è rivolto in varie decine di epidemie infettive ed in particolare influenzali.
Ribadisco comunque che assolutamente non intendo dare suggerimenti su cosa fare nelle procedure terapeutiche dell'attuale infezione da Coranavirus: questo è il compito degli esperti che, in tutto il mondo, stanno cercando di comprendere quale è la migliore terapia, dopo una corretta diagnosi, per risolvere i casi, anche i più gravi, della attuale emergenza.
Sono molto preoccupato per la tipologia dei suggerimenti dati, attraverso i più ascoltati "media", da varie categorie di Ricercatori ai Medici pratici, a cui viene chiesto che terapia fare in questa emergenza.
Ebbene: siamo tutti alla ricerca di cosa fare ora, e possiamo dire senz'altro che ancora le conoscenze sono relativamente assai scarse, ma voglio richiamare l'attenzione su quanto è successo nell'ultima stagione invernale in cui, oltre alla endemia da Coronavirus, l'Italia è stata interessata da una forma influenzale ad esordio acuto, in molti casi anche apparentemente più rilevante di quanto avviene nella prima fase dell'infezione dall'attuale Coronavirus.
In questi casi al paziente viene suggerito di non uscire, neppure per andare dal Medico, né di andare al PS, ma sentire i consigli telefonici

Dear Sir,
I wrote this letter-to-the-Editor being one of the nearly 1,500,000 physicians involved, especially in these demanding times, in the clinical activity of Internal Medicine. It is addressed to the many people asking them professional advice in the present emergency due to the SARS-CoV-2 pandemics. I decided to submit this letter to a Journal that is read, or should be read, by many Family Doctors. I believe I am entitled to do it leaving aside, for a while, the "scientific evidence" to turn to the knowledge acquired over 65 years of clinical practice.
This put me in the position of providing suggestions to those who asked me during dozens of mainly flu epidemics. I would like to make clear, however, that I am not at all intending to provide formal recommendations on what should be done in the currently raging COVID-19 spread. This is the task for experts who are trying worldwide to identify the best treatment to resolve even the most severe cases, once a correct diagnosis is made.
I am worried about the kind of information provided to Practitioners through the most popular media by various categories of scientists asked to give advice about the treatments that should be instituted in the current emergency. Well, we are all looking for what to do right now, and we can certainly say that knowledge is still relatively poor. I would like, however, to draw attention to what happened during the past winter season during which many Italians, in addition to COVID-19, have been affected by an acute-onset flu syndrome whose clinical manifestations are frequently even more relevant than those seen in the first phase of SARS-CoV-2 infection. In these cases, patients are advised not to go out, even to reach the physician or the hospital emergency department. Instead, they

del Medico di famiglia, e la maggior parte di questi suggerisce l'uso del solo Paracetamolo. Di questo farmaco, peraltro assai utile, viene fatto, non infrequentemente, un abuso con conseguenti rischi che potrebbero essere assai gravi.

Da qualche giorno, inoltre, viene suggerito: fare il tampone, ma nel frattempo, perché, in particolare nei soggetti con altra patologia pluri-organica, non suggerire quanto può essere utile per aiutare i pazienti a risolvere i sintomi più gravi? Tutti sanno che le forme virali non si curano con gli antibiotici, ma questi, nelle forme a largo spettro, possono servire a risolvere le sovrapposizioni batteriche, non infrequenti ed anche in maniera relativamente rapida, nei soggetti infetti da un virus che, di per sé, può provocare immunodeficenza.

E perché non dire subito che il cortisone, farmaco a cui si deve la salvezza di milioni di persone se usato in maniera adeguata, è un farmaco a disposizione per risolvere sintomi estremamente gravosi e pericolosi non solo a livello polmonare, ma anche gastro-intestinale, renale, osteo-articolare, vascolare, meningo-encefalico, e, confessiamolo, a cui spesso ricorriamo perché ci aiuta in maniera determinante?

E allora: diciamolo, dal momento che sono anche in molte linee guida e, soprattutto, molti li fanno, teniamoli come riserve che possono essere salva-vita, senza demonizzarli, ma raccomandando a tutti di chiedere al Medico di Famiglia (che dovrebbe poter valutare direttamente il quadro clinico!) come e quando usarli.

Mi si dirà: ci sono già ricerche che indicano come l'uso eccessivo e inadeguato degli antibiotici conduca alla «resistenza» per questa categoria di farmaci, così come mi si obbietta che esistono già ricerche che hanno dimostrato come i corticosteroidi non migliorino l'andamento di queste infezioni virali. Ben le conosco, queste ricerche, e le ho fatte e insegnate anche io, ma penso di potere senz'altro affermare che mancano molte informazioni, non tanto per quanto si riferisce alla guarigione, ma e soprattutto per quanto giovino al miglioramento del quadro clinico, con tutti i successivi vantaggi terapeutici. Ciò anche considerando che, ad esempio i corticosteroidi,

should follow the advice provided by telephone by Family Doctors, who, in most instances, suggest the use of the sole paracetamol. This drugs is certainly useful, but is often abused and this may lead to even possible severe side-effects. Moreover, for a few days, it has been suggested to make a swab. Why not suggest, in the meantime, what can be useful to resolve or attenuate the most severe symptoms, particularly in those subjects affected by comorbidities?

It is well known that viral diseases should not be treated with antibiotics. However, broad-spectrum antibiotics could help in fighting, even rapidly, bacterial overlaps, not so infrequent in immune-deficient subjects infected with a virus, which in itself may further weaken their immune response. Furthermore, why not immediately say that corticosteroids, the correct use of which is beneficial to millions of patients, are available to resolve severe and dangerous symptoms not only related to lung disease, but also to disorders affecting the gastro-intestinal tract, kidneys, osteo-articular system, vascular system, meningo-encephalic territory, and to which we often resort because they helps us decisively? Then let's speak out, as the use of steroids and antibiotics is recommended by several guidelines and, above all, many physicians use them. Let's keep them as a supply that can be life-saving, avoiding to demonize them, but inviting Family Doctors (who should be able to evaluate the clinical picture in a direct way) to consider how and when to prescribe these drugs.

It could be argued that there are several pieces of evidence showing that the excessive and inadequate use of antibiotics leads to microbial resistance, as well as it could contested that several studies demonstrated that steroid administration do not improve the course these viral diseases. I am well aware of them, as I also conducted research activity in these fields and taught this matter to students and residents. Nevertheless, I think that it can be declared that a lot of information in this field is still missing, not so much concerning full recovery, but, mainly, relating to their effect in improving the clinical picture, with many

sono impareggiabili anti-infiammatori, assai poco rischiosi nelle somministrazioni brevi rispetto ad altri farmaci, ed hanno, ad esempio, azione diretta anche sulla interleuchina 6, per la quale vengono proposti tanti farmaci assai costosi che, fra l'altro, potrebbero avere rischi ben maggiori, forse nel tempo ed in particolari condizioni associate.

Questo è ciò che mi ha spinto a inviare questa lettera, in particolare dopo avere ascoltato, qualche giorno fa alla televisione, una rappresentante dei Medici di famiglia a cui veniva chiesto come aveva curato una paziente che Le aveva telefonato per chiedere cosa fare per una severa ipertermia, a cui aveva risposto: Paracetamolo, ripetendo lo stesso suggerimento dopo 3 e più giorni, senza altri suggerimenti fino a quando si era decisa a consigliare il Pronto Soccorso.

Pensate a cosa può succedere, ad esempio sul piano cardiaco, ad un paziente anziano a cui, in presenza di una polmonite, qualunque sia la sua corretta eziologia si attende l'esito del tampone invece di risolvere la insufficienza respiratoria acuta che può instaurarsi in tempo brevissimo.

Non sarà forse questo uno dei motivi per cui sono morti sopratutto gli anziani e, anche se giovani, quelli con patologia multi-organica e con organi facilmente interessati dalla insufficenza.

Lasciamo, quindi, agli scienziati, italiani e di tutto il mondo, ricercare un vaccino adeguato, ma che certo non servirebbe in queste giornate di malattia, e soprattutto l'individuazione di farmaci biologici atti a bloccare il virus e la sua replicanza, e questo in particolare nella fase prodromica ed oligo-sintomatica della malattia, ma noi occupiamoci prevalentemente di quanto si può fare nella seconda fase della malattia in cui le complicanze e i sintomi possono indicarci quale strada percorrere per non cadere nella terza fase, quella in cui ai nostri rianimatori ed intensivisti dovrà essere lasciato il compito in cui sono impareggiabilmente esperti e ai quali dovrà essere fornito tutto il materiale e la strumentazione necessana.

** Giovanni Gasbarrini*
Professore Emerito di Medicina Interna
all'Università Cattolica, in Roma

subsequent therapeutic benefits. For example, we should consider that corticosteroids possess an incomparable anti-inflammatory activity, and carry very little risk in the short-term administration as compared with other anti-inflammatory drugs, and also directly inhibit the expression of interleukin-6 and its receptor. Other drugs exert the latter effect, but are very expensive and possibly more risky over time and in specific associated conditions.

These were the thoughts that prompted me to write this letter, particularly after hearing, a few days ago on television, the tale of a representative of Family Doctors. She was asked to report her advice to a patient who had phoned because of hyperthermia. She had replied: Paracetamol, repeating the same prescription after three and more days, without any other suggestion, until she decided to recommended the patient to reach the hospital emergency department. Just think about what could happen, for example at the heart level, to an elderly patient who, in the presence of pneumonia whatever his etiology, waits for the result of the swab instead of being treated for an impending acute respiratory failure. Possibly, is not this a reason why elderly, but even young, patients carrying multi-organic dysfunctions have ultimately died?

In conclusion, let's leave to scientists all over the world to develop an effective vaccine, which certainly would not be immediately useful in these days of raging pandemics, and, above all, the identification of biological drugs succeeding in blocking viral replication, especially in the prodromal and oligo-symptomatic phase of the disease. We should mainly care about what can be done in the second phase, when symptoms can indicate the way forward to prevent the third one, where full blown complications require all the incomparable expertise of intensivists, to whom any necessary materials and equipment must be provided.

**Prof.Giovanni Gasbarrini*
Professor Hemeritus in Internal Medicine,
Catholic University, Roma

Progetto PEERS (Promuovere Empatia e Relazioni a Scuola)

Spazio d'ascolto psicologico per gli studenti che incontrano difficoltà relazionali

Gentile
il Distretto Lions 108Tb ha ideato, con la collaborazione del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna, uno spazio d'ascolto psicologico per tutti gli studenti, di qualsiasi età, che incontrano difficoltà relazionali con i propri pari, anche in seguito ai cambiamenti causati dal lockdown e dal distanziamento sociale della pandemia COVID-19, o che sono vittime di episodi di bullismo e cyberbullismo.
Il progetto PEERS (Promuovere Empatia E Relazioni a Scuola) fornirà attività di consultazione e/o un percorso di sostegno psicologico a cui potranno rivolgersi, in funzione delle difficoltà riscontrate, i ragazzi, i genitori e gli insegnanti. Tutti gli incontri sono svolti in modalità telematica e sono gratuiti. È possibile prenotare un appuntamento scrivendo a psi.peers@unibo.it a partire da novembre 2020 fino a giugno 2021. Il progetto ha già ricevuto il patrocinio gratuito dell'Ufficio scolastico regionale e le scuole della regione dovrebbero aver già ricevuto il materiale.
Nella speranza che condivida con noi la bontà del progetto, le chiedo una collaborazione per dare massima diffusione ai materiali allegati affinché possiamo raggiungere più persone possibile.
Grazie infinite per l'attenzione prestatami.

Emanuela Venturi
Officer Lions distrettuale Dipartimento scuola

PEERS-Promuovere Empatia E Relazioni a Scuola
SPAZIO DI ASCOLTO PSICOLOGICO PER LA PROMOZIONE DELL'EMPATIA E DELLE RELAZIONI A SCUOLA E IL SUPPORTO PER LE VITTIME DI BUWSMO E CYBERBULLISMO

Introduzione
L'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato la natura di pandemia (World Health Organìzation, 2020) della malattia COVID-19, indicando la necessità di stabilire misure di contenimento della diffusione del virus, tra cui la chiusura delle scuole (Viner et al., 2020). La pandemia e le misure di contenimento sono state paragonate ad una "tempesta" per la salute mentale di bambini e adolescenti (Danese e Smith, 2020), ipotizzando la crescita di alcuni fenomeni tra cui il bullismo e il cyberbullismo (Yahya, Khawaja, Chukwuma, 2020). Le relazioni tra bambini e adolescenti si sono, infatti, modificate nei tempi e nelle modalità, i comportamenti a rischio non sono stati identificati dalle agenzie educative e le vittime non hanno ricevuto il necessario sostegno e supporto (Yahya, Khawaja, Chukwuma, 2020).
La crescita del bullismo e cyberbullismo è un dato allarmante se pensiamo all'impatto di questi fenomeni sulla salute, sul benessere individuale degli adolescenti e sul sistema socio-educativo sanitario (Espelage e Hong,

2017; Hutson et al., 2018). Il bullismo e il cyberbullismo hanno infatti un'influenza negativa sul clima scolastico e, più in generale, sugli ambienti di apprendimento, rappresentando un motivo di preoccupazione per insegnanti e genitori. Infine, nei casi in cui vi è un maggior livello di sofferenza psicologica i ragazzi vittime possono adottare comportamenti rischiosi per la propria salute ed estremi come il suicidio (Hìnduja e Patchin, 2010).

