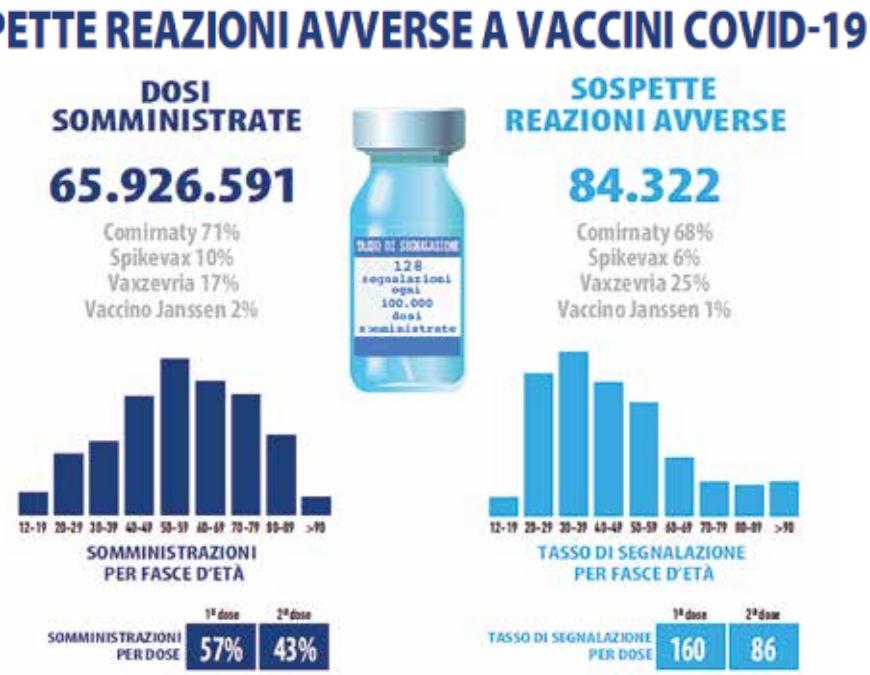
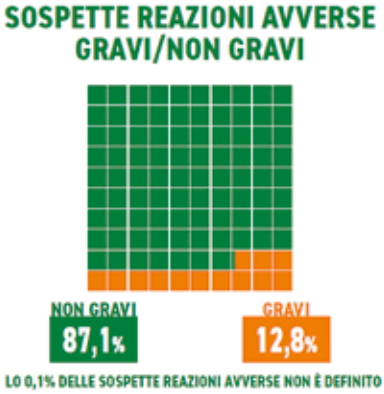
Bollettino Notiziario

anno LII - N° 7 luglio 2021

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





IN QUESTO NUMERO

- **La cocaina, il poliziotto, il farmacista, il professore**
  Andrea Gentili, p. 5
- **La scoperta della Percussione,**
  Pier Roberto Dal Monte, p. 7
- **Che accade se la ragione è stanca? Note in margine alle manifestazioni no-vax e no-pass,**
  Stefano Catellan, p. 13
- **Digitalizzazione o informatizzazione del SSN e Recovery plan (PNRR) approvato in sede UE,**
  Pier Roberto Dal Monte, p. 19
- **Storia recente della sanità in Afghanistan,**
  Alberto Becca, p. 27

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

VILLA RANUZZI

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

VILLA SERENA

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

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

CONSORZIATE E ASSOCIATE CON

CERTIFICATE

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Anaste
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ

E.C.H.O.

Seguici su facebook

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Vittorio Lodi

CAPO REDATORE
Dott. Paolo Cernuschi

REDAZIONE
Abbati Dott. Pietro
Catellani Dott. Stefano
Cupardo Dott. Marco
Dugato Dott. Andrea
Fini Dott. Oscar
Gentili Dott. Andrea
Giordani Dott. Stefano
Lumia Dott. Salvatore
Manneschi Dott. Valdimaro
Pileri Prof. Stefano
Tonini Dott.ssa Valeria

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa: Renografica - Bologna

Il Bollettino di GIUGNO 2021 è stato consegnato in posta il giorno 6/8/2021

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

SOMMARIO

ANNO LII - LUGLIO 2021 N° 7

ARTICOLI

Apparenze o verità? Ignoranza o voluta menzogna? • 3

La cocaina, il poliziotto, il farmacista, il professore • 5

La scoperta della Percussione • 7

Proposte della Presidenza per un Programma quadriennale del rinnovato Consiglio Direttivo Federspev dell'Area Metropolitana Bolognese (19.06.2020) • 11

Che accade se la ragione è stanca? • 13

Prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 (COVID-19) • 16

Digitalizzazione o informatizzazione del SSN e Recovery plan (PNRR) approvato in sede UE • 19

Vaccinazioni anti Covid-19: efficacia ed eventi avversi • 23

La storia recente della sanità in Afghanistan (2001-2021) • 27

NOTIZIE • 28

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 28

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 28

CONVEGNI E CONGRESSI • 28

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • 31

PICCOLI ANNUNCI • 32

In copertina:

AIFA Rapporto sulla Sorveglianza dei vaccini COVID-19 Rapporto numero 7 - Periodo dal 27/12/2020 al 26/07/2021 - Sintesi delle sospette reazioni avverse.

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. BAGNOLI LUIGI

Vice Presidente
Dott. PIZZA GIANCARLO

Segretario
Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Tesoriere
Dott. LODI VITTORIO

Consiglieri Medici
Dott. BONVICINI ANDREA
Dott. CUPARDO MARCO
Dott.ssa ESQUILINI ANNA
Prof. LIGUORI ROCCO
Dott. LUMIA SALVATORE
Dott. MASOTTI MASSIMO
Dott.ssa PIRAZZOLI ALESSANDRA
Prof. PRATI CARLO
Dott.ssa SCHLICH GIULIANA
Prof. TREVISANI FRANCO
Prof. ZAFFAGNINI STEFANO

Consiglieri Odontoiatri
Dott. BONDI CORRADO
Dott. RUBINI GIOVANNI

Commissione Albo Medici
Presidente: Dott. LUMIA SALVATORE
Vice Presidente: Dott. CUPARDO MARCO
Segretario: Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Commissione Albo Odontoiatri
Presidente: Dott. CORRADO BONDI
Vice Presidente: Dott. RUBINI GIOVANNI
Segretario: Dott. AVANZINI GIAMPAOLO
Componenti: Dott. CICOGNANI SIMONCINI FRANCESCO
Dott. MEDI MASSIMILIANO

Collegio dei Revisori dei Conti
Presidente: Dott.ssa ELISA FABBRI
Componenti: Dott. ABBATE GUIDO GIUSEPPE
Dott. GIORDANI STEFANO
Supplente: Dott. ZATI ALESSANDRO

Apparenze o verità? Ignoranza o voluta menzogna?

Vittorio Lodi

La verità non produce tanto bene nel modo quanto male vi producono le sue apparenze (*François de La Rochefoucauld "Massime", Ed. Rizzoli)*

Un telegiornale regionale, uno dei tanti media che trasmettono senza sapere cosa, per compassione non diciamo quale, il 26 agosto scorso ha riportato quanto segue: «...L'ultimo deterrente che in qualche modo sembra scoraggiare chi deve ancora fare la prenotazione del vaccino sembrano essere i nuovi dati sui contagi che arrivano dall'estero, in particolare dall'Inghilterra dove il Ministero della salute ha pubblicato gli ultimi dati che vedono l'89% dei contagiati tra i vaccinati, l'altro 11% è relativo a persone non vaccinate. La variante delta è dominante e sicuramente, dicono gli esperti, è la causa dell'aggiramento del vaccino. In proporzione coloro che finiscono in emergenza sono un decimo rispetto all'ammontare dei contagi ma la statistica, ora al vaglio degli esperti, punta a rivoluzionare il punto di vista mondiale. Il rapporto sugli over 50 è di circa 4 vaccinati in emergenza contro 1 non vaccinato. E per quanto riguarda i deceduti il dato è ancora più sconvolgente, 1076 sono quelli vaccinati mentre risultano essere 318 i non vaccinati...».

Può un telegiornale che dovrebbe essere un servizio pubblico mostrare tale ignoranza o è una menzogna voluta per secondi fini? E quanti esempi di un simile comportamento si potrebbero portare!

Chiaramente è sbagliato (volutamente, per ignoranza?) fornire dati grezzi e numeri assoluti senza rapportarli alla popolazione cui si riferiscono (il denominatore). Basta cercare il dato reale sul sito governo del Regno Unito (https://coronavirus.data.gov.uk/details/vaccinations): infatti, calcolando i 1076 decessi su una popolazione di circa 48 milioni di persone che hanno ricevuto almeno una dose sono in percentuale di gran lunga inferiore ai 318 morti sugli 8 milioni e mezzo che non hanno ricevuto nulla, si tratta dello 0,0022% contro lo 0,0037%. Ma allora il rischio di morire di Covid-19 tra i non vaccinati è quasi il doppio che tra i vaccinati. Cioè il contrario del messaggio trasmesso volutamente o meno dal telegiornale in questione.

Se si analizzano i dati in modo più approfondito (con standardizzazione per età e per percentuale di vaccinati tra le diverse classi di età) il rischio di morire per l'infezione da Covid-19 risulta be tre volte maggiore tra i non vaccinati rispetto ai soggetti con ciclo vaccinale completo.

Allora in questa lunga e calda estate è veramente estenuante e deprimente che persone, che per lo più parlano senza alcuna cognizione di causa, ma solo perché si trovano davanti ad una telecamera o davanti al proprio computer dietro al quale si celano e si sentono tranquilli di poter scrivere qualsiasi sciocchezza, ancora declamino che i vaccini anti SARS-CoV-2 non sono efficaci ma, anzi, chissà cosa contengono e cosa ci causeranno fra 10 o 100 anni.

Ancora peggio, purtroppo, quando alcuni politici, per un puro e teorico interesse di bottega, e colleghi, dicono e scrivono cose senza fondamento e non basate sull'evidenza dei fatti ma su chissà quali convinzioni di complotti ed arcani misteri.

Alcuni anni fa nel corso della trasmissione Zelig *l'assessore Cangini (l'attore Paolo Cevoli) ci esortava con questa esclamazione "fatti non ... parole!" (in realtà utilizzava un termine meno elegante ma certamente più esplicito).*

Bene, in quest'ottica proverò a fornire qualche dato reale, basato sull'evidenza e controllabile, in un breve resoconto sulle vaccinazioni anti Covid-19, efficacia ed eventi avversi, riportato nelle successive pagine del Bollettino.

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

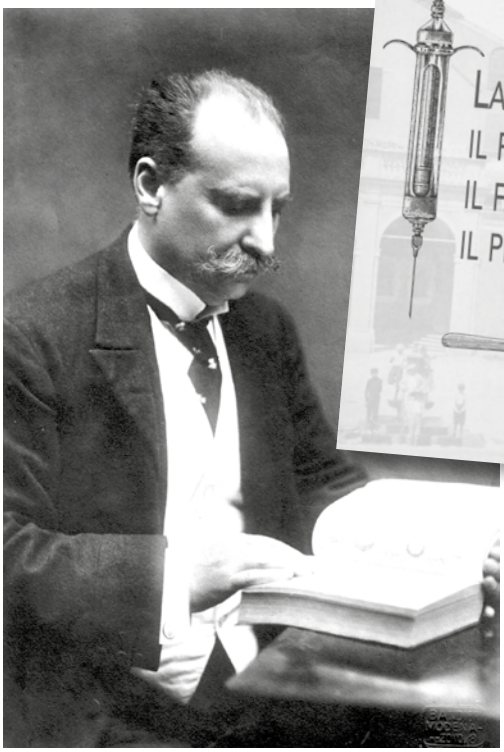
CERTIFICATA

Aut.San. PG.N. 25139/2017

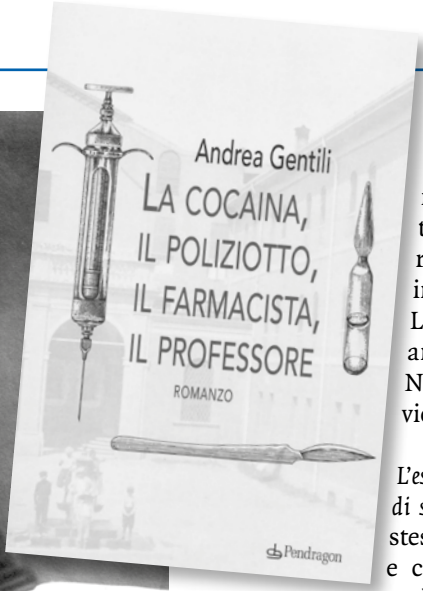
La cocaina, il poliziotto, il farmacista, il professore

Un romanzo riscopre il chirurgo Benedetto Schiassi come pioniere dell'anestesia italiana

Andrea Gentili



Il Prof. Benedetto Schiassi.



La prima anestesia spinale in Italia venne eseguita da un chirurgo famoso: Benedetto Schiassi. La praticò presso lo Spedale Umberto e Margherita di Budrio il 27 dicembre 1899, utilizzando la cocaina.
Da più di due anni Schiassi, pur giovanissimo, dopo avere brillantemente consolidato la sua preparazione chirurgica presso lo Spedale di S. Orsola a Bologna, aveva assunto l'incarico di primario proprio nella cittadina budriese.
L'intervento consistette in un'amputazione di un arto inferiore per una gangrena ingravescente a un bracciante di 70 anni, poverissimo e in condizioni cliniche molto critiche. Quel paziente non avrebbe sopportato l'anestesia generale, che in quel momento voleva dire utilizzare etere o cloroformio per via inalatoria.
Le tracce dell'evento erano andate perdute nel tempo. Nessuno ricordava più quella vicenda.

L'esperienza personale e la scintilla di scrivere il libro. Per me, anestesista rianimatore bolognese e cittadino budriese è stato molto emozionante scoprire che proprio presso l'ospedale di Budrio, dove fra l'altro sono nato, è stata praticata la prima anestesia spinale in Italia. Approfondendo ancora l'argomento sono venuto a conoscenza della difficoltà tecnica e anche ambientale nella preparazione delle fiale di cocaina. Questa infatti era effettuata a Bologna presso il laboratorio farmaceutico di Francesco Zanardi (che diventerà nel 1914 sindaco di Bologna), dotato di apparecchiature modernissime, ma sorvegliato dalla polizia, perché sospettato di essere un possibile covo di anarchici e rivoluzionari. Consultando molte pubblicazioni di Benedetto Schiassi, più mi documentavo sull'argomento e più mi rendevo conto che poteva nascere una storia. Accanto alla vicenda puramente medica, che assume un valore assoluto, esisteva una vicenda vera che a mio parere meritava di essere raccontata.
Il romanzo, un giallo storico-scientifico ambientato nella Budrio e nella Bologna di fine Ottocento, è stato costruito cercando di amalgamare vicende vere, testimoniate da fonti scritte, accanto a notizie sentite raccontare ed

episodi inventati. La narrazione entra nei dettagli di un'impresa non facile, considerando le indecisioni, l'immobilismo e la scarsa convinzione dell'ambiente accademico felsineo riguardo quella tecnica allora innovativa.

La trama. La vicenda prende un arco di venti anni, anche se più della metà si svolge nell'ultima settimana del 1899. Sono perlomeno quattro storie di quattro personaggi, che iniziano separatamente, per ricongiungersi nel finale, quando tutto è pronto per lo storico intervento. Ma un misterioso furto di cocaina all'interno della farmacia di Francesco Zanardi (nel libro il cognome è mutato in Panardi) – incaricato della preparazione delle fiale del farmaco – insieme a uno strano omicidio, rischiano di farlo saltare. Chirurgo e farmacista si ritrovano, loro malgrado, accusati da un poliziotto intransigente, l'ispettore capo Guido Mario Ser-turi, di simpatizzare per alcune ideologie sovversive. Tuttavia nulla è come sembra e sarà proprio Benedetto Schiassi (nel libro il cognome è mutato in Stiassi) a dare un contributo decisivo per sbrogliare la intricata matas-sa, giusto in tempo per correre in sala operatoria a scrivere un capitolo della futura anestesiologia.

I messaggi medici: Il romanzo, la cui parte scientifica è stata rispettata con il massimo rigore, contiene anche alcune riflessioni mediche, patrimonio culturale di Benedetto Schiassi, proponibili ai nostri giorni.
La necessità, di fronte ad una nuova scoperta scientifica, di vagliarla, studiarla e, con preparazione e senso etico, praticarla quando si è sicuri che i vantaggi superino le perplessità
L'importanza della comunicazione medico-paziente, tema attualissimo, intesa come imprescindibile strumento di lavoro del medico, essendo anch'essa un essenziale tempo di cura.
L'affermazione dell'indissolubilità dell'individuo e del suo organismo, con la convinzione che qualsiasi approccio clinico deve essere imperniato su una visione globale del paziente.

Edizioni Pendragon, Bologna 2020, pp. 192, Euro 16.
Copertina: nello sfondo immagine del tempo dello Spedale Umberto e Margherita di Budrio.
Il libro è ordinabile in tutte le librerie e attraverso i maggiori canali online.
Andrea Gentili con Pendragon, nel 2016, ha già pubblicato il romanzo *Il campanile deve cadere.*

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: 15 gennaio 2022
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.
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'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.
Quota: € 1.980,00; € 1.380,00 per il primo anno ai neo laureati (anni 2019-2020-2021).
Segreteria organizzativa: tel. 3409553985, segreteriascuola@amabonline.it, www.amabonline.it

La scoperta della Percussione

Leopold Auenbrugger: un medico, un librettista e un musicista "percussionista"con un eccezionale riscontro presso l'Istituto Rizzoli di Bologna

Pier Roberto Dal Monte

... il rencontra un tonneau. Il frappa dessus: le tonneau était vide. Il passa à un autre, il était vide encore; mais le troisième sur lequel il répéta l'expérience rendit un son si mat qu'il n'y avait point à s'y tromper. Grimaud reconnut qu'il était plein.

A. Dumas, *Vingt ans après*,
Cap. LXXV. Le vin de Porto.[1]

Thorax sani hominis sonat, si percutitur.

L. Auenbrugger.

Il Dottor Leopold Auenbrugger con la Moglie e la donazione Putti

L'unico originale quadro al mondo di "Leopold Auenbrugger (con la moglie Marianne)", opera di ignoto pittore austriaco della seconda metà del XVIII secolo, fa parte della Donazione Putti ed è esposto in una delle sale all'interno dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna. Su questo quadro vi è una singolare storia: il Professor Vittorio Putti, famoso ortopedico Bolognese e grande collezionista di storici reperti medici, acquistò in Austria tale quadro da una lontanissima nipote dell'Auenbrugger e lo comunicò in un articolo, nell'anno della propria morte (vedi Putti V. The portrait of Leopold Auenbrugger, «Bull. of the History of Medicine», vol. VIII, n. 3, March 1940), e lo donò infine con tutta la sua Collezione all'Istituto Rizzoli che, sulla base di tale donazione e con altre raccolte accumulate negli anni, tra cui anche quella del Professor Codivilla, ha posto le basi per un importante Biblioteca/Museo all'interno della primitiva struttura del Rizzoli. Il quadro è pertanto tuttora visibile a Bologna nella stesso originale Istituto.

Ma chi era il **Dottor Leopold Auenbrugger**, questo singolare Medico austriaco che inventò una delle tecniche diagnostiche semeiologiche più utili alla medicina (la metodica percussiva), il quale è stato poco conosciuto o decantato ai suoi tempi e che ha trovato nel Dottor Jean-Nicolas Corvisart, Primo Medico dell'Impero e di Napoleone, il suo scopritore, traduttore e mentore?

Il Dottor Leopold Auenbrugger con la Moglie.

Leopold Auenbrugger era nato a Granz in Austria nel 1722 ed era figlio di un locandiere benestante, proprietario della locanda all'insegna "*Zu den drei Mohren*", tuttora, sotto il nome *s'Auenbrugger*, esistente in città, il quale, aiutando nell'infanzia suo padre in cucina e in cantina, notava che aveva un antico metodo molto pratico per valutare il livello del vino nelle sue botti: egli percoteva le doghe della botte con il medio flesso della mano di destra, percependo anche le più sottili differenze di tonalità prodotte: sapendo ovviamente, che nelle parti corrispondenti all'area interna della botte in cui era presente vino la percussione dava una risonanza più "grave" che in quelle vuote, così intuendo che la nota sarebbe stata musicale e bassa sino al livello del vino, mentre sopra la linea della nota piatta e di tono alto vi era il vuoto. Avendo un buon orecchio musicale e avendo anche preso sin da piccolo lezioni di musica, divenuto in seguito anche un buon

LEOPOLDI AUENBRUGGER

INVENTUM NOVUM

PERCUSSIONE THORACIS HUMANI

UT SIGNO

ABSTRUSOS INTERNI

PECTORIS MORBOS

La copertina del libro del Dottor Auenbrugger (1761).

violinista e musicologo, l'Auenbrugger fece dell'esperienza paterna tesoro quando, avvicinandosi all'età adulta, si iscrisse alla Facoltà di Medicina laureandosi presso la Scuola di Medicina di Vienna. Era uno studioso, ma non brillante e da laureato divenne Medico presso l'Ospedale Militare Spagnolo di Vienna. Durante la sua attività al letto del malato vedendo che la percussione non era affatto considerata come metodica semeiologica (il torace non era pressoché percosso seguendo ancora quello che era il metodo succussivo Ippocratico) ebbe un'idea brillante e pratica nell'affermare che "Il petto di una persona sana, quando viene colpito, emette un suono". Come una botte.

In un secondo momento, la sua formazione musicale gli suggerì il concetto più preciso che il torace può paragonarsi ad un tamburo, che contiene i polmoni pieni d'aria. Più aria è presente, più bassa è la nota. La presenza di un fluido nel petto sposta l'aria, quindi la nota musicale che si evocava doveva essere di tonalità più alta e piatta invece che risonante. Per confermare la sua intuizione inizia a esaminare i pazienti in ospedale e con le sue percussioni digitali sul torace faceva emergere appunto suoni come "il suono di un tamburo ricoperto da uno spesso panno di lana", l'attuale tamburo 'muto': un suono "carnoso" sul cuore senz'aria; un suono "sonoro" nel polmone aerato ed altri. Quell'idea la sviluppò non solo al letto del paziente ma la volle verificare durante la dissezione di cadaveri, cercando la corrispondenza tra la percussione ed il riscontro *postmortem*, sotto la guida del suo venerato Professore, il Barone von Swieten, che lo stimolò ad eseguire le autopsie per la verifica e confronto delle strutture e fenomeni patologici esistenti effettivamente sotto la parte percossa; riempiendo talvolta anche la cavità toracica di acqua per confronto.

Auenbrugger, mentre era ancora assistente medico nell'Ospedale Militare Spagnolo di Vienna, pubblicò a sue spese nel 1761 la summa delle sue intuizioni in un piccolo libro: «INVENTUM NOVUM. E X PERCUSSIONE THORACIS HUMANI, UT SIGNO ABSTRUSOS INTERNI PECTORIS MORBOS DETEGENDI. Pag. 57. VIDOBONE MDCCLXI».

Nel quale oltre che dettagliatamente la metodica, riporta in vari capitoli i diversi quadri patologici noti sino ad allora, che non erano sufficientemente diagnosticati nel vivente senza l'uso della percussione.

Nello stesso anno si dimise dall'Ospedale Militare Spagnolo, nel quale rimase per dieci anni e dove negli ultimi sette anni si dedicò allo studio delle percussioni sul corpo umano, suscitando l'incomprensione dei Colleghi che non apprezzavano l'insistenza della sua nuova 'inconsistente' tecnica, dedicandosi infine alla attività privata e alla musica.

"Nel rendere pubbliche le mie scoperte riguardo alla materia – scrive nella prefazione del libro – sono state innanzitutto mosso né dalla voglia di scrivere né da una predilezione per la speculazione, ma dal desiderio di sottoporre ai miei colleghi i frutti di sette anni di osservazione e riflessione. Nel fare ciò non sono stato così inconsapevole dei pericoli che dovevo incontrare, poiché lo è sempre stato il destino di coloro che hanno illustrato o migliorato le Arti e le Scienze con le loro scoperte, quello di essere oggetto di invidia, odio, malizia, detrazioni e calunnia".

Sebbene fosse a Vienna un professionista molto popolare e stimato, e non solo come medico, dalla Corte e dall'Imperatrice Maria

Teresa, la sua invenzione è rimasta inosservata a quei grandi medici e professori, che aveva frequentato e vivevano nella Città Sede dell'Impero Ausburgico, eccetto che per un interesse temporaneo sul libretto anche da parte del maggior clinico viennese, lo Stoll, che con altri Colleghi riteneva peraltro la scoperta "degna di grande attenzione".
Il metodo anche in Francia trovò un certo interesse alla Scuola di Montpelier nel 1770, ove era semplicemente considerato come "un moyen de plus qu'on peut employer sans risque", ma dove peraltro non è stato mai provato e fu confuso con una variante della succussione ippocratica da cui è completamente diverso. Da quel momento le percussioni sembrano essere state completamente ignorate fino a quando Corvisart lo trovò menzionato negli Aforismi di Stoll, ed essendone favorevolmente convinto, lo tradusse in francese e pubblicò *Le nouvelle methode de percussion...* con un'ottima e moder-na prefazione ed alcune aggiunte nel 1808. Infine diffuse il metodo, sostenendo il ruolo che una tale tecnica davvero preziosa nella semeiotica del torace e cuore avrebbe dovuto avere. A lui si deve il *tanquam percussio femoris* come è stato riportato negli *Aforismi cardiologici* di Corvisart: «**Percussion 11.** Quand on percute la poitrine, on reconnaît qu'elle résonne bien, à un son net et un peu grave. Si au contraire le son est mat et **tanquam percussio femoris,** et qu'il n'y ait ni infiltration des téguments ni surabondance de graisse, on peut être certain que la poitrine n'est pas libre. Les circonstances particulières indiquent l'espèce de lésion...» detraendo il suo aforisma dal **Capitolo III** del libro dell'Auenbrugger:
Observatio III.
'Si *percussus thorax* **in loco alias sonoro**, *sono suo naturali penitus destitutus fuerit,* **id est, carnis percussae** *sonum ediderit, morbus in illa plaga, quae sic resonuerit latebit'.*
Scholium *(Commento). ' Qui manu proprium pectus, est postea femur suum percullerit, habebit ex sonituum differentia requisitam ideam, ad intelligendam praedictionem, quae proposita est'.*

Anche J.Skoda fece una favorevole descrizione del metodo scrivendo nel suo libro al Cap.I: «Auenbrugger mostrò l'utilità della percussione nella diagnostica delle malattie toraciche e getto le basi per una bella scoperta, benché la diagnostica del torace e degli organi interni fosse allora, ancora di là da venire...»
Auenbruggen scrisse anche altri lavori soprattutto su problemi neuropsichiatrici in relazione al suicidio e la mania, ma parve dimenticare la gloria raggiunta con il suo metodo, dedicandosi in maniera non banale anche alla musica, essendo in amichevole contatto sia con Haydn che con Mozart, seguendo le figlie, di cui una in particolare divenne anche grande pianista alla quale Haydn dedicò 6 delle sue prime sonate per piano. A Vienna venne anche in contatto con Salieri per il quale scrisse il libretto della sua prima opera in Austria ed il primo *Lustspiel* (l'Opera buffa all'italiana) musicale della nazione germanica il *Der Rauchfangkehre* o lo Spazzacamino.[2]
En passant: Auenbrugger è padre anche di un **segno clinico:** *il rigonfiamento della regione epigastrica in corso di versamento pericardico.*
Così da una prassi vinicola usata sin dall'antichità o meglio sin da quando sono state inventate le botti, è nata una grande manovra semeiologica, anche se oggi, più che dissueta o trascurata, sta per essere superata (ahi noi vecchi semeiologi) dalle varie tecniche strumentali con cui si studia il torace ed il suo contenuto: ma non è da considerarsi un *'sic transit...'*, poiché un qualche spunto ed utile orientamento lo darà sempre, anche nella nostra evoluta medicina moderna e pertanto (v'è da dirlo?) si continui ad impararla ed ad usare nella quotidiana prassi clinica... Come fa il picchio per nutrirsi e crearsi un nido.