Spazio di ascolto psicologico PEERS

Lo spazio di ascolto psicologico PEERS (Promuovere Empatia E Relazioni a Scuola) nasce all'interno di questo contesto di emergenza con l'obiettivo di promuovere l'empatia e le relazioni positive.

PEERS fornirà attività di consultazione e/o un percorso di sostegno psicologico per tutti gli studenti che incontrano difficoltà relazionali con i propri pari, anche in seguito ai cambiamenti causati dal lockdown e dal distanziamento sociale della pandemia COVID-19, o che sono vittime di episodi di bullismo e cyberbullismo. In funzione delle difficoltà riscontrate il percorso di consultazione e/o di sostegno psicologico potrà coinvolgere i ragazzi, i genitori e gli insegnanti.

Tutti gli incontri sono svolti in modalità telematica e sono gratuiti. È possibile prenotare un appuntamento scrivendo apsi.peers@unibo.it a partire da novembre 2020 fino a giugno 2021.

Referenti

Il progetto è proposto dal Lions Club International (Distretto I 08-TB) e dal Dipartimento di Psicologia "Renzo Canestrari" dell'Università di Bologna con il patrocinio dell'Ufficio Scolastico Regionale per Emilia-Romagna, con l'obiettivo di creare sul territorio una sinergia tra servizi territoriali, associazioni ed enti pubblici. I referenti del progetto per il Dipartimento di Psicologia sono Annalisa Guarini (annalisa.guarini@unibo.it), Elena Trombini e Silvana Grandi. La referente per il Lions Club International è Emanuela Venturi.

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

Rapporto progetto VESTA sugli Stati Vegetativi, promosso da questo Ordine con la collaborazione di altri 24 Ordini

Roberto Piperno

Egregi Colleghi,
è con piacere che Vi inoltro il rapporto del Dott. Roberto Piperno, Investigatore Principale del progetto VESTA sugli Stati Vegetativi, promosso da questo Ordine con la collaborazione di altri 24 Ordini.
Tale progetto venne promosso grazie al contributo della Fondazione Pendagron (Londra) sollecitato da questo Ordine.
Colgo l'occasione per sottolineare le risultanze positive del progetto che ha permesso di distinguere con maggiore accuratezza gli stati di minima conoscenza rispetto agli stati vegetativi.
Il progetto inoltre fu in grado di sollecitare alcuni territori del nostro Paese che erano privi di strutture clinico assistenziali per persone degli stati c.d. vegetativi.
Fa inoltre piacere sottolineare come questo appaia essere uno d i pochi progetti scientifici promosso da Ordini dei Medici.
Colgo l'occasione per inviare i miei saluti più cordiali unitamente gli auguri per le incipienti Festività.
Cordiali saluti.

Il Presidente
(Dott. Giancarlo Pizza)

Gent.mo Dott. Giancarlo Pizza,
nel rinnovarle il ringraziamento per l'attenzione sempre dedicata al progetto che mi onoro di avere coordinato, Le trasmetto come richiesto la relazione sulle attività del progetto stesso.
Confido di avere esaurientemente riassunto gli elementi che possono essere di utilità e di avere efficacemente rappresentato la complessità di un percorso di lavoro che ha determinato risultati importanti non solo conoscitivi, ma anche sotto il profilo dei comportamenti clinici di molti colleghi che al progetto stesso hanno attivamente partecipato.
Sono ovviamente a disposizione per quanto si rendesse ulteriormente utile.
Con i miei più cordiali saluti

Roberto Piperno

REPORT SUL PROGETTO VESTA
Roberto Piperno, DM
Neurologo e Fisiatra, PI del Progetto VESTA

Una necessità etica, sociale e di programmazione dei servizi ha dato alimento a questo progetto che è stata la prima finestra di osservazione sistematica in Italia sugli aspetti diagnostici degli Stati clinici di coscienza ridotta (Stati Vegetativi - VS e Stati di Minima Coscienza - CS), intesi come condizioni di disabilità estrema. In queste situazioni cliniche in particolare vi è la necessità di assicurare il grado più alto di accuratezza diagnostica in un ambito con ancora molti elementi di incertezza.
Sia VS che MCS sono stati non comunicativi e la diagnosi differenziale dei due stati ha margini di incertezza. Ciò implica un obbligo etico nella direzione di una migliore caratterizzazione di questi pazienti. Sebbene il numero limitato, hanno un forte impatto in termini di esigenze sanitarie, politiche sanitarie e questioni bioetiche (questioni di "futilità" e "fine vita"). Inoltre, alcuni pazienti con VS possono mostrare un recupero tardivo: almeno una parte di questi casi può corrispondere a "scoperte tardive", data l'alta probabilità di diagnosi errate. Discriminare tra VS e MCS "non comportamentale" può essere estremamente importante poiché il recupero nel MCS può essere più prolungato rispetto a VS e può anche essere molto tardivo.

La definizione dei criteri diagnostici per lo Stato Vegetativo ha avuto una sistematizzazione con il rapporto della Multisociety Task Force (MSTF) nel 1994. Nel 2003 criteri diagnostici furono ridefiniti nelle linee di guida inglesi del Royal College of Physician (aggiornate nel 2013). Negli stessi anni però si andavano accumulando evidenze su una elevata incidenza di errore diagnostico che raggiungeva percentuali fino al 43%. L'Aspen Neurobehavioural Workgroup propose pertanto nel 1996 l'introduzi one di una nuova categoria diagnostica (Stato di minima Coscienza - SMC). Ciononostante, la misdiagnosis di SV si attesta ancora sul 41%, e mostra che anche la diagnosi di SMC è erronea in circa il 10% dei casi.

Con il progetto VESTA ci si è proposti in primo luogo di valutare per la prima volta quanto incide nel contesto clinico italiano la misdiagnosis e se questa si colloca su valori confrontabili con quelli già individuati in altre realtà europee. Ci si è proposti inoltre di favorire una crescita di attenzione della comunità clinica al problema della accuratezza diagnostica ed una diffusione di "buone pratiche" nel percorso di accertamento diagnostico.

Questo progetto è stato originariamente promosso nel 2009 dagli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna, Ferrara, Rimini (Emilia-Romagna), Lodi, Milano, Pavia (Lombardia), Trieste (Friuli Venezia-Giulia), Roma, Latina (Lazio), Catania, Messina, Palermo (Sicilia), Lucca (Toscana), Potenza (Basilicata) per far avanzare ulteriormente la comprensione dello stato vegetativo, in considerazione dell'impatto che può produrre sui pazienti, le loro famiglie e per il Codice Etico professionale. Successivamente il numero dei Collegi Provinciali dei Medici e degli Odontoiatri (OMCeO) che hanno aderito al progetto è salito a 23, ed è stato istituito il Comitato Direttivo del Progetto Vesta composto da 40 esperti nominati dagli Ordini provinciali. Il Comitato Direttivo vedeva la presenza di: Aloisi Paolo, L'Aquila; Babbini Maria Teresa, Ancona; Beretta Luigi, Milano; Bonamartini Andrea, Ancona; Brau Maria Franca, Sassari; Busson Luca, Rovigo; Chirico Chiara, Rimini; Cipriani Anna Maria, Roma; Colonna Fabio, Bari; Cartelli Pietro, Bologna; Costanzo Erminio, Catania; Damiano Maria, Potenza; Devalle Guya, Milano; Di Fabio Roberto, Latina; Formisano Rita, Roma; Giraldi Carlo, Lucca; Giraldi David, Lucca; Giunco Fabrizio, Pavia; Guizzetti Giovanni Battista, Bergamo, Pavia; Ianes Aladar, Milano; Landi Roberto, Lucca; Lanzilotti Crocefissa, Bari; Lino Mario, Milano; Marrelli Alfonso, L'Aquila; Mattaliano Alfredo, Palermo; Monti Fabrizio, Trieste; Paderni Sergio, Latina; Paladino Piera, Palermo; Panebianco Mariangela, Catania; Pizzolato Gilberto, Trieste; Pozone Tullio, L'Aquila; Ravasio Alessandro, Rimini; Righetti Giovanni, Latina; Rota Costantino, Bergamo; Sessa Edoardo, Messina; Solano Jorge Navarro, Bari; Sturiale Carmelo, Bologna; Tamborino Carmine, Ferrara; Tenuta Maurizio, Salerno; Tugnoli Valeria, Ferrara.

Il progetto VESTA ha avuto un esteso esame ed una ampia validazione da parte di molti Comitati Etici Indipendenti in Italia. La prima approvazione è stata quella del Comitato Etico indipendente del Centro capofila di Bologna (Cod. CE: 10031) e a seguire quella dei Comitati etici indipendenti di competenza per le diverse unità cliniche collaboranti al progetto. Sette di questi pareri ed approvazioni sono stati acquisiti anche agli atti del Centro coordinatore di Bologna (ASUR Marche, Latina, Firenze, ASL RomaB, Sassari, Bergamo, Don Gnocchi).

Lo studio è stato illustrato e discusso con le associazioni rappresentative delle famiglie di persone con esiti di grave cerebrolesione acquisita (FNATC - Federazione Nazionale delle Associazioni Trauma Cranico, La Rete) in un confronto continuativo ed un rapporto di proficua collaborazione che ha avuto inizio fin dall'ottobre 2010 in un apposito meeting tenutosi a Bologna.

Con il contributo iniziale del Pendragon Charitable Trust, il progetto VESTA ha percorso le seguenti tappe:

- Marzo 2010 definizione del protocollo sperimentale
- Giugno 2010 approvazione del Comitato Etico (Codice CE: 10 031)
- Settembre 2010 creazione del database
- Presentazione ottobre 2010 agli stakeholder

• Riunione di avvio di novembre 2010 e prima formazione di valutatori (gennaio 2011),
• Marzo 2011 avvio del registro online
• Aprile e settembre 2011fo rmazione di base e avanzata dei valutatori
• Ottobre 2011 prima analisi dei dati e incontro scientifico.

Dal 29 novembre 2011 il progetto VESTA ha continuato l'attività con un finanziamento ministeriale della Ricerca Finalizzata 2009 (progetto RF-2009-1529938 - ltalian Observational Study on Vegetative State). Nel corso dei successivi 3 anni di finanziamento sono stati attivati un assegno di ricerca per un neurologo ed una borsa di studio per un neuropsicologo, sono state acquisite attività di psicologia clinica ed è stato definito un contratto per l'analisi statistica con uno spin-off del Dipartimento di Statistica dell'Università di Bologna. Il registro online dello studio VESTA è stato realizzato e manutenuto da una software-house di Ravenna.

Incontri informativi con gli Ordini Provinciali dei Medici coinvolti in qualità di stakeholders e sollecitatori del progetto si sono tenuti regolarmente ad ottobre 2011, giugno 2012 ed aprile 2013 in diverse iniziative tenutesi a Milano, Roma, Bologna, Latina, Trieste. Il 9 febbraio 2012 il progetto è stato illustrato nell'ambito della iniziativa promossa dal Ministero della Salute nella sede stessa del Ministero in Roma, sul tema dei progetti in corso per le persone con Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza.

I risultati sono stati discussi nei Meeting di Progetto tenutisi a Bologna il 23 giugno 2012, il 6 aprile 2013 ed il 7 giugno 2014, alla presenza dei rappresentanti degli Ordini dei Medici. Una presentazione si è tenuta a Latina l'11 ottobre 2012 nella sede dell'Aula Consiliare della Provincia.