Note
[1] "... incontrato un barile bussò: il barile era vuoto. Passò a un altro, era ancora vuoto; ma il terzo, sul quale ripeté l'esperimento, emise un suono così sordo che non c'era da sbagliarsi. Grimaud riconobbe che era pieno." Dumas. Vent'anni dopo.
[2] A proposito di Auenbrugger Musicologo: Haydn pubblicò una serie di sei sonate per pianoforte, dedicate alle sorelle Caterina e Marianna Auenbrugger, figlie di Leopold von Auenbrugger e interpreti di talento. Scrivendo a sua moglie da Vienna nell'agosto 1773, Leopold Mozart aveva sottolineato l'abilità delle due ragazze, che entrambe suonavano molto bene ed erano molto preparate. Tuttavia il figlio W.A. Mozart, da poco stabilito a Vienna, nel 1781 quando il loro padre fornì a Salieri il libretto, Der Rauchfangkehrer e lo lesse, definì, in una lettera al padre, il Dottor Auenbrugger, come il dottor Auenszucker (lo zuccheroso).

Note Bibliografiche:

Corvisart J.N. - Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité par Auenbrugger, Ouvrage traduit du latin et commenté par J.N Corvisart, Imprimerie Migneret, Paris 1808. https://gallica.bnf.fr/ark

Corvisart J.N. - Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux, extrait des leçons cliniques. Migneret, Paris, 1806. https://gallica.bnf.fr/ark

Doctors: The Biography of Medicine. Sherwin B. Nuland, Doctors in The Biography of Medicine. L.Auenbrugger, V I N T A G E. Division of Random House, Inc. New York 1990.

Aphorismes de médecine clinique / par le baron Corvisart Jean-Nicolas (1755-1821); recueillis par F.-V. Mérat, de R.J.Laenec. Publiés par le docteur Paul Busquet,... . Auteur du texte. https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k65453233/f48.item.texteImage#

Sterpellone Luciano. Auenbrugger, un medico che percuoteva le botti. Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri Numero 5 / 2007.

Pesic P. Music, Mechanism, and the "Sonic Turn" in Physical Diagnosis Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. doi: 10.1093/ jhmas/ jrv03.

Borghi L. Tapping On The Chest Of History. Lost And Found Memories of Leopold Auenbrugger, Inventor of Percussion. In Austria And Beyond. Review article. Acta Med Hist Adriat 2018; 16(1);127-144.

Editorial. Leopold Auenbrugger. His "Inventum Novum"- in 1761, exactly 200 years ago. Circulation. July Vol. XXIV 1961.

Lyle Cummins S., C.B., C.M.G. Auenbrugger and Laennec: The Discoverers of Percussion and Auscultation. Proceedings of the Royal Society of Medicine Vol. XXXVIII page 13. 409. Section of the History of Medicine [February 7, 1945].

M.A Zdenk Fwfar, Ludmila Hlavakova,. Joseph Skoda. Profiles in Cardiology. Clin. Cardiol. 20, 740-741 (1997).

Skoda J. Abhandlung uber Perkussion und Auskultation, p. 1-271. Vienna: J.G.Ritter von Mosle Witwe & Braumuller. 1839. https://archive.org/details/b29318269

James Franklin. Chicago, Illinois, U.S.. *From woodpeckers to Auenbrugger - Hektoen International (hekint.org).* https://hekint.org/2020/08/26/from woodpeckers-to-auenbrugger/-Il medico giornalista J. Franklin ha messo in evidenza come anche il picchio cerca normalmente con la percussione del suo becco le tane dei vermi sotto la corteccia degli alberi secchi e altre cavità aerate che, a seconda del suono, valuta se son piene o vuote per nutrirsi e fare anche il proprio nido (dimostrando che nulla si inventa in natura).

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

Proposte della Presidenza per un Programma quadriennale del rinnovato Consiglio Direttivo Federspev dell'Area Metropolitana Bolognese (19.06.2020)

Prima Riunione del Direttivo della sezione dell'Area metropolitana bolognese.
Con il seguente OdG:
1. Nomina delle cariche sociali e programmi futuri.
2. Considerazioni sull'epidemia da Covid-19: impegno medico e riflessi su medici pensionati.
3. Programma del Consiglio direttivo provinciale per i prossimi 4 anni.
4. Varie ed eventuali

Finalmente si è riusciti in data 19.06.2020 a riunire il direttivo della Federazione Medici, veterinari, farmacisti e vedove (FEDERSPEV) recentemente rinnovato con le seguenti cariche statutarie:
Presidente Pier Roberto Dal Monte, Vice presidente e Tesoriere Angelo di Dio, Segretario Stefano Naldi, Consiglieri Tommaso Biscotti, Enrico Fiore, Marco Bonvicini, Gina Giobbi (farmacista) Gerardo Martinelli, Giancarlo Savorani. Revisori dei Conti: Checchia Giuseppe, Sergio Semeraro, Antonio Spicciarelli

Il Presidente, in considerazione della pandemia ancora in corso, sebbene localmente alquanto attenuata, ricorda innazitutto il contributo fattivo sino al sacrificio estremo dei Colleghi attivi, preposti, a vari livelli, alla sua prevenzione e cura, a cui non si sono detratti i Colleghi pensionati, ma ancora in attività, con vari lodevoli contributi, sì da esserne alcuni coinvolti con i noti eventi fatali. Non trascurando anche il fatto che, come ogni cittadino particolarmente anziano, tra i quali dove più si è diffusa la pandemia stessa con alta mortalità, anche molti altri sono stati i medici che ne sono stati affetti con risultati nefasti ben documentati, specie coloro che per varie ragioni erano ospiti delle RSA.

Nel ricordare i Colleghi che per questo hanno sofferto ed alcuni ci hanno lasciati, rivolge ad essi un grato e sentito pensiero ed impegno affinché tutto non sia lasciato a colpa del destino 'cinico e baro', rilevando quanto sia opportuno che anche noi ci facciamo parte attiva perché questo più non accada, a tutti i livelli prevenendo errori e sottovalutazioni, con la dovuta salvaguardia non solo dei comuni cittadini, ma anche dei Colleghi medici attivi e no.

Passando alle altre voci dell'O.d.G innanzitutto si segnala come la rilevazione degli attuali iscritti alla Federspev della provincia di Bologna, ha mostrato che il numero di quelli più o meno paganti è tale da porre alcuni problemi per un più vasto recepimento del nostro messaggio, riguardo la solidarietà, l'impegno nella difesa dei legittimi interessi di professionisti che meritano, anche e soprattutto dopo il duro lavoro praticato a tutela della Salute dei Cittadini, il giusto riconoscimento del loro attuale autorevole ruolo nella Società con dignità, ma anche con il degno decoro economico.

Questo ci deve spingere a intraprendere una serie di iniziative le quali, per l'evidenza, l'incisività e l'importanza, richiamino intorno alla Federspev una maggiore attenzione, una più vivo stimolo nel riconoscere la sua fattiva azione nel mantenere i nostri valori ed i nostri diritti; iniziative che servano infine ad accrescere veramente il nostro proselitismo nella concretezza.

Pertanto si propone, ponendolo alla discussione collegiale del Consiglio medesimo i seguenti punti:
1. Di valutare tutte le modalità migliori possibili di contatto con tutti i colleghi pensionati e pensionandi direttamente o attraverso l'Ordine dei Medici per cercare di iscriverli alla Federspev;
2. Di creare attraverso i media, anche quelli social accessibili, e naturalmente attraverso il Bollettino dell'Ordine dei Medici, modalità di comunicazione delle nostre attività, sugli scopi della società e la contezza dell'utilità di divenirne membro;
3. Creare modalità d'incontro, come conferen-

ze, rievocazioni e anniversari allargate a relatori che insieme nell'evento servano ad efficace richiamo;
4. Chiedere all'Ordine dei Medici una maggiore sensibilità in favore dei medici pensionati con la collaborazione e vicinanza della Federspev;
5. Trovare dei momenti di aggregazione con gruppi, associazioni, società che perseguono la nostra sempre attuale missione. E questo perseguirlo a maggior ragione con le sezioni provinciali ma anche a livello regionale ed interregionale;
6. Unire in questi rapporti, anche con contatti istituzionali, vari momenti di attività di svago sia ludiche, che turistico/conoscitive e culturali, atte anche a stimolare le capacità cognitive/ fisiche e salutistiche.
7. Stimolare la solidarietà tra colleghi a tutti i livelli;
8. Incentivare tutte le azioni a difesa dell'ambiente e a contrasto dei cambiamenti climatici.
9. Per dar seguito a tali proposte ritengo sia opportuno di assegnare ai singoli Membri o a piccoli gruppi di loro una suddivisone dei compiti sovraesposti non escludendo eventuali apporti da Colleghi esterni al Consiglio.
Rapportandosi sempre al Direttivo Nazionale, ma non tralasciando un concreto ruolo propositivo della nostra sezione provinciale adeguato ai tempi attuali.
Durante la discussione dei punti sovra esposti, che vengono sostanzialmente approvati da tutto il Consiglio, vengono suggeriti alcune metodologie pratiche per aumentare il numero degli iscritti, usando le moderne tecnologie della raccolta dei database ed i contatti con i colleghi pensionati e pensionadi.
Si auspica una maggiore interesse da parte dell'Ordine dei Medici sulle problematiche dei pensionati medici, ricostituendo ad esempio la Commissione pensione o comunque stabilire un contatto continuativo con l'stesso O.d.M.
Infine conclusasi ogni voce all'O.d.G. si approva l'invio delle risultanze della Riunione FEDERSPEV alla Presidenza dell'ODM, chiedendo la pubblicazione sul Bollettino dell'ordine.

IL segretario FEDERSPEV Provincia Bologna
Stefano Naldi

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

Che accade se la ragione è stanca?

Note in margine alle manifestazioni no-vax e no-pass

dott. Stefano Catellan

Le piazze che protestano contro il green pass e le richieste di obbligo di vaccinazione per certe categorie sono un fenomeno minoritario, forse addirittura irrilevante dal punto di vista numerico, ma di grande rilevanza su un piano che definirei "antropologico".
Segnano l'emergere, il "farsi pubblico" (e perciò "politico") della crisi del rapporto delle persone con la scienza (e quindi con la medicina).
È una crisi che viene da lontano ed è molto più ampia del suo semplice manifestarsi visibile.
È crisi dei pilastri del contratto sociale della modernità: la razionalità e l'informazione; il nostro modo di intendere la convivenza civile si fonda sul principio che ogni singolo individuo razionale se adeguatamente informato sia in grado di scegliere il meglio per se stesso e di determinare (direttamente o attraverso deleghe di vario tipo) il funzionamento della vita collettiva.
Raccolta di informazioni (attraverso analisi, esperimenti, indagini) e uso della ragione (applicazione della razionalità) sono anche alla base del metodo scientifico e di quanto c'è di scientifico nella medicina.
I filosofi, ci avvertono da tempo che *Dubium sapientiae initium* e insinuano che vi sia dell'altro dietro le grandi certezze. Questa "cultura del sospetto" divenne il fondamento del pensiero critico, di una visione libertaria fin dalle radici che si opponeva ad ogni verità data, ad ogni dogma.

Nella cosiddetta post-modernità nuovi fenomeni come la disintermediazione della gestione dei conflitti, la precarizzazione delle vite personali e professionali e la disgregazione delle identità collettive, hanno trasformato questo raffinato strumento filosofico nella diffidenza sistematica, nel disprezzo di ogni tipo di *élites* (compreso quelle culturali), nell'odio per i "professoroni". Stati d'animo aizzati dal web e amplificati dalla tribuna mediatica.
Abbiamo, man mano, assistito a un "contagio emotivo" per via informatica simile a quello che avviene nei raduni di massa: perdita del confine, prevalenza del senso di appartenenza e del riconoscimento reciproco sul discernimento razionale, bisogno di condivisione che sopravanza la capacità di distinguere il vero dal falso. Un enorme Hysel virtuale dove, però, l'odio (e spesso anche le vittime) erano e sono tragicamente reali.

Ma "c'è della logica in questa follia".
Pur con tutte le falsità che ha messo in circolo, la "deregulation informativa" ha mostrato l'uso che nuovi e vecchi detentori del potere mediatico (politico ed economico) fanno della deformazione sistematica dell'informazione. È venuto alla luce, anche in ragioni di scandali internazionali, il furto di informazioni di cui siamo quotidianamente vittime e delle false narrazioni di cui diventiamo contemporaneamente oggetto e bersaglio. Contemporaneamente la crisi ambientale pone in evidenza l'impossibilità di continuare ad identificare lo sviluppo indiscriminato della tecnica e dei consumi (non della scienza) con il benessere ed il progresso.
Gli esseri umani hanno cominciato a domandarsi se "un altro sviluppo è possibile".
La scienza (e la medicina) al servizio della tecnica (a sua volta, spesso, al servizio del mercato) si è frammentata in una visione sempre più parcellizzata e specialistica, perdendo di vista il benessere (e la salute) nel suo complesso.
È evidente a tutti l'enorme conflitto di interessi tra Scienza (e Medicina), Economia e Politica. Così come lo sono gli interessi (e i guadagni) delle case farmaceutiche.
Rispetto alla vitale stagione degli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso (che portò, in Italia, alla riforma sanitaria e alla nascita del SSN), si è del tutto persa la dimensione e l'attenzione alla prevenzione delle malattie (poco remunerativa e poco utile all'accumulazione di profitti fortemente concentrati) a vantaggio delle cure e dei farmaci (prodotti con un mercato immenso).