Il 9 ottobre 2013 si è tenuto nell'Auditorium del Ministero della Salute a Roma, il convegno "Diagnosi e Misdiagnosi degli stati vegetativi. I risultati dello studio Italiano" che ha visto la discussione dei risultati con la presenza dei rappresentanti degli Ordini dei Medici, dei rappresentanti delle Associazioni di famigliari e dei rappresentati delle istituzioni. È stata realizzata una rete di momenti di diffusione e sensibilizzazione che hanno ottenuto riscontro anche nella stampa quotidiana (Avvenire del 10 e del 17 ottobre) e nella stampa Ordinistica (Medicin a Pontina del novembre 2012).

La presentazione conclusiva al pubblico ed agli stakeholders si è tenuta nel convegno di Bologna del 7 ottobre 2014: Disordini della Coscienza: Reti e Percorsi. In particolare nel corso di questo Convegno conclusivo sono state anche esplorate possibili interazioni fra risultati di questo progetto e risultati di altri progetti nazionali, condotti nella stessa area clinica di bisogni assistenziali (progetti CCM INCARICO e PRECIOUS), per la definizione di percorsi assistenziali appropriati ed efficienti e per la tutela dei bisogni di cura e salute di queste persone con un grado così elevato di fragilità personale e familiare. Sono state inoltre esplorate le possibilità di dare vita ad una rete europea "dei risvegli" per la diffusione delle buon e pratiche.

314 casi sono stati arruolati per lo studio. 294 rispondevano a tutti i requisiti informativi; 20 sono stati esclusi. I pazienti sono stati arruolati da 22 Unità Operative, di cui 10 situate nel Nord Italia, 6 nel Centro e 6 nel Sud. Il 45% dei casi proviene dal Nord, il 28% dal Centro Italia ed il 27% dal Sud Italia. La quasi totalità è di nazionalità italiana. Il 23% dei casi presenta un'eziologia traumatica, il 72% un'eziologia non traumatica ed il 5% presenta un'eziologia mista. Il 5% dei pazienti è collocato in unità di riabilitazione, il 32% in strutture socioassistenzia li, il 16% in unità di lungodegenza medica, il 15% a domicilio. La numerosità dei casi arruolati a domicilio cresce sensibilmente dal Nord al Centro-Sud (8-18%). Il 57% dei pazienti è di sesso maschile, con età media di 54 anni (± 16 anni). Il 23% dei casi è sotto i 40 anni di età. La maggior parte dei casi è coniugato (57%) mentre il 22% era celibe/nubile.

Il 71 % dei casi è entrato nello studio con una diagnosi clinica di Stato Vegetativo, il 23% con diagnosi clinica di Stato di Minima Coscienza. Gli Stati vegetativi prevalgono fra le cause non traumatiche con l'80,5% contro il 64,7% negli esiti di trauma cranioencefalico.

La diagnosi di SV è stata confermata nel 73% dei casi.
La percentuale di misdiagnosis è al 27%. Fra questi casi misclassificati, la maggior parte risultano essere Stati di Minima Coscienza (19%) ma non pochi (circa 8%) sono addirittura in uscita dallo MCS.

La diagnosi di MCS, è stata confermata nel 57% dei casi.
Nel restante 43% troviamo una quota maggiore di casi che sono in realtà già usciti dallo MCS, ma troviamo anche casi (quasi 10 %) che si trovano ad un livello di SV. In conclusione, la osservazione neuro-comportamentale strutturata riclassifica la diagnosi con 56 casi di Stato Vegetativo, +14 di Stato di Coscienza Minima e addirittura 42 casi già usciti dallo Stato di Coscienza Minima.
Il numero di casi per cui è disponibile almeno una valutazione clinica di follow-up è pari a 137. La coorte è rappresentativa della intera popolazione dei casi arruolati nello studio. Il tempo trascorso tra la prima valutazione ed il 1° follow-up è di 8,6 mesi mediamente. I casi in cui la diagnosi di SV è stata confermata al 1° follow-up sono stati il 91%. I casi in cui è stata confermata la diagnosi di SMC sono stati pari al 82%. In generale, nel 5,5% dei casi si è registrato un miglioramento della diagnosi di coscienza. In circa due anni di osservazione almeno 4 casi con diagnosi confermata di SV hanno avuto una evoluzione verso lo Stato MCS o oltre. Analogamente, almeno 6 casi con diagnosi confermata di MCS hanno visto un miglioramento verso livelli più alti di consapevolezza.
Il 56% dei casi presenta una o più complicanze o danni secondari. Vi è uttavia un 18% in cui non si osservano affatto complicanze ed un 6% con un numero alto di complicanze. La più rappresentata è il disturbo ipertonico-distonico che in un terzo circa dei casi si accompagna a grave limitazione dell'articolarità dell'anca, realizzando una condizione presumibile di difficile o impossibile mobilizzazione e posizionamento seduto del paziente. Segue in ordine di frequenza la presenza di lesioni cutanee da pressione. A domicilio si osserva la percentuale minore di lesioni cutanee da pressione (15%) mentre si ha la massima presenza di limitazioni dell'articolarità alle anche (49%). All'opposto, nelle aree sociosanitarie e sanitarie di lungodegenza si hanno lesioni cutanee da pressione nella misura del 26-27%.
Nell'ambito del progetto, alcuni gruppi operativi che non avevano Centri di riferimento per l'accoglienza di questi soggetti nella fase postacuta degli esiti (sanitari sociosanitari o socioassistenziali) hanno potuto condurre esperienze significative di ricognizione sul proprio territorio con la collaborazione delle Istituzioni e dei propri OMCeO, come ad esempio nei casi di Lucca e di Latina. I rapporti di questi gruppi mettono in evidenza un risultato di particolare rilievo del progetto VESTA nella costruzione di reti locali di collaborazione che hanno determinato un sensibile aumento dell'attenzione rivolta a questi casi ed alle loro famiglie, che, per quanto caratterizzati da bisogni assistenziali complessi ed importanti, vivevano per lo più in una condizione di relativa oscurità per la rete sanitaria.
Di particolare valore è stata la condivisione delle migliori pratiche nel processo di valutazione diagnostica tra i gruppi di valutatori clinici. Questo, attraverso eventi di formazione e una continua rete di contatti e scambi, ha contribuito a portare l'attenzione su una popolazione clinica di persone spesso dimenticate nei percorsi della cronicità a tal punto da risultare spesso difficili da individuare nei rispettivi territori. Più di 100 professionisti sono stati coinvolti in un miglioramento complessivo dell'accuratezza diagnostıca, con una maggiore attenzione alle condizioni in cui vivono le famiglie e una migliore comprensione dei loro bisogni. Già nel primo anno il progetto Vesta ha prodotto importanti risultati in termini di diffusione delle migliori pratiche cliniche nella comunità dei neurologi e dei fisiatri impegnati nell'assistenza a queste persone. Un secondo risultato importante è il contributo ad un aumento di attenzione dedicata a queste persone dalle istituzioni preposte alla programmazione dei servizi sanitari.

Bologna, 4 dicembre 2020

Abbiamo ricevuto da una giovane collega e volentieri pubblichiamo questa lettera.
La lettera evidenzia un disagio molto importante e direi mortificante per un giovane collega che ha superato un lungo periodo di studi.
La lettera evidenzia in termini cortesi ma molto chiari e decisi un problema ormai non più nuovo, al quale non sono mai state date risposte altrettanto chiare dai nostri "decisori".
Spero, quindi, che questa lettera apra un dibattito che permetta di giungere, finalmente, a proposte concrete per risolvere questo problema che, è importante ricordare, non è un problema della giovane collega ma è un problema per la salute dei cittadini.

Vittorio Lodi

NON MANCANO MEDICI, MANCANO SPECIALISTI
Riforma post-laurea e sblocco SSM20

Dicono che mancano medici. Siamo 24.000 medici abilitati e siamo pronti a prestare il nostro servizio, ma a nessuno interessa.
Laurearsi in Medicina e Chirurgia è difficile. Specializzarsi è, per molti di noi, impossibile: l'epopea di giovani medici ingannati da una formazione post-laurea mal organizzata.

Sono la Dottoressa Giulia Marchetti, Medico Chirurgo. Scrivo perché sento il bisogno di fare corretta informazione su un tema che dovrebbe essere caro a tutti: la formazione post-laurea dei giovani medici in Italia. Cercherò di essere breve e chiara, pur non tralasciando i dettagli che rendono questa storia, a tratti, incredibile.

L'iter per formare un medico è lungo: sei anni di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e altri quattro o cinque anni di Scuola di Specializzazione. Specializzarsi non è solo il 'coronamento di un sogno', ma l'unico modo che un medico ha per lavorare all'interno del nostro Servizio Sanitario Nazionale, oltre alla Medicina Generale. Per accedere ad una Scuola di Specializzazione occorre partecipare ad un concorso. Tale concorso negli ultimi anni è stato il mezzo attraverso il quale la Pubblica Amministrazione ha generato quello che viene definito 'imbuto formativo': molti medici partecipano, ma pochi, rispetto alla reale necessità, entrano in Scuola di Specializzazione. Per rendere chiaro il problema, ecco qualche numero: al concorso svoltosi in data 22 Settembre 2020 hanno partecipato 23.756 candidati a fronte di un totale di 14.455 contratti disponibili per la formazione medica specialistica, pertanto oltre 9 000 medici abilitati rimarranno esclusi [https://www.miur.gov.it/web/guest/-/prova-di-ammissione-alle-scuole-specializzazione-di-area-sanitaria]. Negli anni, e specialmente quest'ultimo anno, i contratti disponibili sono aumentati, tuttavia lo sforzo non è sufficiente: entro il 2023 potrebbero mancare circa 10mila medici specialisti, e in uno scenario più pessimistico ma sempre realistico, la mancanza potrebbe arrivare a circa 24.000 [https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2020/09/28/sanita-nel-2023-mancheranno-oltre-10mila-specialisti_b091f293-0679-40b8-a502-0758b1981edb.html]. Nella pratica questo significa che in futuro i cittadini avranno sempre maggiore difficoltà, se non impossibilità, ad essere curati nel rispetto dell'articolo 32 della nostra Costituzione: la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

La storia non si fa con i 'se' ed i 'ma', per questo espongo di seguito lo storico dettagliato del vergognoso iter che ci ha visto protagonisti come partecipanti al concorso SSM2020.
24 luglio: pubblicazione del bando di concorso, con data dell'esame il 22 settembre 2020.
Successivamente si sollecita la pubblicazione dell'allegato che dettagli il numero di borse messe a concorso per ogni specialità. Inoltre non si conosce ancora la procedura con cui il Ministero ha intenzione di proteggere i concorrenti dal contagio da SARS-COV-2. Vedendo la crescita dell'indice di contagio R0, viene chiesto al Ministero di confermare l'intenzione di svolgere il concorso il mese successivo.
28 agosto: il Ministro Manfredi conferma, prima tramite un post sul suo profilo Facebook, poi mediante comunicazione ufficiale sul sito del MIUR [https://www.miur.gov.it/web/guest/-/comunicato-del-28-08-2020-concorso-di-ammissione-dei-medici-alle-scuole-di-specializzazione-di-area-sanitaria-a-a-2019-2020], la data del concorso. Inoltre viene rinviata all'8 settembre 2020 la comunicazione delle sedi in cui i candidati dovranno svolgere la prova (inizialmente prevista per l'1 settembre 2020). I candidati, a meno di un mese dal test, non sanno ancora come organizzarsi per raggiungere le sedi concorsuali.

15 settembre: 7 giorni prima del test, viene comunicato il numero di borse messe a concorso e la distribuzione nelle scuole [https://www.miur.gov.it/web/guest/-/concorso-di-ammissione-dei-medici-alle-scuole-di-specializzazione-di-area-sanitaria-a-a-2019-20-1].
22 settembre: svolgimento del concorso: 23.756 candidati concorrono per 14.455 posti; la prova, della durata di 210 minuti, svoltasi in presenza, ha previsto la soluzione di 140 quesiti a risposta multipla. La graduatoria nazionale, come definito dal bando, verrà pubblicata il 5 ottobre 2020.
5 ottobre: compare sul sito del MIUR un avviso che rinvia, a data da destinarsi, la pubblicazione della graduatoria [https://www.miur.gov.it/web/guest/-/scuole-di-specializzazione-di-area-sanitaria-rinvio-pubblicazione-della-graduatoria-unica-nazionale-di-merito]. Il Ministero attribuisce la causa del rinvio ai numerosi ricorsi ricevuti e alla necessità di procedere alla corretta formazione della graduatoria nel rispetto del dictum cautelare dell'autorità giudiziaria.
Viene chiesta una nuova data di pubblicazione della graduatoria. Vie non ufficiali indicano la data del 26 ottobre 2020 come possibile.
7 ottobre: il Ministero comunica, nell'area personale Universitaly di ciascun candidato, che la Commissione nazionale ha giudicato fondate le segnalazioni fatte relativamente a due domande presenti nella prova di concorso (domanda 128 e domanda 87), pertanto si dovrà procedere al ricalcolo del punteggio.
12 ottobre: il Ministro afferma, in un intervento all'assemblea del Comitato Universitario Nazionale, che il 26 ottobre non verrà pubblicata la graduatoria, ma verranno comunicate notizie sulla futura data di pubblicazione della graduatoria.
26 ottobre: contrariamente a quanto affermato dal Ministro il 12 ottobre, alle ore 15 viene pubblicata la graduatoria, tuttavia provvisoria per gli ulteriori sopravvenuti ricorsi. [https://www.miur.gov.it/web/guest/-/concorso-per-l-accesso-dei-medici-alle-scuole-di-specializzazione-di-area-sanitaria-per-l-a-a-2019-2020-comunicazione-ai-candidati].
2 novembre: senza alcun preavviso, nell'area personale Universitaly di ciascun candidato, è permesso scegliere le specializzazioni e le sedi in cui immatricolarsi; la data di inizio di tale procedura sarebbe dovuta essere, come da cronoprogramma, il 9 novembre 2020; tale procedura rimane aperta per circa mezz'ora, poi l''errore', se così può chiamarsi, viene corretto: il Ministero annulla le scelte operate dai candidati e parla di bug informatico.
9 novembre: viene pubblicato il cronoprogramma aggiornato [https://www.miur.gov.it/web/guest/-/concorso-per-l-accesso-dei-medici-alle-scuole-di-specializzazione-di-area-sanitaria-per-l-a-a-2019-2020-nuovo-cronoprogramma-]. Il nuovo cronoprogramma prevede l'avvio della fase delle scelte a partire da lunedì 23 novembre p.v. fino a venerdì 27 novembre 2020, con assegnazioni il 30 novembre 2020 e termine per le immatricolazioni mercoledì 9 dicembre 2020. L'avvio della fase straordinaria di recupero è previsto per il 16 dicembre 2020. L'inizio delle attività didattiche resta fermo, così come previsto dal bando del 24 luglio 2020, n. 1177, alla data del 30 dicembre 2020.
23 novembre: viene aperta la fase di scelta; viene contestualmente comunicato che la graduatoria, allo stato degli atti e del contenzioso, è stata aggiornata e che, per motivi ignoti, la fase di scelta si chiuderà il 30 novembre 2020 alle 12.00 (e non il 27 come da cronoprogramma) [https://www.universitaly.it/uploads/ssm/2020/DDG_Aggiornamento_graduatorie_SSM_2019_2020_m_pi_AOODPFSR_REGISTRO%20DECRETI_0001948_23_11_2020.pdf].
30 novembre: la fase di scelta, che avrebbe dovutoconcludersi alle 12.00, per motivi ignoti viene prolungata fino alle 23:59:59; inoltre si informa che in esecuzione di provvedimenti giurisdizionali del giudice amministrativo, alcuni candidati sono stati ricollocati e/o riposizionati in graduatoria.
1 dicembre: un comunicato ANSA (sito non ministeriale) [https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2020/12/01/concorso-specializzazioni-medicinaaggiornata-la-graduatoria_9edd9363-4266-42f7-8102-cd2a892c3121.html] informa i candidati di un nuovo slittamento: la fase di scelta terminerà l'1 dicembre 2020 (e non il 30 novembre 2020), le assegnazioni verranno comunicate il 3 dicembre 2020, i candidati si immatricoleranno dal 4 al 10 dicembre 2020.
2 dicembre: emerge un nuovo problema: i ricorsi contro l'annullamento della domanda 87; viene pubblicato un decreto del Consiglio di Stato che allude alla necessità di adempiere alle successive procedure concorsuali solo dopo la decisione cautelare collegiale della camera di consiglio fissata il 15 dicembre 2020. Le associazioni contattano il Ministero che tuttavia conferma la pubblicazione delle assegnazioni il giorno successivo.
3 dicembre: il MUR comunica che le assegnazioni vengono rimandate 'di qualche giorno' e che a seguito della pubblicazione della decisione che il Consiglio di Stato adotterà nell'udienza collegiale fissata per il 15 dicembrep.v., sarà reso noto il cronoprogramma aggiornato delle successive fasi della procedura concorsuale [https://www.miur.gov.it/web/guest/-/scuole-di-specializza-

zione-di-area-sanitaria-a-a-2019-2020-rinvio-fasi-di-procedura-delle-assegnazioni-dei-candidati]. Il Ministro Manfredi, si scusa con un video sui social.

Oggi, **5 dicembre 2020**, non abbiamo certezze se non che siamo 24.000 medici abilitati e siamo pronti a prestare il nostro servizio, ma a nessuno interessa.
Ora vorrei dire a tutti coloro che invocano lo slogan 'mancano i medici in Italia', che i medici non mancano (siamo almeno 24.000), mancano gli specialisti bloccati in un 'imbuto formativo' da un sistema messo in ginocchio dai tagli che per anni sono stati imposti alla Sanità. Questo è il primo problema. Ad aggravare la situazione, le incertezze del concorso SSM20: circa 14.000 medici non sanno quando potranno prendere servizio negli ospedali (il 30 dicembre 2020 è inverosimile), migliaia hanno rifiutato o si sono dimessi da lavori sul territorio in quanto sono tutti incompatibili con la presa di servizio nel caso vincessero una Borsa di Specializzazione. In 24.000 siamo in attesa di sapere cosa ne sarà delle nostre vite ed eventualmente in quale parte d'Italia dovremo trasferirci con soli dieci giorni di preavviso per poterci organizzare.

Siamo sfiduciati, delusi, preoccupati, stanchi di non avere risposte o averle contraddittorie. Crediamo di meritare il rispetto che domani, assieme a devozione ed impegno, riserveremo a tutti i nostri pazienti.
Vorrei si conoscesse questa storia, vorrei che se ne parlasse. La voce di tanti echeggia meglio e più a lungo. Siamo 24.000 medici abilitati e siamo pronti a prestare il nostro servizio, ma a nessuno interessa.

Bologna, 5 Dicembre 2020
Dottoressa Giulia Marchetti

Certificati telematici per QUARANTENA, ISOLAMENTO FIDUCIARIO, CAUTELATIVO e "LAVORATORI FRAGILI"

Alla Cortese attenzione del Presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna Dott. Giancarlo Pizza
Con la preghiera di pubblicazione sul Bollettino dell'Ordine
Viste le numerose richieste di chiarimenti che pervengono all'Istituto da parte dei Medici di Medicina Generale, relative ai certificati telematici per QUARANTENA, ISOLAMENTO FIDUCIARIO, CAUTELATIVO e "LAVORATORI FRAGILI", si ritiene opportuno ricordare quanto segue:
NON è necessario che il MMG, all'atto della compilazione di certificati telematici per quarantena, isolamento fiduciario o cautelativo, **INSERISCA IL CODICE ICD9. Il codice lo dovranno inserire i Medici INPS**. Il Medico Curante dovrà inserire la diagnosi clinica descrittiva, se possibile inserendo GLI ESTREMI DEL PROVVEDIMENTO ASL.
I certificati telematici di **quarantena** potranno essere inseriti anche **CON VALENZA RETROATTIVA e SENZA SANZIONI DA PARTE INPS,** purché vengano inseriti DURANTE LA PROGNOSI. Se l'Assistito si reca dal Medico a prognosi scaduta, col dispositivo ASL di quarantena, il MMG potrà fare un **certificato cartaceo**, indicando al paziente che lo dovrà inviare a INPS per l'acquisizione, assieme al dispositivo ASL.
Chiediamo ai MMG di dare indicazione comunque **ai loro assistiti** in quarantena per **inviare sempre il dispositivo ASL**, infatti abbiamo disposizioni di abbinare il Vostro certificato telematico al provvedimento ASL. Attualmente le ASL non riescono ad essere tempestive per inviare anche a INPS il provvedimento.
Per i soggetti affetti da grave patologia, con terapia salvavita o handicap grave in L.104, **DIPENDENTI PRIVATI**, i cosiddetti **"lavoratori fragili"** che non riescono ad accedere a modalità di lavoro agile, la norma dell'art. 26, comma 2 bis, non ha avuto proroga oltre il 15/10/2020, nonostante l'emergenza sanitaria vada fino al 31/12/2020. Pertanto **i certificati telematici in procedura oltre il 15 ottobre**, fino al 31 dicembre 2020, relativi a tale tipologia di soggetti, verranno catalogati dai Medici INPS con il codice previsto dall'Istituto, come i certificati precedenti. Provvederemo poi ad inviare una comunicazione al diretto interessato con la richiesta di produrre ulteriore certificazione specialistica. Tale certificazione dovrà contenere una diagnosi clinica dettagliata al più possibile.
L'indirizzo per tutte queste comunicazioni è il seguente: medicolegale.bologna@inps.it
A disposizione per ulteriori chiarimenti da parte dei Colleghi

Dott.ssa **Lucia Zanardi** Responsabile Medico Legale Sede provinciale di Bologna
Responsabile Coordinamento Medico Legale Regionale

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

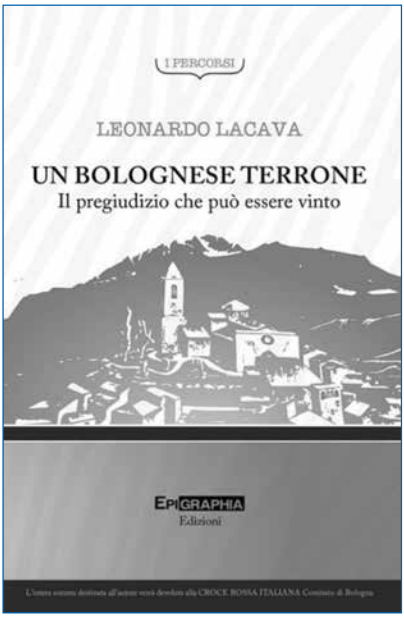
CONSORZIATA COLIBRÌ

CERTIFICATA

Aut.San. PG.N. 25139/2017

Ben volentieri pubblichiamo quanto inviatoci dal collega e amico Salvatore Lumia, che ci presenta il libro di Leonardo Lacava "Un bolognese terrone, il pregiudizio che può essere vinto".
Come evidenzia il Dott. Lumia questo libro rappresenta un bel segnale nella non semplice sfida rivolta a favore delle persone meno fortunate e più fragili, che nel corso della pandemia stanno pagando un prezzo davvero significativo.
Il libro potrebbe essere impiegato come ***regalo****, in grado di coniugare nei fatti il criterio di* ***"un euro in cultura e un euro in solidarietà"*** *a favore della CRI.*
Segnaliamo, a questo proposito, come il Comitato della Croce Rossa di Bologna sta predisponendo una presentazione rivolta al grande mondo del volontariato, naturalmente via web, con la partecipazione del noto scrittore, commediografo e sceneggiatore ***Marcello Fois.***

Vittorio Lodi



"UN BOLOGNESE TERRONE, IL PREGIUDIZIO CHE PUÒ ESSERE VINTO"

Ho sempre avuto in cuor mio un irrefrenabile interesse a conoscere le storie delle persone per sapere da dove venissero, che attività svolgessero, come fossero i loro genitori o i figli. Insomma, mi sono sempre piaciute le persone e le loro vite.
Ricordo che, quando salivo sull'autobus per recarmi al liceo, mi sedevo, quando era possibile, sugli scomodi sedili del filobus e scrutavo i volti e la fisionomia delle persone che avevo accanto, cercando anche di distinguere gli odori di quelle persone, che rappresentavano per me utili indizi per tentare di comprendere gli uomini, le donne e i bambini che condividevano con me quel breve pezzo di vita in comune.
Mi piaceva soprattutto immaginare quali volti avessero avuto le persone più anziane quando erano in età giovanile o financo bambine e, viceversa, tentavo di dare un volto anziano ai bambini che conoscevo o agli amici di quel tempo.
Tra gli anziani osservavo e osservo soprattutto le persone più avanti negli anni, quelle che mostrano la vita attraverso il reticolo di rughe che pervadono il viso e sembrano raccontare le gioie e i dolori che hanno incontrato e che forse restano impressi nella mente e nello spirito in modo indelebile.
Il mio non era tanto un interesse fisiognomico, quanto piuttosto la curiosità forte di associare quei volti, quei corpi, quelle anime alle ipotetiche storie che avevano vissuto.
Ecco, le storie delle persone mi hanno sempre interessato davvero e posso dire anche molto intrigato. Di qui la voglia di conoscere tutto quanto possibile della mia famiglia, intesa in senso lato.
Sono sempre restato incantato dai racconti che il babbo o la mamma, il nonno o la nonna, i bisnonni, gli zii e prozii, mi narravano circa fatti accaduti ed io non volevo smettessero mai.
In aggiunta infatti alla meraviglia del racconto, si viveva e si percepiva quel genere di intimità che solo la famiglia e la familiarità possono offrire.