L'economicizzazione della sanità ci ha portato dai Consorzi Socio-Sanitari (in cui era rilevante l'aspetto sociale e preventivo) alle Aziende Sanitarie Locali.
La necessità di fondare le teorie e le pratiche mediche su dati certi e condivisi ha portato ad una concentrazione dei centri di validazione (sempre più identificati con le Università americane: centri privati, spesso finanziati dalle aziende) da cui discende il "verbo".
Si è persa, così, la potenzialità innovativa che potrebbe scaturire dalla coordinazione dell'immensa capacità di osservazione e di "sperimentazione sul campo" di milioni di medici impegnati nel rapporto umano con i pazienti (persone).
Tale concentrazione si è declinata, praticamente ovunque, nella perdita di centralità della medicina territoriale (e dei medici di "base") a favore delle strutture ospedaliere.
Medici e scienziati davanti al virus sconosciuto hanno messo in scena uno spettacolo indecoroso: virologi, epidemiologi, pneumologi, infettivologi, medici delle terapie intensive, ecc. hanno cominciato a dispensare a destra e a manca la propria opinione, troppo spesso tacendo la parzialità del proprio punto di vista e la scarsità delle conoscenze disponibili in quel momento.
Il salutare discutere tra specialisti e tra specialità diverse si è trasformato in un caotico ed assordante vocìo pubblico, con deligittimazioni reciproche. Un 'Processo di Biscardi' su questioni sanitarie mentre la popolazione si ammalava, spesso (troppo spesso) moriva e gli altri si sottoponevano a restrizioni delle proprie libertà.

Le persone che riempiono, anche solo idealmente, le piazze no-vax e no-pass sono vittime di tutto questo.
E, in più, dell'umiliante sensazione (consapevolezza) di non contare nulla nei processi decisionali riguardo alla propria salute (oltre che dei destini del pianeta).
Un meccanismo innato della psiche umana è la tendenza, dinnanzi a situazioni troppo caotiche ed ansiogene, a semplificare, a individuare e combattere il pericolo più vicino (spesso trascurando quello più nocivo e letale).
In psicoanalisi si chiama "spostamento": come quell'individuo frustrato nella vita e nel lavoro che sfoga la propria rabbia in risse allo stadio.
Gli psicoanalisti hanno dimostrato come i gruppi umani, in condizioni di stress, reagiscano con "assunti di base": tendono ad individuare un capro espiatorio (in genere un gruppo debole e marginale della comunità), si affidano alla funzione salvifica di un "Messia" (un "uomo nuovo") e individuano il nemico comune.
Parafrasando Pavese: ragionare stanca.
L'esistenza di un complotto e di un colpevole è la spiegazione più semplice in cui si rifugia la ragione quando è stanca e vuole dormire.
Ma **"il sonno della ragione genera mostri"** (Francisco Goya).

È un dovere etico, un principio deontologico ineludibile, riportare la Medicina (la sua teoria e la sua pratica) "con i piedi per terra", a contatto con i bisogni e le risposte dei suoi fruitori ultimi (che sono, poi, i cittadini che pagano materialmente ed economicamente tutto il sistema).
Occorre una nuova rivoluzione culturale che ci insegni (nuovamente?) ad ascoltare.
Se un certo farmaco non funziona su quel paziente, ad esempio, non è il paziente che è un *non-responder*: è il farmaco che, per l'appunto, non funziona!
E se una persona ha una crisi depressiva dopo un evento luttuoso o stressante ha una "depressione reattiva" (cioè è una reazione all'evento o alle condizioni di vita) non un "disturbo dell'adattamento" (cioè non è lui che non è capace di adattarsi)!
Ed è altrettanto indispensabile che l'organizzazione della sanità rimetta al centro il medico ed il suo rapporto (anche umano) con il paziente e la sua storia clinica e di vita. Che sappia darsi la capacità di raccogliere le informazioni che vengono dalla pratica quotidiana e diffusa e non si lasci oscurare dai protocolli stilati sulla base di una presunta "evidence based medicine" perché la vera medicina basata sull'evidenza è quella che viene fuori dalla applicazione "in corpore vivo" dei frutti della ricerca. Se questo non avverrà e se la Medicina non tornerà ad essere un tutt'uno con la Prevenzione arriverà all'estremo il paradosso di una medicina sempre più specialistica, sempre più teoricamente potente nei suoi meccanismi tecnici e che sempre meno raccoglie la fiducia nei suoi fruitori e che è sempre meno capace di rispondere al diffuso bisogno di salute: un soldato armato di mitra, bombe e bazooka ucciso dalle punture di nugoli di zanzare.

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

Prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 (COVID-19)

segnalazioni riguardanti richieste di importazione di medicinali non autorizzati utilizzati in sostituzione dei vaccini approvati

Grazie all'attività degli Uffici di sanità marittima, aerea e frontaliera (USMAF) del Ministero della Salute, cui competono, tra gli altri, compiti di vigilanza e verifica su alcune specifiche tipologie di importazione di medicinali dall'estero, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha effettuato approfondimenti su alcune richieste sospette di importazione segnalate dagli USMAF, riguardanti il medicinale PARVULAN.

Tale medicinale, contenente *Corynebacterium parvum* e privo di autorizzazione all'immissione in commercio in Italia, è legalmente registrato e commercializzato in Brasile, come confermato dall'autorità regolatoria brasiliana ANVISA: le indicazioni terapeutiche autorizzate sono di seguito riportate.

Stimolante dell'immunità innata, coadiuvante nel trattamento di infezioni dermatologiche di origine virale, batterica, fungina e protozoaria, coadiuvante in infezioni sistemiche e locali. Ha un effetto regressivo sulle neoplasie solide. Aiuto nel trattamento dell'erisipela causata da Streptococcus pyogenes. Coadiuvante nel trattamento dell'acne.

Una serie di richieste di importazione del medicinale effettuate ai sensi del DM 11 febbraio 1997 (ovvero, la norma che regolamenta le "Modalità di importazione di specialità medicinali registrate all'estero", limitatamente ai possibili usi autorizzati per gli stessi), ha determinato la necessità di condurre approfondimenti allo scopo di accertare il quadro di riferimento e l'ammissibilità dell'importazione, in ragione sia dei considerevoli quantitativi oggetto della richiesta, che dell'indicazione terapeutica riportata a supporto dell'importazione, vale a dire il trattamento di pazienti affetti da *Herpes Zoster*, patologia per la quale, attualmente, risultano essere autorizzati e commercializzati in Italia diversi medicinali (e molecole).

Sulla base delle comunicazioni e delle richieste pervenute da parte dei pazienti, ivi incluse quelle riguardanti le tipologie di vaccino considerate valide ai fini del rilascio del "Green Pass" vaccinale, è stato possibile rilevare un utilizzo del medicinale diverso da quello dichiarato nella richiesta di importazione: il PARVULAN risulterebbe essere proposto fuori indicazioni (*off label*, quindi al di fuori dei vincoli previsti nel citato DM 11/2/97) come terapia per la prevenzione del COVID-19, in alternativa ai vaccini autorizzati.

La documentazione disponibile è stata sottoposta alla valutazione della Commissione Tecnico Scientifica di AIFA (CTS) che, a seguito di esame dell'istruttoria effettuato nella seduta dello scorso 12 luglio, ha espresso il proprio parere, qui di seguito riportato:

La CTS, esaminata l'istruttoria degli Uffici, ritiene che l'utilizzo del medicinale Parvulan nella profilassi dell'infezione da Sars-COV-2 non sia sostenuto dalle benché minime evidenze di efficacia e sicurezza. Si sottolinea, inoltre, che anche il razionale di tale utilizzo risulta largamente insufficiente, tanto è vero che la Commissione non aveva ritenuto possibile autorizzarne l'uso nemmeno nell'ambito di una sperimentazione clinica.

Il possibile uso del farmaco in sostituzione dei vaccini autorizzati (per i quali sono invece disponibili solidi dati di efficacia e sicurezza) rappresenta pertanto un potenziale pericolo per la salute delle persone a motivo, oltre che del profilo di sicurezza quantomeno incerto, anche dell'ingiustificato senso di protezione che il trattamento potrebbe generare a dispetto della mancanza di un'efficacia documentata.

Alla luce di quanto espresso dalla CTS AIFA rispetto all'utilizzo del PARVULAN, si ritiene fondamentale richiamare l'attenzione dei cittadini tutti sui rischi legati all'assunzione di medicinali non autorizzati per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 (COVID-19).

Si rammenta come l'attuale campagna vaccinale nazionale preveda un controllo rafforzato sull'intera filiera, a tutela dei pazienti: la sommi-

nistrazione dei vaccini, limitatamente a quelli autorizzati in Italia per la prevenzione dell'infezione da Sars-COV-2, avviene esclusivamente presso i punti vaccinali ufficiali, individuati da ciascuna Regione.
L'Agenzia ritiene pertanto doveroso invitare i cittadini tutti a diffidare di ogni soluzione alternativa ai vaccini ufficiali, ovvero di ogni vaccino o medicinale che non sia stato sottoposto alle necessarie verifiche da parte delle autorità preposte, e che come tale può rappresentare un rischio per la salute in quanto privo di ogni garanzia rispetto alla reale efficacia nella prevenzione del COVID-19.
Un atteggiamento prudente si rende quanto mai necessario anche alla luce del perdurare dell'emergenza.
Preme in ultimo ribadire quanto sia indispensabile la collaborazione di tutti – privati cittadini, professionisti sanitari, aziende e associazioni – affinché casi sospetti, come quello qui riportato, siano costantemente segnalati ad AIFA allo scopo di porre in atto ogni misura necessaria a tutela della salute pubblica e del singolo.

LA LIBERTÀ INCOMPLETA

Dalle guerre alle pandemie: una storia infinita

A cura di: Ass. Naz. Mutilati ed Invalidi di Guerra – sezione di Modena
PRESENTAZIONE: SABATO 18 SETTEMBRE ORE 17.30

Nel salone monumentale della Casa del Mutilato saranno esposti 20 pannelli illustrativi della storia dell'ANMIG Modena e sistemate tre postazioni audio-video nelle quali saranno proiettate a ciclo continuo: il *docufilm* originale predisposto per l'occasione e che dà il titolo alla mostra e sarà presentato sabato 18 settembre alle ore 17.30; le 50 immagini della mostra storica di ANMIG ER: *"I costi della guerra"* (1960); una serie di brevi schede audio-video: *"Fogli sparsi di storia minima"* di persone rimaste mutilate ed invalide nel conflittoì; infine il docu-film: *"Traumi dell'anima dall'archivio di San Lazzaro"* dalla Biblioteca C. Livi – AUSL Reggio Emilia (a cura di *Chiara Bombardieri).*
I soci ed i sostenitori dell'**Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi di Guerra**, figli e nipoti di Mutilati ed Invalidi delle guerre del '900, sono persone della più varia estrazione e competenza. La loro missione, per mandato dei Padri, è la conservazione e diffusione, in particolare tra le giovani generazioni, della Memoria del '900 e dei valori di pace, libertà, democrazia, giustizia e solidarietà, che ANMIG ha mantenuto come propri ideali fin dal 1917, anno di fondazione dell'Associazione (Ente morale di diritto privato), che ha sostenuto moralmente e materialmente intere generazioni di chi ha portato su di sé i segni della follia della guerra.
Sede di Modena: viale L. A. Muratori, 201 - 41124 Modena | 059235292 | anmigmodena@virgilio.it | www.anmigmodena.it

Orari durante il festival *filosofia*: Venerdì 17 settembre ore 16.00 – 20.00 - Sabato 18 settembre ore 9.00 – 20.00 - Domenica 19 settembre ore 9.00 – 20.00

Presentazione: Sabato 18 ore 17,30 - Casa del Mutilato "Gina Borellini"- Modena
LA LIBERTÀ INCOMPLETA - *Riflessioni con musica ed immagini* - Musiche di Ivor Gurney (1890-1937) introdotte da *Silvia Perucchetti – Centro Studi Musica e Grande Guerra.* Conduce *Adriano Zavatti, Presidente ANMIG Modena e Regionale Emilia-Romagna.* Indirizzi di saluto: *Gian Carlo Muzzarelli,* Sindaco di Modena; *Andrea Spanò,* Direttore Distretto AUSL Modena; *Fabrizio Starace,* Direttore Dipartimento Salute Mentale AUSL Modena; *Claudio Betti,* Presidente Nazionale ANMIG
Ouverture - *Proiezione del docufilm:* LA LIBERTÀ INCOMPLETA - dalle guerre alle pandemie: una storia infinita - *Sergio Sabbatani:* La salute dei soldati e dei prigionieri italiani durante la I° guerra mondiale
Intermezzo: *Silvia Perucchetti:* La storia e la musica di Ivor Gurney, compositore, poeta, soldato, paziente durante la Grande Guerra - *Paolo Francesco Peloso:* La guerra moderna e il mondo mentale. Soldati e psichiatri durante la Grande Guerra - *Maria Letizia Bellesia*: Cenni sull'analisi dei fascicoli personali dei mutilati ed invalidi dall'archivio di ANMIG Modena
Epilogo

Prenotazione obbligatoria sino a esaurimento posti (tel. 059 235292, mail: anmigmodena@virgilio.it)
È possibile seguire la presentazione in diretta sul canale facebook di ANMIG E FONDAZIONE MODENA
Casa del Mutilato "Gina Borellini"

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

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

Digitalizzazione o informatizzazione del SSN e Recovery plan (PNRR) approvato in sede UE

Pier Roberto Dal Monte

Antescriptum "Il declino cognitivo lieve colpisce il 37,6% degli anziani che non usano il pc e sono sedentari contro il 18,3% (la metà circa) di coloro che invece usano il computer e fanno un po' di moto". Yonas Geda, MD. Behavioral Neurologist, Psychiatrist. Mayo clinic. 2021

La cartella clinica elettronica, il Fascicolo Sanitario Elettronico ed altri progetti della prossima Agenda Sanitaria Digitale.