Non solo, sentivo la responsabilità di immagazzinare quei racconti per poi essere in grado di trasferirli a chi sarebbe venuto dopo di me. Racconti che, se non trasmessi oralmente, fatalmente sarebbero svaniti, impedendo a figli e nipoti di conoscere pezzi di vita vissuti da familiari a loro non più vicini perché venuti a mancare e che invece avrebbero potuto essere loro utili per affrontare la vita.
Cicerone del resto fece questo ragionamento già oltre duemila anni fa, quando scriveva che la vita dei defunti è riposta nel ricordo dei vivi.
Leggerete storie nelle quali si narrano episodi che si intersecano con valori, principi, fenomeni sociali, che la mia generazione più che sessantenne ha attraversato nel corso della vita. Magari il lettore potrà identificarsi in alcune di esse, ritrovando i tratti tipici della socialità di chi ha vissuto quegli anni.
In altre parole, propongo una serie di istantanee di vita familiare, inserite in momenti storici di un'epoca passata di cui poco è rimasto. Nel corso della narrazione vengono fornite informazioni storiche, spesso ignote ai più, che si correlano e contestualizzano le storie.
Ho proposto riflessioni, inserite nel racconto, di natura filosofica e sociologica, spingendomi a semplicissime considerazioni più di natura divulgativa che metafisica.
Racconto del nonno al fronte orientale russo e del suo grave ferimento sul fiume Don, della nonna e del suo essere per me esempio di tolleranza, distacco e leggerezza, delle difficoltà incontrate da mio padre nel trasferirsi dal piccolo paese del Sud alla considerata civilissima Bologna degli anni Cinquanta, dell'acquisto della prima Cinquecento e della nostra prima casa di proprietà, ma anche dei principi di Onestà, Autorità, Dovere, tratti caratteristici del modello educativo familiare.
Affronto il tema degli outsider e porto l'esempio dello zio scienziato, assistente di G. Marconi, descrivo l'homo oeconomicus, per come inteso in famiglia, del nomadismo dei popoli e delle migrazioni che hanno sempre contraddistinto l'agire dell'uomo sociale e quasi sempre hanno acceso, per così dire, il motore evolutivo della contaminazione e del sincretismo. Infine, tratto il tema del Sud, inteso come il Meridione del mondo più povero, escluso e respinto.
Il fil rouge del racconto è rappresentato dalla tesi secondo cui il pregiudizio possa e debba essere vinto in generale, sia se rivolto a persone diverse da noi, piuttosto che ad etnie, spesso non conosciute o a culture, religioni, usanze di cui non si sa sostanzialmente nulla, quasi sempre espressione e conseguenza di stereotipi creati non si sa neppure da chi.
Insomma, farsi un'idea prima di conoscere rappresenta un limite sostanziale alla libertà di giudizio, giudizio che per essere razionale non può che venire solo dopo la conoscenza di ciò che è oggetto di valutazione.
In ultima analisi ritengo importante portare l'attenzione sul pregiudizio in questi tempi di informazione senza forma e controllo, di superficialità imperante e purtroppo di ignoranza dell'uno vale uno, secondo cui il pensiero scientifico di un Premio Nobel avrebbe lo stesso valore dell'hater seriale; e tutto ciò "a prescindere", avrebbe detto Totò.
Al termine dei racconti ho aggiunto una dozzina di poesie scritte nel tempo, che ben rappresentano lo svolgersi di un ormai lungo e intenso percorso di vita.
L'ammontare dei ricavi derivanti dalla vendita del libro sarà interamente devoluto al Comitato della Croce Rossa Italiana di Bologna, il cui Presidente Dott. Marco Migliorini mi onora della sua amicizia già dal lontano 1969. Sono persone di questo stampo che rendono e renderanno il nostro mondo migliore.

L'autore

Per procedere all'acquisto
https://www.epigraphia.com/negozio/un-bolognese-terrone-il-pregiudizio-che-puo-essere-vinto-di-leonardo-lacava

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 13 novembre 2020

BARBATO MADDALENA PATRIZIA	327/42.96.616
BERNARDI MARTINA	348/23.49.405
BONETTI MATTIA	338/15.37.544
BRAGA SOFIA	334/97.15.257
CALBUCCI LUCIA	340/32.05.769
CANDELA CHIARA	389/04/34/676
CASCIOLA RICCARDO	329/78.31.590
CHIONSINI MARIA CLARA	333/25.44.056
CIRIGNOTTA LORENZO	328/62.17.204
COCCOLINI BENEDETTA	347/87.60.371
CORSI GABRIELE	351/82.56.085
CRISTANI GIULIA	335/57.02.335
CRISTOFORI ELISA	339/26.42.090
D'ALANNO GABRIELE	329/01.07.730
D'ALTERIO ALESSANDRA	339/71.47.192
DE CRISTOFARO DAVIDE	347/17.36.064
DEGLI ESPOSTI ILARIA	334/39.56.641
DE LUCA GIULIA	333/18.86.400
DEL PRETE BIANCAMARIA	339/72.22.660
DRUSIANI GIULIA	320/56.06.257
FABBRI ANDREA	392/46.57.609
FABBRI VISCARDO PAOLO	327/21.18.662
FALCIONI IRENE	333/90.35.413
FARINA JACOPO	366/37.80.427
FIUME ELENA	338/89.82.124
FONTANA CAMILLA	333/46.31.965
FORONI MIRANDA	333/16.34.433
GALEATI GIULIA	340/12.18.375
GASPARRI MARGHERITA	333/10.11.926
GIAIMO SILVIA	347/15.99.370
GRECO MARIATERESA	329/56.40.897
HEIBI ADAM	346/65.47.804
IBRAHIM AKKAWI	327/70.65.246
MANIERI ELISA	339/71.38.676
MARTELLANI ILARIA	349/07.10.652
MELOTTI LAURA	329/13.36.071
MEZJA FLAVIA	334/97.23.311
MICELI RINALDO STEFANO	339/70.89.889
MURGIA DAVIDE	340/86.50.303
NARDUCCI STEFANIA	347/10.61.033
OTHMAN HUSSEIN	388/87.75.365
OTUEDON ORITSEJOLOMISAN OKEOGHENE	329/18.51.542
PASINELLI LETIZIA	346/66.16.078
PASOTTI STEFANO	331/78.93.902
PASQUALI RICCARDO	333/83.39.361
PASQUALI VALENTINA	347/65.81.638
PENNELLA GIADA	377/08.14.008
PISANO ALESSANDREO	373/75.70.955
RASPANTI CHIARA	348/97.79.719
RICCARDI ILARIA	348/93.77.873
RIZZO PESCI NICOLA	348/39.60.654
SASSOLI IACOPO	349/67.08.113
SCARABELLI LEONARDO	331/84.53.034
SHABANI SONIA	320/322.63.14
SOMMARIVA CATERINA	349/45.34.886
TERREZZA SARA	351/845.25.08
TESTA FEDERICA	333/60.32.132
VALTORTA ALESSANDRO	347/16.43.919
VITA FINZI LUCREZIA	366/41.03.577
VITALE IRENE	388/87.58.295
ZUCCARINO LEONARDO	327/20.56.074

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
SORRENTI GIOVANNI	Medicina Interna, Diabetologia e Malattie del Ricambio	347/21.20.787
VALBONESI FRANCESCA	Corso di Medicina Generale	349/53.28.910

SEMINARI
SUL RUOLO DELLA FASCIA

LA FASCIA CORPORIS: IMPLICAZIONI CLINICHE 3 Febbraio 2021 19:00-22:00

19:00-19:10	Introduzione	
19:10-19:40	Anatomia macro	Carla Stecco MD
19:40-19:50	Domande	
19:50- 20:20	Fasce e disfunzioni viscerali	Elisa Pratelli MD
20:20-20:30	Domande	
20:30-21:00	L'imaging delle fasce	Carmelo Pirri MD
21:00-21:10	Domande	
21:10-21:40	Malattie genetiche del connettivo	Guglielmina Pepe MD
21:40-21:50	Domande	
21:50-20:00	Conclusione ed esame ECM	

COSA INFLUISCE SUL TESSUTO FASCIALE 3 Marzo 2021 19:00-22:00

19:00-19:10	Introduzione	
19:10-19:40	Anatomia microscopica	Caterina Fede PhD
19:40-19:50	Domande	
19:50- 20:20	Fisiopatologia fasciale	Antonio Stecco MD PhD
20:20-20:30	Domande	
20:30-21:00	L'influenza dello stress e dell'immunità sulla struttura e sulla funzione della fascia	Nicola Barsotti MD
21:00-21:10	Domande	
21:10-21:40	Fasce e psiche	Pina Cultrera MD
21:40-21:50	Domande	
21:50-20:00	Conclusione ed esame ECM	

FASCE E DOLORE 7 aprile 2021 19:00-22:00

19:00-19:10	Introduzione	
19:10-19:40	Fascia e dolore	Carla Stecco MD
19:40-19:50	Domande	
19:50- 20:20	La risonanza magnetica T1ρ e la terapia con ialuronidasi	Antonio Stecco MD PhD
20:20-20:30	Domande	
20:30-21:00	La lombalgia	Pietro Pasquetti MD
21:00-21:10	Domande	
21:10-21:40	Le onde d'urto nella terapia fasciale	Federico Giordani MD
21:40-21:50	Domande e conclusione	
21:50-20:00	Conclusione ed esame ECM	

SEMINARIO DI FORMAZIONE PERMANENTE - CENTRO STUDI E RICERCHE IN TERAPIA PSICOSOMATICA APS ANNO 2021 - PSICOSOMATICA IERI ED OGGI

Premessa
Il corso di formazione permanente in Psicosomatica *per medici e psicologi/psicoterapeuti* nasce nel 2001 per intento di alcuni professionisti interessati al tema della salute. È uno spazio di confronto tra professionalità diverse (medici e psicologi) volto alla costruzione di un linguaggio comune sulla salute delle persone.

Finalità dell'evento
Scopo del corso è di diffondere un approccio alla persona nella sua unità inscindibile mente-corpo. L'intento è di promuovere un approccio bio-psico-sociale, ricercando connessioni tra la componente psichica e somatica negli stati di salute e malattia, così come suggerito dall'OMS (2016).

Obiettivi formativi
Il programma del corso 2021 intende formare medici di medicina generale/specialisti e psicologi/psicoterapeuti alla conoscenza dei principali modelli di diagnosi e intervento in Psicosomatica, dalla prima formulazione pionieristica di F. Alexander nella metà del Secolo scorso, sino all'approccio bio-psico-sociale contemporaneo, con particolare riferimento agli stati infiammatori del sistema immunitario, al funzionamento del SNA (simpatico, parasimpatico e nervo vago) e al costrutto dell'alessitimia.

Destinatari
MMG e specialisti, psicologi, psicoterapeuti (massimo 25 partecipanti).

Struttura del Percorso
La formazione prevede *un'alternanza di incontri teorici e di incontri clinici*. Essa si configura come "gruppo di miglioramento", ovvero ciascun partecipante potrà discutere i propri casi clinici e presentare l'argomento previsto. Entrambe le tipologie di incontro sono supervisionate da medici e psicoterapeuti senior esperti. Gli incontri si terranno a martedì alterni in fascia serale (21-23).

GENNAIO 12/01
PANORAMICA SUL CONCETTO DI PSICOSOMATICA: DAL MODELLO STRUTTURALE AL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE
P. Porcelli, *Sviluppi contemporanei della psicosomatica*, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, Franco Angeli, 2012, pp. 259-388;
26/01
Caso clinico

FEBBRAIO 09/02
PSICOSOMATICA CLASSICA E MODELLO PULSIONALE: IL SINTOMO COME ESPRESSIONE DI UN CONFLITTO INTRAPSICHICO
F. Alexander, *Medicina psicosomatica*, Editrice Universitaria, 1951:
Cap. 9 "Fattori emotivi nei disturbi gastrointestinali", pp. 71-116;
Cap. 10 "Fattori emotivi nei disturbi dell'apparato respiratorio", pp. 117-126;
Cap. 12 "Fattori emotivi nelle malattie della pelle", pp. 147-152.
23/02
Caso clinico conversione

MARZO 09/03
PSICOSOMATICA CLASSICA E MODELLO PULSIONALE: IL SINTOMO COME ESPRESSIONE DI UN CONFLITTO INTRAPSICHICO
F. Alexander, Medicina psicosomatica, Editrice Universitaria, 1951:
Cap. 11 "Fattori emotivi nei disturbi cardiovascolari", pp. 127-138;
Cap. 13 "Fattori emotivi nei disturbi metabolici ed endocrini", pp. 153-166;
Cap 14 "Fattori emotivi nei disturbi delle articolazioni e dei muscoli scheletrici", pp. 183-190;
23/03
Caso clinico sintomo conversione

APRILE 06/04
PSICOSOMATICA CONTEMPORANEA E SVOLTA RELAZIONALE: LA CENTRALITÀ DELLA REGOLAZIONE DEGLI AFFETTI.
Autoregolazione e regolazione interattiva
B. Beebe, F.M. Lachmann, *Infant Research e trattamento degli adulti*, R. Cortina, 2003:
Cap. 5 "Modelli precoci di regolazione interattiva e origine presimbolica delle rappresentazioni del Sé e dell'oggetto", pp. 79-112
Cap. 7 "Rappresentazione e interiorizzazione nella prima infanzia. I tre principi di salienza", pp. 133-172
20/04
Caso clinico
B. Beebe, F.M. Lachmann, *Infant Research e trattamento degli adulti*, R. Cortina, 2003:
Cap. 3, "La riorganizzazione interattiva dell'autoregolazione. Il caso di Karen"

MAGGIO 04/05
PSICOSOMATICA CONTEMPORANEA E SVOLTA RELAZIONALE: LA CENTRALITÀ DELLA REGOLAZIONE DEGLI AFFETTI
L'alessitimia e il pensiero operatorio
G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A Parker, *I disturbi della regolazione affettiva*, G. Fioriti, 2000:
Cap. 1 "Lo sviluppo e la regolazione degli affetti" pp. 7-26;
Cap. 2 "Disregolazione affettiva e alessitimia" pp. 27-46;
18/05
Caso clinico
L. Solano, *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*, Raffaello Cortina, 2013:
Cap. 14 "Analisi clinica di due patologie somatiche secondo il modello della relazione psicobiologica", pp. 375-393;

GIUGNO 08/06
PSICOSOMATICA CONTEMPORANEA E SVOLTA RELAZIONALE: LA CENTRALITÀ DELLA REGOLAZIONE DEGLI AFFETTI. Disturbi psichici e malattie mediche
G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A Parker, *I disturbi della regolazione affettiva*, G. Fioriti, 2000:
Cap. 7 "Disturbi ansiosi e depressivi e una nota sui disturbi di personalità", pp. 141- 168;
Cap. 10 "Affetti e alessitimia nei disturbi e nelle malattie somatiche" pp. 219-250;
22/06
Caso clinico

LUGLIO 06/07
PSICOSOMATICA CONTEMPORANEA: LA SCOPERTA DEL SISTEMA SUBSIMBOLICO
Il codice multiplo di Bucci
W. Bucci, *Psicoanalisi e scienza cognitiva*, Giovanni Fioriti, 1999:
Cap. 11 "Concetti di base della teoria del codice multiplo", pp. 167-187;
Cap. 13 "Il legame tra sentimenti e parole: il ciclo referenziale", pp. 207-222;
W. Bucci, Psychoanalytic Inquiry 1997, "Sintomi e simboli: la somatizzazione secondo il codice multiplo"
20/07
Caso clinico

SETTEMBRE 14/09
PSICOSOMATICA CONTEMPORANEA: LA SCOPERTA DEL CERVELLO EMOTIVO
G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A Parker, *Intelligenza emotiva e cervello emotivo: punti di convergenza e implicazioni per la psicoanalisi*, 1999, in www.psychomedia.it
D.M. Orange, *La comprensione emotiva*, Astrolabio, 2001:
Cap. 8, "La memoria emotiva", pp. 112-130
28/09
Caso clinico

OTTOBRE 12/10
PSICOSOMATICA CONTEMPORANEA: LA TEORIA POLIVAGALE
S. W. Porges, *La guida alla teoria polivagale*, Giovanni Fioriti, 2018:
Cap. 1 "La neurobiologia del sistema di sicurezza", pp. 31-44;
Cap. 3 "Autoregolazione e coinvolgimento sociale", da pag. 82 a pag. 97;
Cap. 5 "Indizi di sicurezza, salute e teoria polivgale" pp. 129-149.
26/10
Caso clinico

NOVEMBRE 09/11
PSICOSOMATICA CONTEMPORANEA: PSICONEUROENDOCRINOIMMUNOLOGIA
L'influenza del sistema di attaccamento sul sistema immunitario
Bottaccioli F., *Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata. Il manuale*, Edra, 2017
23/11
Caso clinico

DICEMBRE
07/12 LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA IN PSICOSOMATICA: MODELLI A CONFRONTO
F. Alexander, *Medicina psicosomatica,* Editrice Universitaria, 1951: Cap 16 "Terapia", pp. 243-251.
G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker, *I disturbi della regolazione affettiva*, G. Fioriti, 2000:
Cap. 11 "Indicazioni per il trattamento" pp. 251-260
H. Krystal, *Affetto, trauma, alessitimia*, Ed. Magi, 2007:
Cap. 15 "Considerazioni terapeutiche sull'alessitimia" pp. 389-422.
14/12
Caso clinico

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

5° CONVEGNO DI ANTICOAGULAZIONE.IT

6-7 febbraio 2020 - Savoia Hotel Regency di Bologna

Il 6 e 7 febbraio si è tenuto al Savoia Hotel Regency di Bologna il 5° Convegno di anticoagulazione.it, una due giorni dedicata ai problemi dell'anticoagulazione e alle terapie per la loro gestione cronica, con un'attenzione particolare al benessere del paziente. Quanto sono informati i pazienti in terapia anticoagulante sul **rinnovo del proprio piano terapeutico**? Quali difficoltà hanno registrato nella **gestione degli anticoagulanti orali**? Si sottopongono a **monitoraggio periodico**? Per fare luce su questi e altri aspetti della gestione della terapia anticoagulante **Fondazione Arianna Anticoagulazione**, in collaborazione con **AIPA** (Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati) **Bologna** e **Anticoagulazione.it**, ha organizzato la 5° edizione del Convegno di anticoagulazione.it.
L'appuntamento ha riunito i massimi esperti nazionali in materia per fare il punto sullo stato dell'arte delle terapie anticoagulanti e antitrombotiche, ragionando su come migliorare la qualità di vita del paziente.
Grande importanza è stata data all'uso di farmaci anticoagulanti e antitrombotici nei **pazienti anziani**. Il rischio emorragico di questi trattamenti aumenta nei pazienti di età più avanzata, nei quali spesso concorre la presenza di alcuni rilevanti fattori di rischio, quali una globale condizione di fragilità (che riguarda anche la capacità di attenzione), una tendenza alle cadute, la frequente presenza di altre patologie e la somministrazione di numerosi farmaci.

TERAPIE ANTICOAGULANTI E ANTIAGGREGANTI

Le terapie anticoagulanti servono per fluidificare il sangue (prevenendo la formazione di trombi e gli ictus) e per prevenire complicazioni cardiovascolari. Fibrillazione atriale, protesi valvolari, malattie della circolazione venosa profonda: sono alcune delle condizioni per le quali sono utilizzati gli anticoagulanti. Si usano anche nei pazienti sottoposti a interventi chirurgici e a immobilizzazione prolungata.
Si calcola che in Italia siano **oltre un milione** le persone che seguono la terapia anticoagulante AVK (anti-vitamina K). Questi pazienti devono sottoporsi a **frequenti prelievi** (mediamente uno ogni 20 giorni) per monitorare l'andamento della terapia e modificare il dosaggio del farmaco.
Dal 2013 in Italia sono disponibili anche gli anticoagulanti orali diretti (o NAO), farmaci che vengono somministrati a dose fissa, senza la necessità di ricorrere periodicamente ai Centri specializzati. **I NAO hanno alcune controindicazioni: non possono essere somministrati durante la gravidanza e l'allattamento, nei minorenni e nei casi di grave insufficienza renale o di valvole meccaniche in posizione mitralica**. Questa classe di farmaci permette una migliore qualità della vita a chi deve sottoporsi alla terapia, ma costa di più al Servizio sanitario nazionale e, richiedendo un minor monitoraggio (i pazienti si recano dallo specialista una volta all'anno per il rinnovo del piano terapeutico) il rischio di una scarsa aderenza è alto (alcuni studi stimano che **circa il 10% dei pazienti in terapia NAO sospenda o modifichi il trattamento senza consultare il medico**).
Esistono poi le terapie antiaggreganti, che agiscono sulle piastrine. Questi farmaci sono efficaci per prevenire lo sviluppo di trombosi a livello arterioso, e sono dunque prescritti per la prevenzione e il trattamento di malattie come l'infarto miocardico, gli attacchi ischemici transitori, l'ictus ischemico, le malattie delle arterie degli arti inferiori. **Il farmaco più utilizzato nella terapia antiaggregante è l'aspirina**. Esistono poi farmaci con un meccanismo d'azione diverso rispetto all'aspirina, come il clopidogrel, il prasugrel e il ticagrelor. Questi ultimi due sono più potenti e più rapidi nell'inizio di azione e presentano una minor variabilità interindividuale nella capacità di inibire la funzione delle piastrine.
Gli anticoagulanti orali diretti si sono dimostrati più efficaci e sicuri, ma hanno determinato un aumento delle emorragie e possono interferire con alcuni farmaci antitumorali. La questione è ancora aperta e durante il 5° Convegno di Anticoagulazione.it si sono discusse le alternative a disposizione.
La Prof.ssa Cecilia Becattini, dell'Università di Perugia, ha proposto un'interessante ed aggiornatissima revisione sulla terapia del tromboembolismo venoso (TEV) nei pazienti con cancro. Come noto, vi sono forti legami fra cancro e trombosi. Molti tumori si associano a un'aumentata incidenza di trombosi venosa ed embolia polmonare e l'insorgenza di una manifestazione tromboembolica peggiora la prognosi del paziente con cancro. Esistono inoltre difficoltà nella terapia del TEV nel paziente tumorale, sia per la minore efficacia della terapia convenzionale con antagonisti della vitamina K (cumarinici), sia per la possibile interazione dei farmaci antitumorali con i farmaci antitrombotici, sia per altre complicanze spesso presenti nel paziente neoplastico (vomito, nausea, piastrinopenia) che rendono più difficoltosa la scelta e la gestione della terapia anticoagulante.
Le eparine a basso peso molecolare per via iniettiva hanno dimostrato maggiore efficacia rispetto ai cumarinici nel curare le trombosi dei pazienti con cancro, prevenendo meglio le recidive. Tuttavia, le eparine hanno l'inconveniente di dover essere iniettate almeno una volta al giorno, cosa che rende poco sopportabile al paziente una terapia che, di norma, dura almeno 6 mesi.
Gli anticoagulanti orali diretti (NAO o DOAC) hanno dimostrato, in alcuni studi, efficacia e sicurezza almeno comparabili a quella dei cumarinici nei pazienti oncologici. Più recentemente sono stati condotti studi specifici che