La Missione Salute del PNRR, rispetto ai 15,6 miliardi di euro di cui di solito si parla, in realtà, nel quinquennio 2022-2026, avrà a disposizione 23,94 miliardi se teniamo conto delle altre fonti di finanziamento che sono strettamente legate ai progetti sanitari del Recovery Plan. Si tratta di quasi 5 miliardi all'anno per attività aggiuntive che costituiscono una importante opportunità di crescita e di innovazione del Sistema Sanitario. Sta alle istituzioni, a tutti gli enti che saranno chiamati ad attuarla saper cogliere questa occasione mettendo mano ad una aggiornata organizzazione del nostro SSN.

Anche se la distribuzione dei fondi appaia un po' impasticciata o non chiarissima, tra queste opportunità di ammodernamento vorremmo soffermarci intanto sull'agenda digitale della salute, che prevede l'assegnazione complessiva di 8,6 milioni di euro, poiché riteniamo ineludibile un intervento su di essa, visto l'attuale stato d'informatizzazione digitale del SSN, da cui potranno discendere tutti gli altri primari o secondari provvedimenti che sono previsti, quali il Fascicolo Sanitario Elettronico diffuso, o come vagamente l'assistenza domiciliare e le case ospedale, ma anche la diffusione della Telemedicina e l'organizzazione degli ospedali e i Medici di Medicina generale con la loro interconnessone secondo tale possibile schema (Vedi Figura 1).

Figura 1.

Per un Paese con una debole informatizzazione dei processi sanitari che si rivela statisticamente dal modesto uso di una generica Cartella Clinica Elettronica (CCE o E.H.R.- Elethronic Health o Record e E.M.R. - Elethronic Medical Record) sia dall' impiego del FSE, non ancora impiantato o completato in tutti i suoi risvolti tecnico-assistenziali e farmaceutici in molte regioni e ove un comune standard è ben lungi da essere raggiunto. Mentre apparentemente non c'è ospedale che non abbia un sistema informativo/informatizzato per la gestione del laboratorio di analisi o della radiologia (con o senza PACS), nei **reparti di degenza la carta è ancora la protagonista**, così come negli ambulatori **il referto è prodotto, solo in una parte dei casi, con sistemi di videoscrittura** diffusa. Ciò conferma il fatto che non è stato certamente programmato mai un piano generalizzato o nazionale di informatizzazione e si è lasciato alle realtà locali talora limitatissime di scegliere i moduli o sistemi o software personalizzati acquisiti singolarmente, quindi neppure regionalmente per la maggior parte delle Regioni stesse e non sempre aggiornati. E questo chiarisce il perché la cartella clinica elettronica (CCE) è poco diffusa. E dove è già presente svolge limitate se pur lodevoli funzioni, e se i sistemi sanitari italiani di fatto sono 21, quelli delle 19 regioni e delle province autonome, i sistemi informatici sanitari con

cui ci si può ritrovare ad avere a che fare, direttamente o indirettamente, sono molti di più. In questi mesi di epidemia da coronavirus poi, le dimostrazioni di questa frammentazione sono state molteplici, ed è diventato evidente a molti quello che di cui prima avevano percezione in pochi. E non è una frammentazione che si sviluppa soltanto su base regionale, ma anche all'interno delle stesse ASL, addirittura degli stessi ospedali. Senza ricordare che non è chiaro quello che si vuole fare con il Sistema privato e non solo medico, ma anche Assicurativo, che coinvolge questo almeno 20 milioni di cittadini.

L'origine di questo generale fallimento, che investe il Paese in tutta la sua tecnologia telecomunicativa via web – di cui realisticamente non se ne può più fare a meno e non colpisce solo la Sanità – si comprende leggendo l'ultimo rapporto europeo DESI (The Digital Economy and Society Index), come si vede dai dati riassunti nella figura riassuntiva (Figura 2) del 2020 sullo stato di informatizzazione o uso dei mezzi informatici in Europa, in cui si dimostra che rispetto all'anno precedente l'Italia migliora di poco in tutti i parametri essenziali: la *connettività* passa da 12 a 12,5; il *capitale umano* da 8,01 a 8,11; l'*uso di Internet* da parte dei singoli da 6,25 a 6,67; l'*integrazione delle tecnologie* digitali da parte delle imprese da 6 a 6,25; e i *servizi pubblici digitali* dal 9,29 a 10,1.

I dati 2019 su cui è basato l'indice Desi 2020 mostrano solo un dato favorevole: l'Italia è in posizione buona (terzo posto assoluto) solo in termini di predisposizione all'uso del 5G, per lanciare con l'affidamento delle bande larghe i primi servizi commerciali. Ma qui finiscono le buone notizie. Le carenze più gravi riguardano il capitolo *"Capitale umano"*. In questa specifica dimensione, di cui fanno parte le competenze

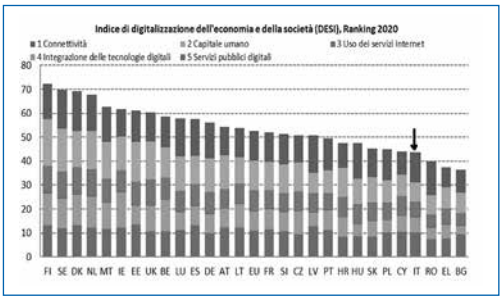


Figura 2.

MISSIONE 6: SALUTE

COMPONENTI E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	7,00
M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	8,63
15,63 Totale	

M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Ambiti di intervento/Misura	Totale
1. Aggiornamento tecnologico e digitale	**7,36**
Investimento 1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
Investimento 2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
Investimento 3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta dati, elaborazione dati, analisi dati e simulazione	1,67
2. Ricerca scientifica e trasferimento tecnologico	**1,26**
Investimento 1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
Investimento 2: Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74
3. Centro di eccellenza per le epidemie 1,00	
Totale Componente	9,63

Figura 3 - Fondi correlati al Recovery Fund o Piano di ripartenza e resilienza in miliardi per Agenda digitale sanità.

di base per l'uso di Internet da parte della popolazione e le competenze più avanzate, l'Italia è ultima in Europa. Scendendo nel dettaglio, l'Italia è ultima per il basso numero di laureati nelle discipline dell'ITC o Informatization Communication Tecnology, ma anche in tutte le altre sottodimensioni è parecchio al di sotto della media UE. Queste carenze in termini di competenze digitali si riflettono nel modesto utilizzo dei servizi online, compresi i servizi pubblici digitali. Solo il 74% degli italiani usa abitualmente Internet. Analogamente, le imprese italiane ed il Governo italiano presentano ritardi nell'utilizzo di tecnologie come *i clouds e i big data*. Quanto all'uso delle tecnologie digitali da parte delle imprese e quindi anche dell'Impresa Sanitaria Pubblica e Privata, l'Italia occupa la ventitreesima posizione in Europa e quindi la quart'ultima posizione (Figura 3).

Pertanto appare di grande valore che finalmente si sia deciso nei fondi del R.P. o PNRR che digitalizzazione dei processi clinici "**Investimenti per l'aggiornamento tecnologico e digitale"** suddiviso a sua volta nell'acquisizione di nuove tecnologie e nella ristrutturazione ed ammodernamento delle strutture ospedaliere diagnostico terapeutico o "**Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e**

degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione" che, date le premesse interpretative, va assegnata all'ultima parte, ovverossia agli strumenti per raccolta dati, etc., solo 1,67 miliardi ai quali si aggiungono – peraltro con una certa confusione – 1.4 miliardi con i quali è prevista anche la piena integrazione di tutti i documenti sanitari nel Fascicolo Sanitario Elettronico, che dovrà essere disponibile per il paziente e soprattutto per tutte le strutture di cura e la telemedicina (Figure 3 e 4).

Amplificando così in maniera significativa l'informatizzazione della Sanità pubblica a seguito di questi impegni economici che, pur con le lodevoli prospettive, nel suo complesso appaiono tuttavia sin da ora di difficile e totale realizzazione, considerando appunto la non entusiasmante cifra complessiva per ora a disposizione, nei confronti delle necessità per elevare la scarsa digitalizzazione sanitaria del paese che, fatto salvo il rinnovo tecnologico digitale, dovrebbe ruotare, secondo noi, soprattutto e per primo sulla **cartella clinica elettronica** uniforme collegata al FSE e alla telemedicina che, nella diversa e distinta collocazione, sono la base fondamentale di modernizzazione del SSN (Figura 4).

Tenendo conto che negli USA, con la firma dell'*Affordable Care Act*, l'Amministrazione Obama -Biden, mise a disposizione per l'informatizzazione del Sistema Sanitario Americano ben 27 miliardi di dollari e nell'U.K si sono spesi circa 15 miliardi di sterline, anche se con risultati non eccessivamente brillanti in ambedue i casi. I risultati americani sono, come dimostra un sondaggio del 2020 sulle cartelle cliniche elettroniche nazionali, tuttavia favorevoli poiché l'89% dei medici ha riferito di utilizzare un sistema EHR o EMR. Benché in un sondaggio condotto da Deloitte sui medici, solo il 10% ha dato un totale giudizio positivo, affermando però che lascerebbe il proprio attuale sistema EHR così com'è ed il resto desiderava alcune modifiche o aggiornamenti ed un maggiore facilitazione ed impiego di tempo d'uso.

In Italia aumentarne la diffusione necessaria e facilitata a livello sanitario sarà comunque dura, poiché secondo dati dell'Osservatorio Innovazione Digitale in sanità 2021, pur essendo triplicato durante la pandemia, l'uso della telemedicina da parte dei medici con la televisita è cresciuta dal 13% al 39% mentre gli strumenti di telemonitoraggio, gli utilizzatori sono passati dal 13% al 28%. Inoltre, il 73% dei medici specialisti intervistati ha affermato che le soluzioni di Telemedicina sono utili per lo svolgimento della professione (73%). Ma più interessante ancora è che la quota medici che si dichiara addirittura contraria all'uso delle Telemedicina passa, in maniera almeno incoraggiante, dal 30% dello scorso anno all'8% nel 2021. Sebbene non sufficientemente finanziata ben venga quindi questa accelerazione, poiché il momento di estendere la informatizzazione del paese – che ha mostrato specie nella Pandemia uno scarsa modalità di raccolta dati e di comunicazione – si è poi trasmessa su una valutazione clinico-terapeutico e preventiva poco avanzata ed efficiente secondo quello che ci indica la Ue e l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Lodevole per ora ci pare l'impegno della **Consip** nel Bando di concorso del luglio o una gara a procedura aperta per l'affidamento di servizi applicativi e l'affidamento di servizi di supporto in ambito "Sanità digitale – sistemi informativi clinico-assistenziali" e tra questi in prima linea la strutturazione di una cartella clinica informatizzata. Dividendo peraltro la realizzazione in due diverse aree una per l'Area Nord e una Centro-Sud. Con una verosimile suddivisione per aree nazionali che, secondo noi porterebbe ad un ulteriore divisione del Paese, come è poi successo nell'U.K. in cui sussistono un sistema del Galles, uno scozzese ed uno inglese propriamente detto che alla fine non ben comunicano o hanno diversi software, non del

Investimento 1.3. Rafforzamento delle infrastrutture tecnologiche, strumenti per raccolta dati, processamento e analisi dati

Sub-intervento	Tipo intervento	EURO
Cartella clinica elettronica (CCE). FSE	Flusso centrale documenti informatizzati. Interfaccia semplice	200.000
	Adozione regionale CEE Documentazione specifica	610.000
	Uso dei fondi d'investimento finanziario e infrastrutturale	569,564
Totale per Cartella clinica informatizzata		1.380.385

Figura 4.

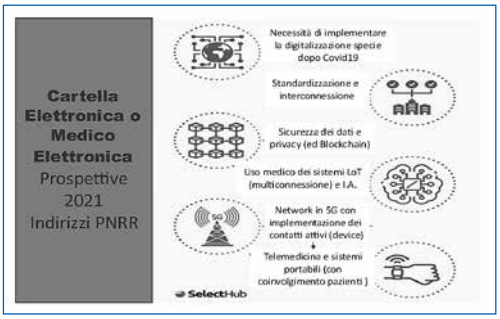


Figura 5.

tutto compatibili. Nel Recovery inoltre si possono trovare altri finanziamenti in un certo senso di appoggio, che fanno capo alla HaDEA (European Health and Digital Executive Agency) di cui sono aperti già utili bandi.

Quale strutturazione dovrebbe avere comunque la cartella Clinica digitalizzata (Figura 5), o meglio quale dovrebbero essere il software ed il relativo hardware che preveda non solo una implementazione, ma essere il centro di un processo standardizzato e comprendente tutta la rete degli ospedali degli operatori sul territorio. Secondo il processo, che qui riportiamo, nel quale la necessaria implementazione, particolarmente evidenziata dalla Pandemia, non vada distinta dalla standardizzazione dell'interconessione, dalla sicurezza dei dati (usando anche tecnologia commerciale come nel Bitchain-Bitcoin, etc) e le nuove tecnologie di intelligente elaborazione dati come la IoT (Internet of Things) o la I.A. ad uso diagnostico e terapeutico per i medici, con i quali la cura dei pazienti ne sarebbe enormemente facilitata, oltreché per l'uso del Fascicolo Sanitario Universale anche per l'appoggio che verebbe dato ad un'efficace organizzazione della telemedicina e del controllo a distanza.

Pur con qualche incertezza dell'impegno economico nei vari comparti, ci pare che per ora si sia raggiunto un certo punto di equilibrio pianificatorio, sebbene l'applicazione di tutti i progetti sanitari necessitano di un'ampia elaborazione per metterli in pratica e, in questo, anche noi medici dal laborioso passato non dovremmo sottrarci, essendo l'esperienza empirica il miglior viatico ad agire bene e per il bene del paese, accettando nel contempo 'i tempi nuovi' poiché secondo il vecchio detto "il mondo gira e noi girian con esso".