hanno confrontato i DOAC con le eparine a basso peso molecolare nella terapia del TEV nei pazienti con cancro. I risultati di tali studi sono stati interessanti: i DOAC si sono dimostrati addirittura più efficaci, ma purtroppo hanno determinato un aumento delle emorragie, soprattutto a carico dell'apparato gastro-enterico nei pazienti colpiti da neoplasie in tale sede.
Un altro problema, al momento non del tutto risolto, è la possibile interazione dei DOAC con alcuni farmaci antitumorali, cosa che non avviene con le eparine a basso peso molecolare. Nell'attesa dei risultati di ulteriori studi, attesi nei prossimi mesi, il medico già ora dispone di più opzioni: nelle sue scelte deve tenere in debito conto sia i risultati degli studi, sia la situazione clinica contingente, sia soprattutto le necessità e le preferenze del paziente.
Il digitale è sempre più presente nella medicina: se da una parte semplifica molti processi, dall'altra costringe a ripensare almeno in parte il rapporto medico-paziente.
Proprio questo tema è stato al centro della lettura magistrale del Prof. Sergio Coccheri cattedra di Angiologia dell'Università di Bologna, che ha individuato tre difficoltà di fondo: l'eccessiva frammentazione specialistica e tecnologica, un modello di risposta, quello informatico, binario (basato su risposte sì o no) non adatto alle sfumature di una malattia su una persona e la notevole variabilità nel tempo e nelle diverse popolazioni del mondo delle nozioni di diagnosi e terapia delle malattie.
Il Prof. Coccheri ha poi evidenziato come la tecnologia porti a un livellamento tra medico e paziente e come oggi sia impensabile prendere delle decisioni di salute su una persona senza consultare e confrontarsi con il diretto interessato. La democratizzazione della cura, che porta a prendere decisioni condivise, per l'esperto non deve però essere confusa con l'empatia, che oscura la razionalità. Per il Prof. Coccheri è infatti sempre sbagliato mettersi allo stesso livello emotivo del paziente, seppur sia corretto condividere le informazioni con lui. Il *machine learning*, cioè l'insegnamento dall'uomo alla macchina, si sta via via affermando, ma racchiude anche qualche rischio. In particolare, deve essere continuamente aggiornato e arricchito con nuovi dati. Solo così, infatti, si potrà arrivare a una medicina di precisione applicabile al singolo caso clinico.
In medicina, i "big data" (grandi basi di dati che necessitano di appositi metodi analitici per l'estrazione) sono preziosissimi ma, anche in questo caso diventa essenziale raccogliere, grazie ai registri, il maggior numero possibile di casi. Casi che devono rispondere a rigidi criteri di inclusione per evitare che i grandi numeri possano portare alla propagazione di qualche errore sistematico.
In tutto questo il rapporto medico-paziente è destinato a modificarsi: il maggior numero di dati e informazioni a disposizione del paziente non devono diventare un modo per giustificare una visione semplicistica della malattia. Inoltre, democratizzazione della cura non significa mancato riconoscimento dei ruoli: il paziente deve essere coinvolto nel processo decisionale, ma la **responsabilità della scelta terapeutica spetta in ultima analisi al medico**, che ha le competenze per decidere che cosa sia meglio in una determinata situazione, dopo aver ascoltato le esigenze del paziente.

LA GESTIONE PERI-OPERATORIA

Particolare attenzione è stata inoltre dedicata alla gestione peri-operatoria del paziente anticolagulato. **Le principali società scientifiche si sono confrontate sul tema**, evidenziando le problematiche chirurgiche e anestesiologiche, la valutazione individuale dei rischi emorragici e tromboembolici del paziente, i protocolli oggi disponibili, le evidenze scientifiche per agire in sicurezza, i mezzi diagnostici a disposizione per controllare la capacità emostatica. «Non è del tutto chiaro come comportarsi con i pazienti in terapia con i NAO che devono sottoporsi a un intervento chirurgico invasivo – evidenzia Gualtiero Palareti, angiologo, professore di malattie cardiovascolari e presidente della Fondazione Arianna Anticoagulazione di Bologna –. Esistono posizioni diverse in letteratura: la scuola nordamericana suggerisce di basarsi sul prevedibile livello di assunzione del farmaco, sulla funzione renale e sul rischio emorragico operatorio, ma non tutti sono d'accordo. Andrebbe infatti considerata anche l'alta variabilità che esiste tra i diversi soggetti. Ne dibatteremo con anestesisti, chirurghi e ortopedici".
Nella seconda giornata il Convegno si è diviso in due aule, per la necessità di trattare diversi e numerosi temi.
La Dr.ssa Elvira Grandone, di San Giovanni Rotondo (FG), ha trattato un argomento di notevole interesse in ambito ostetrico e cioè il rischio tromboembolico correlato alla fecondazione assistita. L'attualità del problema è correlata sia al numero crescente delle procedure che all'età delle donne che le richiedono. È infatti noto che il rischio di tromboembolismo venoso aumenta con l'età e, a 40 anni, risulta almeno 10 volte superiore rispetto a 20 anni. In particolare, il trattamento ormonale che serve a indurre l'ovulazione per le eventuali pratiche di pick-up, può portare alla situazione nota come "iperstimolazione ovarica" che determina, essa stessa, un notevole aumento del rischio tromboembolico. Per tale motivo, le donne che si sottopongono a procedure di fecondazione assistita andrebbero non solo avvertite dei potenziali rischi ma, prima ancora, accuratamente indagate da un punto di vista anamnestico familiare e personale e valutate per possibili comorbidità (obesità, varici, diabete, etc.). Pertanto, come in altri settori della medicina, la prima regola di prevenzione dei rischi consiste in una accurata indagine anamnestica e una specifica valutazione individuale della paziente, seguita da un'attività di sostegno psicologico (*counseling*) che deve essere svolta in modo obiettivo e esauriente.
Un altro aspetto rilevante del problema è la carenza di dati basati sull'evidenza. Infatti, mentre esistono studi,

anche se perfettibili, sul rischio tromboembolico e sulle misure di tromboprofilassi da attuare in alcune pazienti durante gravidanza e puerperio (pregressa trombosi, presenza di trombofilia), gli equivalenti studi nelle procedure di fecondazione assistita scarseggiano sia per numero sia per qualità.
Tuttavia, visto l'elevato rischio soprattutto nella condizione insidiosa e sfuggente dell'iperstimolazione ovarica, il buon senso clinico induce a mantenere un'elevata attenzione e a prescrivere una tromboprofilassi eparinica in tutte le situazioni nelle quali venga identificato nella donna uno stato trombofilico.

IL PAZIENTE AL CENTRO

Ai pazienti è stata infine dedicata una tavola rotonda in collaborazione con FEDERAIPA (la Federazione nazionale delle AIPA) e FCSA (la Federazione dei Centri per la diagnosi della trombosi e la sorveglianza delle terapie anticoagulanti), in cui alcuni esperti hanno dibattuto sui bisogni concreti di chi è in terapia anticoagulante e su che cosa potrebbe fare il Servizio sanitario nazionale per supportarli meglio.
Sono stati affrontati nodi come l'utilizzo dei **coagulomeri portatili** (POC), dispositivi simili a quelli utilizzati dai diabetici per misurare i livelli di emoglobina glicata che permettono di monitorare periodicamente i parametri per eventualmente farsi correggere la terapia. Questi *device* possono essere utilizzati sia da chi è in trattamento con gli **antagonisti della vitamina K** (AVK, come il warfarin), sia da chi usa gli anticoagulanti orali (NAO), farmaci somministrati a dose fissa, senza la necessità di ricorrere periodicamente ai Centri specializzati. I primi possono infatti alternare le visite ai Centri con una misurazione da casa (basta una piccola puntura sul polpastrello, evitando così l'accesso venoso), i secondi possono tenere sotto controllo i propri valori prima del rinnovo annuale del piano terapeutico.
Il problema è il costo, attualmente completamente a carico dei pazienti, e il fatto che **non tutti i Centri accettano i dati forniti dai POC** (dispositivi che devono essere sottoposti a controllo periodico per essere attendibili).
Si è parlato del problema della progressiva **chiusura dei Centri** deputati al controllo e al monitoraggio della terapia anticoagulante. La loro chiusura mette in difficoltà i pazienti delle zone marginali, che si trovano a dover percorrere tragitti più lunghi per poter essere controllati.
Infine, il problema della **sicurezza dei NAO**. Questi farmaci, introdotti in Italia nel 2013, hanno semplificato la vita ai pazienti, migliorandone la qualità di vita. Tuttavia, per evitare problemi di aderenza e l'interferenza con altri farmaci, devono essere periodicamente monitorati da uno specialista.

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

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

CORSO DI AGOPUNTURA E MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Il corso è patrocinato dalla FNOMCeO, dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bologna, dall'Azienda USL di Bologna e in collaborazione con l'Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino.
Sede: Bologna, Policlinico Sant'Orsola, Istituto di Ricerca e Cura dell'A.M.A.B.
Inizio corso: 16 gennaio 2021
Direzione Scuola: Dott. Carlo Maria Giovanardi e Dott. Umberto Mazzanti.
Durata: 3 anni, lezioni teorico-pratiche annuali che si svolgono in 9 weekend. Pratica clinica in aula e con tutor, tirocinio clinico pratico presso strutture pubbliche e la possibilità di stage presso ospedali e Università cinesi.
A causa della pandemia da COVID-19, **se sarà necessario è prevista la partecipazione online in modalità sincrona.**
Titolo rilasciato: Attestato Italiano di Agopuntura dell'A.M.A.B. e della FISA (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura). L'Attestato rilasciato dall'A.M.A.B., in quanto scuola accreditata (Determina n. 5050 del 05/04/2017), ha valore legale su tutto il territorio nazionale e ha la stessa valenza del "Diploma di Master Universitario in Agopuntura" in quanto entrambi ottemperano ai requisiti richiesti dall'art. 4 comma 2 lett. b dell'Accordo Stato - Regioni del 7 febbraio 2013 e soddisfa i requisiti per l'iscrizione ai Registri degli Agopuntori istituiti presso gli Ordini dei Medici Chirurghi provinciali.
Destinatari: Laureati in Medicina e Chirurgia e Odontoiatri.
ECM: la partecipazione al corso riconosce **"l'esonero dall'obbligo di formazione continua"** per i tre anni di frequenza in ottemperanza a quanto stabilito dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.
Quota: € 1.960,00; € 1.360,00 per il primo anno ai neo laureati (anni 2018-2019-2020).
Segreteria organizzativa: tel. 3409553985, segreteriascuola@amabonline.it, www.amabonline.it

Gli specialisti, che si sono riuniti a Bologna per il 5° Convegno di Anticoagulazione.it, hanno infine stabilito di preparare un documento congiunto da sottoporre al Ministero della Salute sui benefici dei coagulometri portatili e sulla necessità di avere una situazione uniforme in tutte le regioni e le aziende sanitarie.
Sui benefici dei coagulometri portatili e sui bisogni dei pazienti è necessario preparare una relazione completa da sottoporre al Ministro della Salute per superare il sistema regionale e chiedere gli stessi diritti per tutti. È questo quanto emerso dalla tavola rotonda dedicata alle esigenze dei pazienti anticoagulati, che ha trattato in particolare il tema degli apparecchi portatili per la misurazione domestica dell'INR nei pazienti in terapia con farmaci antivitamina K (AVK).
In Italia in questo momento i dispositivi non sono rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e anche all'interno degli stessi Centri specializzati in terapie anticoagulanti orali (TAO) ci sono delle differenze: alcuni si servono dei coagulometri portatili per le analisi durante le visite a domicilio o al centro, mentre altri continuano a prediligere i prelievi classici effettuati in laboratorio.
Ma conviene all'SSN che ci pazienti si possano monitorare in modo autonomo? Durante la sessione sono stati presentati i risultati di uno studio inglese che dimostra il vantaggio dell'automonitoraggio da parte del paziente stesso rispetto al monitoraggio in laboratorio: "Questa analisi costo-efficacia dimostra che il *self-monitoring* ha una maggiore efficacia clinica, riduce la mortalità e ***non*** fa registrare un maggior numero di emorragie – ha spiegato Lucio Liberato, direttore UOC Medicina interna dell'ASST Melegnano e della Martesana –. Dal punto di vista dei costi, servirebbe un investimento di appena 319 sterline per Quality Adjusted Life Year (QALY), pochissimo se si considera che gli inglesi considerano costo-efficace un trattamento che prevede un esborso di 20.000 sterline per ogni anno di vita di qualità guadagnato".
A trarre il beneficio maggiore sarebbero le persone con valvola meccanica, alle quali non si possono prescrivere gli anticoagulanti orali (NAO o DOAC), ma solo gli AVK. "Dati come questi dimostrano che non ci sarebbe motivo per non investire da un punto di vista economico su questa strumentazione", conclude Liberato.
Nel nostro Paese il problema principale è il costo del dispositivo, che attualmente supera quello inglese. La richiesta degli specialisti è che il Servizio sanitario nazionale renda rimborsabili questi strumenti almeno alle categorie di pazienti che non hanno alternative alla terapia con gli AVK: bambini e adolescenti, oppure portatori di valvola meccanica. Proprio per ottenere questo risultato, gli esperti presenti a Bologna si sono impegnati a lavorare su un documento che chiarisca bisogni dei pazienti e benefici di questi strumenti.

* * *

L'UOMO CON TUMORE DELLA PROSTATA METASTATICO: L'ORGANIZZAZIONE DI UNA RETE DI CURE MULTIDISCIPLINARE

7 Febbraio 2020 - Aula Magna SACMI, Istituto delle Scienze Oncologiche, della Solidarietà e del Volontariato, Via Jacopo di Paolo, 36 - 40128 Bologna

Il Convegno organizzato da Fondazione ANT **"L'uomo con tumore della prostata metastatico: l'organizzazione di una rete di cure multidisciplinare"**, si è svolto venerdì 07 febbraio 2020 presso l'Istituto ANT di Bologna (Via Jacopo di Paolo, 36) ha offerto un momento di aggiornamento scientifico e di incontro e confronto tra clinici, istituzioni e associazioni nel percorso di presa in carico del paziente con tumore della prostata in fase avanzata. Il focus sul paziente metastatico ha voluto porre l'attenzione sulla necessità di impostare piani di cura integrati e multidisciplinari che possano far fronte ai bisogni complessi delle persone che si trovino in questa fase critica di fragilità e di malattia. L'evento si è rivolto ai professionisti sanitari dei diversi setting assistenziali coinvolti nel percorso di cura del paziente in fase avanzata (reparti ospedalieri, ambulatori territoriali, hospice e domicilio).
Il taglio è stato multidisciplinare, con il coinvolgimento dell'intero team multidisciplinare di professionisti sanitari (urologi, oncologi, medici nucleari, radioterapisti, psicologi, ecc.), della rete di cura che si occupa del percorso e valuta quali interventi più adatti per il paziente, tenendo conto del nucleo paziente/famiglia nelle scelte terapeutiche. La mattinata è stata dedicata in modo più specifico alla clinica ed il pomeriggio centrato sui modelli organizzativi di presa in carico, con una particolare attenzione ai bisogni dei pazienti dei quali si faranno portavoce le associazioni coinvolte nella tavola rotonda conclusiva con l'obiettivo di creare un momento di confronto tra associazioni e rete sanitaria.
In particolare, è stato importante far emergere la voce dei pazienti e delle loro famiglie, veicolata dalle associazioni, così che i loro reali bisogni possano essere condivisi ed accolti all'interno della progettazione dei vari percorsi terapeutici. Sono intervenuti: nella prima sessione della mattina, moderata dal Prof. Stefano Fanti dell'Università degli Studi di Bologna dal titolo Strumenti diagnostici attuali, il Dott. Stefano Ferretti di ARITUM della Regione Emilia-Romagna che ha portato i dati del tumore della prostata in Italia ed in particolare in Emilia-Romagna, la Dott.ssa Cristina Nanni dell'Ospedale Sant'Orsola di Bologna. La seconda sessione moderata dal Prof. Davide

M. Donati dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, dalla Dott.ssa Silvia Cammelli dell'Università degli Studi di Bologna e dal Dott. Fabio Monari dell'Azienda Ospedaliero Universitaria S. Orsola Malpighi di Bologna, dal titolo *Terapia medica e trattamenti integrati* ha visto alternarsi il Dott. Francesco Massari ed il Dott. Gambattista Siepe dell'Azienda Ospedaliero Universitaria S. Orsola Malpighi di Bologna e il Dott. Costantino Errani dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna.
Nel corso del pomeriggio alla sessione Modelli organizzativi, moderata dal Prof. Eugenio Brunocilla dell'Università degli Studi di Bologna e dal Dott. Italo Malavasi di Fondazione ANT sono intervenuti la Dott.ssa Danila Valenti dell'AUSL di Bologna, la Dott.ssa Catia Franceschini di Fondazione Hospice Seragnoli, il Dott. Jacopo Tamanti di Fondazione ANT.
Nella tavola rotonda *Risorse ed Opportunità del Patients Engadgement*, moderata dalla Dott.ssa Silvia Varani di Fondazione ANT, si sono confrontate sul tema AIMaC, Associazione "M. Campanacci", Europa Uomo e Fondazione ANT.
Il tema centrale è stato rispetto alle scelte terapeutiche possibili, tra aspettativa di vita e qualità, attraverso l'individuazione di percorsi di cura più appropriati per ogni singolo paziente. Infatti per raggiungere un risultato ottimale in tal senso è necessaria una profonda conoscenza non soltanto della malattia ma della persona attraverso un approccio multidisciplinare: competenze diverse e complementari che concorrono insieme all'obiettivo comune di offrire più qualità di vita per il paziente e la sua famiglia.
Una decisione collegiale, che nasce dal confronto di più professionisti, che segue i protocolli e le linee guida più aggiornate e che deve tener conto anche del punto di vista del paziente in fase avanzata di malattia. Solo così è possibile stabilire il migliore piano terapeutico, la presa in carico e la gestione complessiva garantendo la continuità della cura e la gestione delle complicanze e oltre ad un servizio specializzato di cure palliative che collabora con l'équipe multidisciplinare. I partecipanti sono stati in totale 83 (39 Medici, 35 infermieri e 9 Psicologi) oltre a numerosi uditori interessati al tema.
Dall'elaborazione dei questionari di gradimento dell'evento le valutazioni di gradimento si sono rilevate elevate, sia per quel che riguarda gli aspetti legati ai contenuti sia per quanto concerne la valutazione dei docenti coinvolti rispetto al tema trattato, alla chiarezza espositiva, alla gestione dell'aula, al rispetto dei tempi e alla qualità e completezza del materiale didattico utilizzato ed al grado di integrazione degli stessi.

Sintesi della Qualità percepita (risultati in sintesi dell'elaborazione dei questionari di gradimento).
Contenuti dell'evento

Rilevanza degli argomenti		**Contenuti del corso coerenti con l'attività**		**Efficacia dell' evento per le necessità della attività clinica, attività**	
Non rilevante	0	Scarsa	0	Inefficace	0
Poco rilevante	0	Mediocre	0	Parzialmente efficace	2
Abbastanza rilevante	6	Soddisfacente	5	Abbastanza efficace	6
Rilevante	33	Buona	29	Efficace	28
Molto rilevante	31	Eccellente	35	Molto efficace	33

PROCESSO DI APPRENDIMENTO

Qualità educativa/ di aggiornamento fornita da questo evento		**Metodi didattici: lezioni, casi, simulazioni**		**Clima d'aula**	
Scarsa	0	Scarsa	0	Scarsa	0
Mediocre	0	Mediocre	0	Mediocre	0
Soddisfacente	4	Soddisfacente	5	Soddisfacente	4
Buona	31	Buona	34	Buona	39
Eccellente	36	Eccellente	32	Eccellente	28

Grado di integrazione tra i docenti presenti al seminario	
Scarso	0
Mediocre	0
Soddisfacente	3
Buono	34
Eccellente	30

Percezione di conflitti di interesse nell'erogazione dell'evento	
Assente	58
Non rilevante	6
Scarsamente rilevante	1
Rilevante	4
Molto rilevante	2

23 Dicembre 2020,

L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Bologna ringrazia il Sig. Martino Filippo di San Piero Patti (ME) per il Suo Gentile pensiero a tutti i Sanitari della Regione Emilia-Romagna.

Alla Regione Emilia Romagna
Con tanto affetto e stima che ho per
tutta la sanità, vi mando questa foto
con tutte le madie di ogni regione.
E qualche mio lavoretto che faccio a passatempo
per non fare invecchiare il cervello
Distinti Saluti Martino Filippo

DONO QUESTA MADIA IN ONORE DI TUTTI I MEDICI ITALIANI
IN ONORE DI TUTTI I MEDICI E INFERMIERI D'ITALIA, INCLUDENDO TUTTI COLORO CHE FANNO PARTE ALLA SANITÀ.
VENGONO DONATE QUESTE PICCOLE MADIE O (MAILLA), COME SEGNO DI VITA.
IN QUESTA MADIA LA MASSAIA EFFETTUAVA L'IMPASTO CON FARINA E ACQUA PER REALIZZARE IL PANE. LA MADIA OGGI È POCO USATA, LA STELLA AL CENTRO È SEGNO DI LUCE NEL NOSTRO CAMMINO.
CON QUESTI SEGNI SI CONTINUERÀ A VIVERE SE RIUSCISSIMO AD USARE IL LORO SIGNIFICATO.
MI SCUSO PERCHÈ QUESTO GESTO NON PUÒ DARVI NESSUNA RICOMPENSA ECONOMICA, QUESTO È UN GESTO SIMBOLICO DI RICONOSCIMENTO A TUTTO IL PERSONALE SANITARIO, CHE CON TANTO AMORE E AFFETTO SI SONO MESSI A DISPOSIZIONE E CURANO TUTTE LE PERSONE MALATE DI CORONAVIRUS, DANDO LORO ANCHE CONFORTO.
DA RICORDARE I MOLTI MEDICI E INFERMIERI CHE HANNO PERSO LA VITA PER CERCARE DI ARGINARE QUESTO VIRUS, RENDENDO IL PROPRIO DOVERE UN'ETICA PROFESSIONALE.
RICORDIAMO LE MOLTE PERSONE MORTE PER QUESTO CORONAVIRUS, DA SOLE, SENZA NESSUN CONFORTO DEI FAMILIARI. CON QUALE ANGOSCIA SONO MORTE QUESTE PERSONE!
FACCIO UN CORDOGLIO A TUTTI I FAMILIARI DELLE VITTIME.
MI SCUSO ANCORA UNA VOLTA PERCHÈ NON TROVO PAROLE ADATTE PER I VOSTRI MERITI PROFESSIONALI. IO SONO UN UMILE ARTIGIANO CON LA SOLA SCUOLA ELEMENTARE.

Distinti Saluti:
MARTINO FILIPPO SAN PIERO PATTI (ME)

Causa prossima cessazione attività cedesi studio Dentistico zona Imola collinare direzione Firenzuola con avviamento decennale. Tutti i permessi in regola, completamente a norma composto da sala d'aspetto e zona segreteria, ambulatorio odontoiatrico completamente attrezzato, riunito Vitali, radiologico, sala sterilizzazione, 2 servizi igienici. Unico studio in paese, costi di gestione molto contenuti. Ideale per giovane odontoiatra che voglia intraprendere l'attività in maniera autonoma. per informazioni contatto mail dottorob@gmail.com.

In palazzo storico di Piazza dei Martiri (Bologna) munito di ascensore e servizio di portierato sono disponibili 2 stanze libere da arredo in studio medico condiviso con collega odontoiatra. Canone richiesto euro 470,00 incluse spese condominiali. Cell. 328/9680162. No odontoiatra.

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

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.

Vendesi appartamento già adibito a studio dentistico/ortopedico e altre specialità con annesso locale uso laboratorio. Due bagni uso pazienti e privato con Spogliatoio. 170 mq a Castel San Pietro Terme. Impianti già predisposti certificati a norma. Appartamento con impianto riscaldamento e aria condizionata autonomi. Ingresso indipendente in cortile privato con rampa accesso per disabili, porta blindata. Impianto videosorveglianza. Ampio parcheggio. Libero da subito. Per visiste e informazioni scrivere a gpperfetti@liobero.it o Tel. 335/5887400.

Vendo appartamento di circa 70 mq a Imola attualmente in locazione come struttura sanitaria regolarmente autorizzata con rendita annuale del 7%. Contratto di locazione in essere. Impianti a norma certificati, lavori di ristrutturazione condominiali già eseguiti, riscaldamento e condizionamento autonomo. Vendo altra struttura confinante con ingresso autonomo di circa 55 mq con riscaldamento autonomo, infissi nuovi, liberi da subito. Per informazioni gpperfetti@liobero.it o Tel. 335/5887400.

Vendo studio dentisco con 35 anni di attività per prossimo pensionamento. Ambulatorio con autorizzazione completamente attrezzato, ferri chirurgici e arredamento. Riunito con telecamera praticamente nuovo, da due anni in funzione, tutto perfettamente funzionante. Sala sterilizzazione completa con imbustamento, vasca ultrasuoni. Mobile archivio. Lo studio è in piena attività. Per informazioni scrivere a gpperfetti@liobero.it o Tel. 335/5887400.

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.

Cedesi studio dentistico a Bologna in via Dante angolo Viale Carducci, al primo piano con ascensore, con garage e possibilità di posteggio in cortile interno. Lo studio, di mq 100, è ampio e luminoso con due terrazze, doppi servizi, due riuniti con radiologico e sala sterilizzazione. I locali sono in affitto. Per informazioni telefonare 333/1733049.

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

Affittasi studio dentistico Bologna Centro presso Piazza VIII Agosto, due riuniti, attrezzato. Per info tel. 392/8934909.

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

renografica

VIA SERAGNOLI, 13 - Z.I. ROVERI 2
40138 BOLOGNA
TEL. 051.6026.111 - FAX 051.6026.150
e-mail: home@renografica.it

PER LA VOSTRA PUBBLICITÀ
TEL. 051.6026.111
home@renografica.it

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.**