Non rigettando l'elettronica comunicativa, ed i suoi contenitori esistenziali, che mostra da una parte la necessità di aggiornarsi o comunque fare lo sforzo ontologico per rimanere nel tempo attuale (*up to date* se mi è permesso), ma anche a stimolare e migliorare le nostre capacità cognitiva, come abbiamo messo in premessa. Sia che siamo attori attivi che solo spettatori di fronte ad un mondo che sempre più ci coinvolgerà direttamente e connessi anche a tutela della nostra salute in pieno benessere anche negli anni a venire.

E la cartella clinica digitalizzata, e l'informatizzazione in genere, come medici, può essere una base da cui non si può prescindere, ci si creda o no.

Note Bibliografiche:

P. R. Dal Monte, N. D'Imperio,G. Giuliani Piccari. IMAGO 90. Imaging and Computing in Gastroenterology. **Springer Editor**© 1991.

HERMES: an Expert System for the Prognosis of Hepatic Diseases, by I. Bonfà, C. Maioli, F. Sarti,G.L. Milandri and P.R. Dal Monte, September 1993. Conference paper. Artificial Neural Networks and Expert Systems, 1993. Proceedings., First New Zealand International Two-Stream Conference on

www.unisalute.it/medici-e-case-di-cura/convegni-medici-unisalute/convegno-medico-unisalute-2015, Convegno Medico UniSalute 2015 - Internet e medicina per una nuova medicina informatizzata.

Future of Electronic Medical Records: Experts Predict EMR Trends in 2021

Divya Dugar. www.selecthub.com/medical-software/emr/electronic-medical-records-future-emr-trends/

Articoli di Giovanni Maglio, autore per Agenda Digitale

https://www.agendadigitale.eu/giornalista/giovanni-maglio/

https://www.agendadigitale.eu/sanita/sanita-digitale-la-gara-consip-per-i-servizi...

https://www.agendadigitale.eu/sanita/sanita-digitale-nel-pnrr-gli-interventi-e-i-dubbi-su-scelte-e-priorita/

Sanità digitale. Al via la prima gara Consip dedicata a Telemedicina e Cartella clinica elettronica - Quotidiano Sanità (quotidianosanita.it)

https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf

Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee

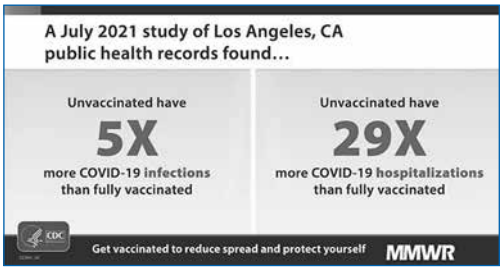
realizzative delle missioni. http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4917961.pdf

Il PNRR è stato approvato dalla Commissione Europea. https://www.ilpost.it/2021/06/22/pnrr-italia-approvazione-commissione-europea/

Vaccinazioni anti Covid-19: efficacia ed eventi avversi

Vittorio Lodi

Cerchiamo, come detto, di portare alcuni dati di fatto sulla questione vaccini.
Credo che l'immagine pubblicata dai CDC USA, che riporto a seguire, sia di per sé di una chiarezza assoluta:



Per chi desiderasse ulteriori chiarimenti questo è il riferimento bibliografico: Griffin JB, Haddix M, Danza P, et al. SARS-CoV-2 Infections and Hospitalizations Among Persons Aged ≥16 Years, by Vaccination Status — Los Angeles County, California, May 1–July 25, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:1170–1176. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7034e5.
L'ultimo rapporto AIFA (Rapporto sulla Sorveglianza dei vaccini COVID-19 Rapporto numero 7 - Periodo dal 27/12/2020 al 26/07/2021) evidenzia i seguenti dati.
Al 26 luglio 2021 sono state inserite 128 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate, considerando tutti i vaccini impiegati i Italia, e indipendentemente dalla dose somministrata. Si tratta di reazioni occorse successivamente alla somministrazione del vaccino ma per le quali non è stato ancora stabilito se possa esistere o meno un rapporto causa-effetto con la vaccinazione e che potrebbero essere causate da una diversa patologia o essere associate all'assunzione di altri prodotti. Ricordo come la segnalazione possa essere effettuata, non solo da operatori sanitari, ma anche da qualunque persona abbia anche solo il dubbio o il timore di una reazione avversa a vaccino. Le segnalazioni riguardano prevalentemente il vaccino Pfizer-BioNTech (Comirnaty), che risulta essere il vaccino maggiormente utilizzato e solo in minor misura il vaccino AstraZeneca (Vaxzevria), il vaccino Moderna (Spikevax) e il vaccino Janssen (Johnson&Johonson).
Il rapporto evidenzia come la maggior parte degli eventi avversi segnalati siano classificati come non gravi (87,1%), con risoluzione completa, con una percentuali di reazioni definite gravi del 12,8%, con esito in risoluzione completa o miglioramento nella maggior parte dei casi.
Nel periodo preso in esame dall'ultimo report di AIFA la maggior parte delle vaccinazioni, circa il 43% del totale delle dosi totali somministrate, è relativo alle seconde dosi, prevalentemente con il vaccino Comirnaty.
Per tutti i vaccini, gli eventi avversi più segnalati sono febbre, stanchezza, cefalea, dolori muscolari/articolari, reazione locale o dolore in sede di iniezione, brividi e nausea.
Il tasso di segnalazione della vaccinazione con schedula mista, la famosa vaccinazione eterologa, è di 29 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate. La distribuzione per tipologia degli eventi avversi non è sostanzialmente diversa fra i due vaccini utilizzati.
Il tasso di segnalazione nella fascia di età tra i 12 e i 19 anni è di 27 eventi avversi ogni 100.000 dosi somministrate (alla data del 26/07/2021, il vaccino Comirnaty è l'unico approvato a partire dai 12 anni di età; Spikevax è stato approvato per la fascia di età tra i 12 e i 17 anni il 28/07/2021). La distribuzione per tipologia degli eventi avversi non è sostanzialmente diversa da quella osservata per tutte le altre classi di età.
Le due figure di seguito riportate e tratte dal 7° Rapporto AIFA illustrano bene il rapporto tra dosi somministrate e insorgenza di eventi avversi (RNF rete nazionale di farmacovigilanza) (Figura 1).

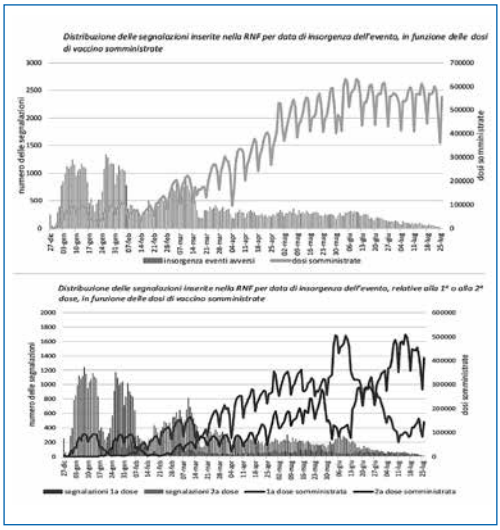


Figura 1.

I tassi di segnalazione degli eventi avversi gravi dei singoli vaccini sono 13 per il Comirnaty, 13 per lo Spikevax, 32 per Vaxzevria e 15 per Janssen ogni 100.000 dosi somministrate. Come già riportato nei precedenti Rapporti, gli eventi avversi gravi segnalati si verificano prevalentemente nelle prime 48 ore dopo la vaccinazione (circa il 60% dei casi), mentre più raramente si osservano nelle settimane successive (circa il 37% dei casi).

Al 26/07/2021, il nesso di causalità secondo l'algoritmo dell'OMS è stato inserito nel 74% delle segnalazioni di eventi avversi gravi (8.032/10.805). Complessivamente, il 43% di tutte le segnalazioni gravi valutate (3.453/8.032) è correlabile alla vaccinazione, il 35% (2.800/6.306) è indeterminato, il 19% (1.562/8.032) è non correlabile e il 3% (215/8.032) inclassificabile.

Indipendentemente dalla tipologia di vaccino, dal numero di dose e dal nesso di causalità, 498 segnalazioni riportano l'esito "decesso" con un tasso di segnalazioni di 0,75/100.000 dosi somministrate, ancora in flessione rispetto ai Rapporti precedenti

Il 49,8% dei casi riguarda donne, il 49,8% uomini mentre lo 0,4% (2 schede) non riporta questo dato. L'età media è di 76 anni (range 18-104 anni). Il tempo intercorrente tra la somministrazione e il decesso varia da due ore fino a un massimo di 133 giorni. In 343 casi il decesso è registrato dopo la prima dose e in 145 dopo la seconda (non specificato in 10 schede di segnalazione). Continuano a non essere segnalati decessi a seguito di shock anafilattico o reazioni allergiche importanti, mentre è frequente la correlazione con complicanze di patologie già presenti prima della vaccinazione. Il rapporto riporta come alla data di pubblicazione del documento il 59% delle segnalazioni a esito fatale presenta una valutazione di causalità (algoritmo OMS) in base al quale il 59,9% dei casi è non correlabile, il 33,2% è indeterminato e il 4,5% risulta inclassificabile per mancanza di informazioni necessarie all'applicazione dell'algoritmo. In sette casi (2.4 % del totale), la causalità risulta correlabile.

Circa 4 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate di Comirnaty risultano gravi correlabili alla vaccinazione (il tasso di segnalazione delle reazioni avverse gravi correlabili ogni 100.000 prime e seconde dosi somministrate corrisponde al tasso complessivo). Cefalea, iperpiressia e dolori articolari e muscolari si confermano come gli eventi avversi gravi correlabili più comunemente segnalati, con un tasso di segnalazione per entrambe le reazioni di circa 2 casi ogni 100.000 dosi somministrate. Segue l'astenia, con un tasso di circa 1 caso ogni 100.000 dosi somministrate.

Molto rare sono le paralisi del facciale, le reazioni anafilattiche e la miocardite/pericardite (il cui tasso è rispettivamente 5, 4 e 3 casi ogni milione di dosi somministrate).

Circa 2,7 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate di Spikevax sono gravi correlabili alla vaccinazione (3 eventi avversi gravi correlabili ogni 100.000 prime dosi somministrate e 2 eventi avversi gravi correlabili ogni 100.000 seconde dosi somministrate). Gli eventi avversi gravi correlabili più comunemente segnalati sono l'iperpiressia i dolori articolari e i dolori muscolari, con un tasso di segnalazione di circa 1,5 casi ogni 100.000 dosi somministrate.

Seguono la cefalea, le linfoadenopatie e le reazioni ansiose alla vaccinazione (soprattutto a tipo lipotimia o reazione vegetativa), tutte con un tasso di segnalazione di circa 1 caso ogni 100.000 dosi somministrate. Anche per il vaccino Spikevax, iperpiressia, dolori articolari e muscolari e cefalea si associano spesso fra lo-

ro in un quadro di sindrome simil-influenzale, più frequente dopo la seconda dose. Molto rare sono le reazioni anafilattiche, con un tasso di segnalazione di circa 2,6 casi per milione di dosi somministrate.
Sono state osservate circa 18 segnalazioni gravi correlabili ogni 100.000 dosi somministrate di Vaxzevria (11 ogni 100.000 prime dosi somministrate e 1 ogni 100.000 seconde dosi somministrate). Gli eventi avversi gravi più comunemente segnalati sono stati l'iperpiressia (3 casi ogni 100.000 dosi somministrate), la cefalea (2 casi ogni 100.000 dosi somministrate) e i dolori articolari e muscolari (2 casi ogni 100.000 dosi somministrate), spesso associati fra loro in un quadro di sindrome simil-influenzale che compare più frequentemente dopo la prima dose. Più raramente sono state segnalate le lipotimie e le reazioni vagali (1 caso ogni 100.000 dosi somministrate). Fra gli eventi avversi molto rari (< 1 caso/100.000 dosi somministrate) rientrano le neuropatie acute e subacute (fra cui la Sindrome di Guillain-Barrè) e le trombosi venose intracraniche o in sede atipica con o senza piastrinopenia. Entrambe le sospette reazioni avverse sono in corso di ulteriore approfondimento, sia a livello nazionale che europeo con l'obiettivo di verificare la reale frequenza nelle varie classi di età o in base al sesso e di identificare eventuali fattori di rischio. Il tasso di segnalazione per le reazioni anafilattiche è sovrapponibile a quello riportato nei precedenti Rapporti (2,7 casi ogni milione di dosi somministrate).
L'80% delle segnalazioni al vaccino COVID-19 Vaccino Janssen è stata inserita come non grave e il 19% come grave. Circa 3 segnalazioni ogni 100.000 dosi sono risultate gravi correlabili alla vaccinazione. La numerosità delle segnalazioni è tuttora bassa, per il numero limitato di dosi attualmente somministrate. Pertanto, i tassi di segnalazione continuano a risentire della bassa esposizione e non sono al momento consolidati. Nonostante ciò, la reazione avversa grave correlabile più frequentemente osservata è l'iperpiressia (circa 3 casi ogni 100.000 dosi somministrate), seguita dalle artromialgie diffuse (circa 2 casi ogni 100.000 dosi somministrate), frequentemente associate fra loro. Il numero di casi di trombosi venosa cerebrale o in sede atipica con o senza piastrinopenia, di polineuropatie acute o subacute o di reazioni di tipo allergico grave è molto esiguo e comporta un tasso di segnalazione inferiore a 2 casi ogni 1.000.000 di dosi somministrate.
Complessivamente, al 26/07/2021, sono state effettuate 396.952 vaccinazioni cosiddette eterologhe a persone al di sotto di 60 anni che avevano ricevuto il vaccino Vaxzevria come prima dose. Nell'82,6% dei casi è stato utilizzato il vaccino Comirnaty e nel 17,4% il vaccino Spikevax. Rispetto a tale modalità di vaccinazione con schedula mista, sono state inserite 114 segnalazioni con un tasso di segnalazione di 29 ogni 100.000 dosi somministrate. La distribuzione per tipologia degli eventi avversi non è sostanzialmente diversa fra i due vaccini utilizzati. In linea con le segnalazioni relative ai vaccini a mRNA, gli eventi avversi più frequentemente segnalati sono la febbre, le reazioni nel sito di inoculazione e i dolori articolari e muscolari diffusi. Più raramente sono stati segnalati linfoadenopatia diffusa ed eruzioni cutanee generalizzate.
Alla data del 26/07/2021, il vaccino Comirnaty risulta l'unico approvato a partire da 12 anni di età (il vaccino Spikevax è stato approvato per la fascia di età tra i 12 e i 17 anni il 28/07/2021). Alla stessa data, sono state somministrate 1.986.221 dosi di vaccino in adolescenti di età compresa fra 12 e 19 anni, di cui il 71% di prime dosi e il 29% di seconde dosi. Complessivamente, nella fascia di età 12-19 anni sono state inserite 530 segnalazioni di sospetto evento avverso con un tasso di segnalazione di 27 eventi avversi ogni 100.000 dosi somministrate (414 segnalazioni dopo la 1a dose, con un tasso di segnalazione di 29 eventi avversi ogni 100.000 dosi somministrate, e 116 segnalazioni dopo la 2a dose, con un tasso di segnalazione di 20 eventi avversi ogni 100.000 dosi somministrate). La distribuzione per tipologia degli eventi avversi non è sostanzialmente diversa da quella osservata per tutte le altre classi di età. In particolare, gli eventi avversi più frequentemente segnalati sono la febbre e le reazioni locali nel sito di inoculazione, seguite dalla cefalea e dalla linfoadenopatia, indipendentemente da tipologia di vaccino, numero di dose e gravità. Circa

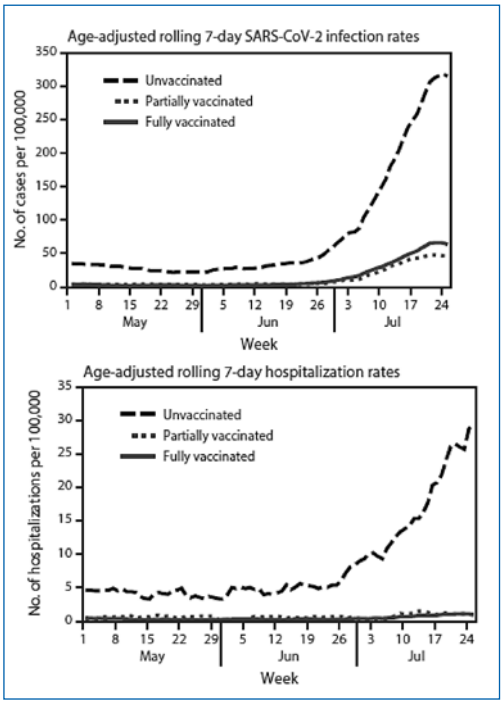


Figura 2.

1 segnalazione ogni 100.000 dosi somministrate è risultata grave correlabile alla vaccinazione, la più frequente delle quali è risultata la sindrome simil-influenzale (1 caso ogni 100.000 dosi somministrate). Fra gli eventi avversi molto rari rientrano la miocardite e la pericardite acuta (3 casi ogni milione di dosi somministrate).
Non sono stati segnalati casi di anafilassi in questa classe di età.
I due grafici sopra riportati (figura 2), la figura della pubblicazione dei CDC prima citata, evidenziano con chiarezza l'efficacia delle vaccinazioni anti Covid-19 sia verso l'infezione, sia nei confronti dei casi gravi comportanti l'ospedalizzazione e, questo, anche rispetto alla diffusione delle nuove varianti, prima fra tutte la delta.

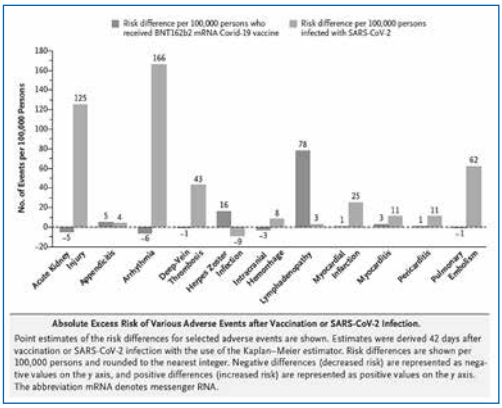


Figura 3.

Uno studio di recente pubblicazione (Barda N. et al. Safety of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Setting. N Engl J Med. 2021 Aug 25. doi: 10.1056/NEJMoa2110475. Online ahead of print) condotto su due gruppi, ciascuno di oltre 884 mila soggetti di età dai 16 anni in avanti, vaccinati e non vaccinati, evidenzia come la vaccinazione non risulti associata ad un rischio elevato di effetti avversi anche gravi, mentre il rischio di questi potenziali eventi avversi gravi e di altre manifestazioni patologiche risulta considerevolmente accresciuto a seguito dell'infezione da SARS-CoV-2.
Questi risultati sono chiaramente evidenziati dalla figura n. 3 dello studio che riporto a seguire.
In data 22 luglio 2021 l'Advisory Committee on Immunization Practices ha pubblicato una revisione dei dati riguardanti l'analisi rischio/benefici conseguenti alla vaccinazione con vaccini Janssen e a mRNA, evidenziando come i benefici superano i rischi per i rari casi di eventi avversi a seguito della vaccinazione. Lo studio conclude affermando che la prosecuzione delle vaccinazioni previene sia la morbidità che la mortalità per Covid-19 superando di gran lunga il rischio di casi attesi di eventi avversi gravi, in primo luogo la sindrome di Guillain-Barré, la sindrome da trombosi con trombocitopenia e le miocarditi (Use of COVID-19 Vaccines After Reports of Adverse Events Among Adult Recipients of Janssen (Johnson & Johnson) and mRNA COVID-19 Vaccines (Pfizer-BioNTech and Moderna): Update from the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, July 2021. MMWR / August 13, 2021 / Vol. 70 / No. 32).
Non credo sia necessario aggiungere altro, se non ricordare il link al quale chiunque può accedere per effettuare una segnalazione di sospetta reazione avversa a seguito di vaccinazione: https://www.aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avverse.

La storia recente della sanità in Afghanistan (2001-2021)

Alberto Becca*

I recenti tragici eventi di Kabul hanno posto all'attenzione di un vastissimo pubblico, tramite i vari mezzi di comunicazione, anche i gravi e cronici problemi della assistenza sanitaria della popolazione Afghana (un insieme di varie etnie, un popolo martoriato che non conosce un periodo di pace stabile e duratura da oltre 30 anni).

Nel 2001, anno di sconfitta dei talebani, la sanità Afghana era in condizioni disastrose; analizzando i dati relativi alla aspettativa di vita della popolazione (uomini e donne) nell'anno 2000 era stato calcolato un valore di 55,8 anni (uno dei più bassi del mondo, inferiore di oltre 20 anni a quello italiano); il 53% della popolazione era da considerare in "stato di povertà" e il 23% dei cittadini non poteva avere accesso ad alcun tipo di servizio sanitario. Negli anni successivi al 2001 si sono registrati alcuni significativi miglioramenti, anche perché le autorità delinearono e misero in pratica "Linee guida per la ricostruzione della sanità pubblica"; ciò venne reso possibile anche grazie all'intervento di numerose ONG (Organizzazioni non governative) sia locali che internazionali (Intersos ad esempio è presente in Afghanistan dal 2011 con tre progetti di assistenza e protezione sanitaria); attualmente risultano presenti ed operanti nel paese oltre a quella già citata: Emergency, Cisda, Emergenza Sorrisi, Pangea, Pro Bambini Kabul, Suore Missionarie della Carità, Suore di Madre Teresa di Calcutta, Comitato Internazionale della Croce Rossa, Islamic Relief, Enna: European network of NGOs in Afghanistan). Ora come allora è presente anche una assistenza sanitaria privata, sulla cui "scientificità" vi sono molti e fondati dubbi.

Attualmente il servizio sanitario pubblico è strutturato su 4 "livelli": 1) Health post -ogni 1.500 persone- 2) Basic Health Center -ogni 30.000 persone- 3) Comprensive Health Center -ogni 60.000 persone- 4) District Hospital -ogni 300.000 abitanti-. Sono presenti medici solo nelle strutture 3 e 4. Analizzando alcuni indicatori di salute, quali ad esempio il noto HDI (Indicatore di sviluppo umano) si rileva che il valore calcolato per l'anno 2000 allo 0,350 risulta incrementato fino allo 0,511 nel 2019; anche la aspettativa di vita media si è innalzata (per l'anno 2019 è stato calcolato un valore di 64,8 anni); altri parametri (ad esempio il GII Gender Inequality index e GDI Gender Development Index) evidenziano però come via sia una marcata e anomala differenza, fra soggetti di sesso maschile e femminile, con valori molto più bassi nelle donne per le quali evidentemente persistono condizioni di grave disagio e di carenza/assenza di adeguati servizi assistenziali, specialmente per la maternità.

In sintesi, i miglioramenti della assistenza sanitaria che sono stati realizzati nel corso degli ultimi 20 anni risultano poco significativi se ancora oggi (come si legge nel sito del nostro Ministero degli Affari Esteri) non sono presenti ambulatori o strutture ospedaliere adeguate agli standard occidentali, non è presente alcuna rete fognaria pubblica e l'approvvigionamento idrico avviene solo da pozzi privati. Nel corso dell'ultimo decennio la poliomielite è rimasta endemica e si sono registrati numerosi casi (anche mortali) di tubercolosi, morbillo, tifo, malaria, leishmaniosi; il 53% dei parti avviene senza alcuna assistenza sanitaria (la mortalità materna post partum è fra le più alte del mondo) e i farmaci reperibili sul mercato sono quasi sempre o scaduti o contraffatti; attualmente sono presenti solo 2 medici e 5 infermieri-ostetriche ogni 10.000 abitanti; pare inoltre che molti sanitari si rifiutino di operare nelle vastissime zone rurali, specialmente ove sono residenti etnie differenti dalla propria.

Cosa accadrà adesso, con il nuovo regime? Verrà posta la giusta attenzione sui gravi e urgenti bisogni di salute della popolazione ed in particolare delle donne? Verranno impegnate adeguate risorse economiche destinate a migliorare l'assistenza sanitaria? Come ci ha insegnato il Manzoni: "ai posteri l'ardua sentenza". Anche se le

premesse sono davvero poco incoraggianti e le prospettive, nell'immediato, assai oscure.

** Dott. ALBERTO BECCA*
Bologna – Consulente medico di Intersos

Sitografia

www.intersos.org
www.emergency.it
www.medicisenzafrontiere.it
www.fanpage.it
www.osservatorioafghanistan.it
www.cesda.it
www.esteri.it
www.viaggiaresicuri.it
www.ilriformista.it
www.europari.europa.eu
www.wired.it
www.adnkronos.it
www.amnesty.it
www.ilriformista.it

BIBLIOGRAFIA

Montagnini L "In Afghanistan la salute delle donne è a rischio" in Altraeconomia 1/3/2020
Serventi L "La salute in Afghanistan" in Saluteinternazionale, 2021
Mezzabotta G. "La salute delle donne in Afghanistan" Franco Angeli editore, 2011
"Aghanistan: gli ospedali sono pieni" in Repubblica 30/8/2021
"In Afghanistan 10 milioni di bambini hanno bisogno di assistenza sanitaria" su Fanpage del 23/8/2021
"Afghanistan: cure mediche non accessibili per molti" su Quotidianosanità del 26/2/2014
"Afghanistan: il dramma dei profughi: la mappa delle ONG" in Skynews del 23/8/2021
Carboni K "Su scuola, lavoro e salute le donne rischiano un salto all'indietro di 20 anni" su Wired del 23/8/2021
Miccio R "L'ospedale di Kabul è pieno; la popolazione si è sentita tradita" in Adnkronos del 18/8/2021
Ferla V "Afghanistan verso il crac: il paese a un passo dal collasso" in Il Riformista 31/8/2021

NOTIZIE

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 2 settembre 2021

BALDESSARI MARGHERITA	348/71.37.485
BORDINI MILA	327/79.65.143
BREIDY ROSINE	333/49.39.507
BRIGANTI GIOVANNI LEONARDO	340/05.21.109
CIUBINE VALERIO	349/56.77.923
MURARIU IOANNA ADINA	348/91.48.155
TARI' ELENA MARIA	349/45.39.030
VALTORTA ALESSANDRO	347/16.43.919

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
BERNARDI CHIARA	Pediatria	340/55.23.379
CARDELICCHIO RODOLFO	Ortopedia e Traumatologia	335/62.20.145
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
MELEGA ANDREA	Formazione Medicina Generale	327/04.98.097

VII CORSO DI AGGIORNAMENTO. MEDICINA RIGENERATIVA E MODERNE TECNICHE CHIRURGICHE IN ORTOPEDIA

25 settembre 2021
Bologna - Aemilia Hotel

Direttore scientifico: dott. Maurizio Magnani
Specialista in Ortopedia e Traumatologia - Specialista in Fisiokinesiterapia Ortopedica

In questo evento formativo, discuteremo attorno al punto di incontro tra le nuove tecniche biologiche, con l'utilizzo di terapie cellulari, e la chirurgia tradizionale di sostituzione protesica. La medicina rigenerativa riempie un vuoto terapeutico nella patologia artrosica, quando essa non risponde più alle terapie conservative come la fisioterapia o l'uso di farmaci e di infiltrazioni, ma il paziente è troppo giovane o in condizioni non idonee per la chirurgia protesica. L'artrosi precoce (definita con il termine inglese "Early Osteoarthritis") è una patologia sempre più frequente, dove le articolazioni presentano una degenerazione più avanzata rispetto a quella che ci si aspetta dall'età del paziente. Verranno illustrate le diverse tecniche con cui si possono sfruttare le cellule mesenchimali e le loro applicazioni, sia in associazione a molteplici interventi ortopedici, sia in monoterapia come semplici infiltrazioni. Nella seconda parte, vedremo le più avanzate tecniche di chirurgia protesica di anca, ginocchio, spalla e caviglia e il protocollo di "fast-track surgery", parlando di indicazioni e complicanze, *Riabilitazione dopo trattamenti con cellule e dopo interventi protesici e risultati a breve e lungo termine*. Durante l'evento, ci sarà ampio spazio per domande e discussione sugli argomenti trattati.

RELATORI E MODERATORI
Presidente del Corso: Maurizio Magnani (Bologna) - Specialista in Ortopedia e Traumatologia, Specialista in Fisiochinesiterapia Ortopedica, Direttore Sanitario Centro Clinico Ortopedico, BO.

Elisa Bellodi (Mirandola, MO) - Laurea in Farmacia - MEIKA GROUP
Maurizio Draghetti (Bologna) - Specialista in Ortopedia e Traumatologia
Camilla Maccario (Milano) - Specialista in Ortopedia e Traumatologia
Federico Rossi (Bologna) - Dottore in fisioterapia - Centro Clinico Ortopedico Bologna
Franco A. Zappoli (Bologna) - Specialista in Ortopedia e Traumatologia
Alessandro Zati (Bologna)- Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione specialista in reumatologia - Centro Clinico ortopedico Bologna

PROGRAMMA
8:40 - Registrazione
9:00 - Apertura e saluti Ordine dei Medici Bologna, M. Magnani (Bologna) - Presidente del Corso
9:10 - 1 ° SESSIONE - MODERATORE: M. Draghetti (Bologna) - Il trattamento biologico con cellule mesenchimali: introduzione - Magnani (Bologna)
9:25 - Indicazioni cliniche della terapia cellulare in ortopedia - M. Magnani (Bologna)
10:00 - Razionale Scientifico - C. Maccario (Milano)
10:20 - La tecnica chirurgica per il prelievo e utilizzo delle cellule mesenchimali - M. Magnani (Bologna); Certificazione e qualità del dispositivo - E. Bellodi (Mirandola, MO)
10:40 - Presentazione casistica del trattamento da I 2 O 1 4 ad oggi - DISCUSSIONE - M.Magnani (Bologna)
11:00 - Coffee Break
11:20 - 2 ° SESSIONE - MODERATORE: F. A. Zappoli (Bologna) - Trattamento percutaneo delle patologie discali lombari con cellule mesenchimali - M. Magnani (Bologna)
11:40 - Il limite della proposta biologica, quando l'impianto protesico è inevitabile. ecniche tradizionali e innovazioni chirurgiche - M. Magnani (Bologna)
12:20 - Fisioterapia e riabilitazione dopo i trattamenti con cellule - F. Rossi (Bologna)
12:30 - La riabilitazione fast track dopo impianti protesici chirurgia protesica - A. Zati (Bologna)
12:40 - Discussione e domande dall'uditorio e conclusioni
13:15 - Pranzo di Chiusura in Terrazza

Evento Accreditato ECM
Provider MED 3, ID 34
Il Corso ha ottenuto n. 4 crediti formativi ECM per la figura professionale del Medico Chirurgo (Ortopedia e Traumatologia, Medicina Generale, Medici di Famiglia, Medicina fisica e riabilitazione, Reumatologia, Medicina dello sport) e del Fisioterapista.

SEDE DEL CORSO
AEMILIA HOTEL, Via Zaccherini Alvisi 16, Bologna

ISCRIZIONI
L'iscrizione è gratuita ma subordinata alla compilazione del form online.
L'iscrizione include:
• Partecipazione alle Sessioni Scientifiche
• Ristorazione come da Programma
• Attestato (inviato a tutti i partecipanti alla fine del corso)

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
LCF CONGRESS FACTORY S.R.L.
Via Piangipane 141, int. 7, 44121 Ferrara
WEB: www.lcfcongress.com
EMAIL: info@lcfcongress.com
TEL: 0532 1883439

TUMORI NEUROENDOCRINI DEL PANCREAS: L'IMPORTANZA DI UN CENTRO ENETS E DELL'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

12 novembre 2021

Bologna - Aula Didattica Pad. 5
Policlinico Sant'Orsola
via Pietro Albertoni, 8 Bologna

Presidenti: Prof. Francesco Minni, Prof. Andrea Ardizzoni, Prof. Stefano Fanti, Prof.ssa Rita Golfieri, Prof. Riccardo Casadei
Comitato Scientifico: Laura Alberici, Valentina Ambrosini, Davide Campana, Riccardo Casadei, Carlo Ingaldi, Giuseppe Lamberti, Deborah Malvi, Marina Migliori, Cristina Mosconi, Nico Pagano, Claudio Ricci, Donatella Santini, Carla Serra

PROGRAMMA
09:00 - Registrazione al congresso
09:30 - Saluto delle autorità, introduzione e presentazione del congresso - Dott.ssa Chiara Gibertoni, Direttore Generale - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna - Dott.ssa Consuelo Basili, Direttore Sanitario - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna - Prof. Francesco Minni, Direttore UO Chirurgia Generale - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna - Prof. Andrea Ardizzoni, Direttore UO Oncologia Medica - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna - Prof. Stefano Fanti, Direttore UO Medicina Nucleare - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

PRESENTAZIONE LETTURE
Prof. Francesco Minni, Direttore UO Chirurgia Generale - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna - Dott.ssa Donatella Santini, UO Anatomia Patologica - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna
10:00 - Come nasce e si sviluppa la scuola bolognese sui tumori neuroendocrini GEP. L'importanza dell'associazione pazienti - Prof.ssa Paola Tomassetti, Medicina Interna - Università di Bologna
10:30 - I tumori neuroendocrini del pancreas: realtà, prospettive e opportunità - Prof. Riccardo Casadei, UO Chirurgia Generale - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna
11:00 - Classificazioni WHO e TNM: Cosa è cambiato? - Prof. Massimo Milione, Anatomia Patologica - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano.
Il centro Enets del Policlinico S. Orsola-Malpighi. Moderatori: Prof.ssa Rita Golfieri, irettore Dipartimento Medicina Diagnostica e della Prevenzione - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna - Prof. Stefano Fanti, Direttore UO Medicina Nucleare - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna
11:30 - Il centro Enets del Policlinico S. Orsola-Malpighi e l' importanza dell'approccio multidisciplinare - Dott. Davide Campana, UO Oncologia Medica - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna
Utilità della radiomica nella diagnostica per immagini
11:45 - Radiologia - Dott.ssa Cristina Mosconi, UO Radiologia - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna
12:00 - Medicina nucleare - Prof.ssa Valentina Ambrosini, UO Medicina Nucleare - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna
12.15 - Nuovi approcci metodologici per la valutazione della sopravvivenza - Dott. Claudio Ricci, UO Chirurgia Generale - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna
12:30 - Discussione
13:00 - Light lunch
Moderatori: Prof. Andrea Ardizzoni, Direttore UO Oncologia Medica - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna - Prof. Riccardo Casadei, UO Chirurgia Generale - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna
14:00 - Quali strategie oncologiche? quando le terapie neoadiuvanti e adiuvanti? - Dott. Giuseppe Lamberti, UO Oncologia Medica - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna
14:30 - Il ruolo del medico nucleare: diagnostico e terapeutico? - Dott.ssa Angelina Filice, Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate - Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia
15:00 - L'approccio multidisciplinare: casi clinici interattivi e televoter

Caso clinico 1 - Dott. Carlo Ingaldi, Università di Bologna
Caso clinico 2 - Dott.ssa Elisa Andrini, Università di Bologna
Caso clinico 3 - Dott.ssa Giulia Argalia, Università di Bologna

Presentazione lezione: Prof. Domenico Marrano, Emerito Professore di Chirurgia Generale - Alma Mater Studiorum - Bologna
17:00 - Arte e chirurgia. Due concetti diversi? - Prof. Francesco Minni, Direttore UO Chirurgia Generale
17:45 - Chiusura

MODALITÀ DI ISCRIZIONE
L'iscrizione è gratuita previa registrazione obbligatoria online dal sito www.mitcongressi.it sezione: *Tumori neuroendocrini del pancreas: l'importanza di un centro Enets e dell'approccio multidisciplinare*.
Al fine di rispettare le normative COVID–19 raccomandiamo l'iscrizione online a tutti coloro che vorranno parteciparvi per evitare file e assembramenti in loco. Il questionario ECM sarà disponibile sulla nostra piattaforma fad.mitcongressi.it per coloro che hanno presenziato il corso accedendo alla propria area riservata per le 72 ore successive la data del corso. Come previsto ai sensi del comunicato della Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina è consentito un solo tentativo (per l'ottenimento dei crediti previsti è necessario conseguire almeno il 75% di risposte corrette) ed è inoltre obbligatoria la compilazione del questionario di gradimento.

ECM
Sono stati richiesti 7 crediti per: Medico Chirurgo (Endocrinologia, Gastroenterologia, Genetica Medica, Medicina Interna, Oncologia, Radioterapia, Chirurgia Generale, Anatomia Patologica, Farmacologia e Tossicologia Clinica, Medicina Nucleare, Patologia Clinica, Radiodiagnostica, Epidemiologia) - Farmacista (Farmacia Ospedaliera) - Biologo - Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico - Tecnico Sanitario di Radiologia Medica - Fisico Sanitario - Infermiere

Segreteria Organizzativa
Mi&T srl Centro Direzionale Bolomnia
via Guelfa 5 - 40138 Bologna
segreteria@mitcongressi.it - www.mitcongressi.it

XXVII CONGRESSO NAZIONALE AIRM 2021 "RADIOPROTEZIONE 2.0 2.0"

Il Congresso nazionale dell'Associazione Italiana di Radioprotezione Medica, dopo un anno di sospensione per le conseguenze della pandemia, si è svolto questo anno nelle giornate dal 2 al 4 settembre nella splendida cornice di Ragusa. Il titolo del Congresso calzava a pennello con l'anno 2020 per cui era stato programmato, ma si è deciso di mantenerlo – seppure in ritardo di un anno – per presentare, prendendo in prestito la moderna terminologia informatica, la "versione aggiornata" (2.0) della Radioprotezione medica che, incardinata ai solidi fondamenti teorici di natura scientifica elaborati nel tempo, si sta rinnovando sia normativamente che tecnologicamente. L'apertura dei lavori è stata dedicata alla nuova normativa di radioprotezione ovvero al recepimento avvenuto alla fine del mese luglio del 2020 della Direttiva 2013/59 EURATOM con l'emanazione del nuovo Decreto legislativo n. 101/2020 sulla protezione dei lavoratori, dei pazienti e della popolazione nell'impiego delle radiazioni ionizzanti: le relazioni si sono soffermate sulle novità di maggiore interesse per i Medici Autorizzati. È seguita, poi, una sessione di carattere più strettamente scientifico anch'essa dedicata all'innovazione nell'impiego delle radiazioni ionizzanti in campo sanitario, con l'illustrazione tra l'altro di una applicazione tecnologicamente molto avanzata della radioterapia in campo oculistico. Nelle successive due sessioni si sono affrontati i temi dell'esposizione dei lavoratori a radiazioni di origine naturale, in particolare il rischio da Radon per il quale sono presenti nella recente normativa importanti novità ed i rischi radiologici in ambiente ospedaliero, con un approfondimento sulle pratiche di radiologia interventistica e di medicina nucleare che costituiscono le situazioni potenzialmente a maggior rischio di esposizione per gli operatori sanitari. Sono stati discussi anche i temi relativi alla gestione dei rifiuti radioattivi e alle attività di vigilanza da parte dell'Autorità competente. La quinta Sessione del Congresso è stata dedicata alla trattazione di un argomento sempre attuale in radioprotezione medica: quello delle tireopatie, con tutte le connesse problematiche di ordine diagnostico, clinico e di valutazione dell'idoneità dei lavoratori.
In chiusura un'ampia sessione è stata dedicata agli aggiornamenti in tema di esposizione alle radiazioni non ionizzanti. Sono state presentate le nuove Linee Guida AIRM per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a CEM e sono stati approfonditi diversi aspetti critici riguardanti i rischi per la salute, veri o presunti, attribuiti all'impiego dei telefoni cellulari, compresi aggiornamenti sulla nuova tecnologia 5G ed incursioni in interessanti territori collaterali riguardanti la sicurezza alla guida con telefoni cellulari e le possibili alterazioni comportamentali tipiche della "smartphone addiction".

Affittasi ambulatori anche odontoiatrici, siti al piano terra in via Fossolo a Bologna. Fermata bus vicina e comodi parcheggi. Per info: 338/7314844.

Si ricerca Medico per collaborazione con Guardia Medica Privata per Bologna e zone limitrofe. Se interessati contattare il numero 051/224466 o inviare curriculum a info@newhelp.it / segreteria3@bernasconi.pro. L'orario di segreteria è il seguente: dal lunedì al giovedì dalle 8:30 alle 16:00 e il venerdì dalle 8,30 alle 12,30.

In palazzo storico di Piazza dei Martiri (Bologna) munito di ascensore e servizio di portineria sono disponibili 2 stanze libere da arredo in studio medico condiviso con collega odontoiatra. Canone richiesto euro 500,00 incluse spese condominiali. Cell. 349/4914773. No odontoiatra.

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

DA OGNI INCONTRO GENERIAMO VALORE

Siamo nati azienda e **siamo diventati un gruppo**, sappiamo cosa vuol dire essere piccoli e stiamo imparando a essere grandi. Cresciamo con i nostri clienti e tracciamo insieme **nuove strade da percorrere**, sviluppando **packaging per l'healthcare nati dal dialogo**.

www.renogroup.eu

RENOGROUP
La forma del cambiamento