Bollettino Notiziario

anno LII - N° 9 settembre-dicembre 2021

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

IN QUESTO NUMERO

- **L'incantamento tecnologico in chirurgia,** Francesco Domenico Capizzi, p. 4
- **Adolphe Quetelet (1796-1874), uno statistico donato alla Medicina,** Pier Roberto Dal Monte, p. 6
- **La realtà virtuale applicata alla Medicina Riabilitativa,** Alessandro Zati, p. 13
- **Udienza Conoscitiva in IV Commissione del Consiglio Regionale Regione Emilia Romagna del 26/10/2021,** Salvatore Lumia, p.17

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 AGOSTO 2021 è stato consegnato in posta il giorno 11/11/2021

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

SOMMARIO

ANNO LII - SETTEMBRE-DICEMBRE 2021 N° 9

ARTICOLI

Il Natale, la pandemia e l'attenzione all'uso dei dati in Medicina • **3**

L'*incantamento* tecnologico in chirurgia • **4**

Adolphe Quetelet (1796-1874), uno statistico donato alla Medicina, ideatore (ante hoc) del rapporto tra indice di massa corporea e obesità • **6**

Prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 (COVID-19) • **11**

La realtà virtuale applicata alla Medicina Riabilitativa • **13**

Udienza Conoscitiva in IV Commissione del Consiglio Regionale Regione Emilia Romagna del 26/10/2021 • **17**

Usiamo bene i dati in Medicina e attenzione a ciò che scriviamo • **22**

NOTIZIE • **31**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **27**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **27**

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • **28**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

In copertina:

Jean Baptiste Oudry (1686-1755). **Il medico Tanto Meglio e il Medico Tanto Peggio**. Incisione che illustra la favola di La Fontaine «I medici». Bilioteca Nazionale, Parigi.

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

Il Natale, la pandemia e l'attenzione all'uso dei dati in Medicina

Vittorio Lodi

«La verità non produce tanto bene nel mondo quanto male vi producono le sue apparenze»
"Per conoscere bene le cose, bisogna conoscerne i particolari; e siccome questi sono quasi infiniti, le nostre conoscenze sono sempre superficiali e imperfette"
François de La Rochefoucauld, «Massime», Rizzoli Editore 1978

«La mia concezione del metodo della scienza è semplicemente questa: essa sistematizza il metodo scientifico dell'imparare dai nostri errori; lo sistematizza attraverso lo strumento che si chiama discussione critica. Tutta la mia concezione del metodo scientifico si può riassumere dicendo che esso consiste in questi tre passi: inciampiamo in qualche problema, tentiamo di risolverlo, ad esempio, con qualche nuova teoria; impariamo dai nostri sbagli, specialmente da quelli che si sono resi presenti dalla discussione critica dei nostri tentativi di soluzione. Ovvero, per dirla in altre parole: problemi - teorie - critiche. Credo che in queste tre parole 'problemi - teorie - critiche' si possa riassumere tutto quanto il metodo di procedere della scienza razionale» *(Karl R. Popper, Scienza e filosofia. Problemi e scopi della scienza, Einaudi Editore 1991)*
«Abbiamo imparato dal passato, da molte delusioni, che non dobbiamo mai aspettarci nulla di definitivo. Abbiamo imparato a non lasciarci scoraggiare se le nostre teorie scientifiche sono smentite; infatti noi possiamo, nella maggior parte dei casi, stabilire con grande sicurezza quale di due teorie qualsivoglia è la migliore. Possiamo quindi sapere che stiamo facendo dei progressi ed è questa conoscenza che compensa la maggior parte di tutti noi della perdita dell'illusione della definitività e della certezza. In altre parole, sappiamo che le nostre teorie scientifiche devono restare delle ipotesi ma che, in molti casi importanti, possiamo stabilire se una nuova ipotesi è o non è superiore ad un'altra ipotesi. Così possiamo dire, che nella nostra ricerca della verità, abbiamo sostituito la certezza scientifica con il progresso scientifico» *(Karl R. Popper, Congetture e confutazioni. Lo sviluppo della conoscenza scientifica, Il Mulino Editore 2009).*

Sinceramente speravamo in un Natale migliore.
Invece, siamo qui a rincorrere nuovi positivi, a predisporre piani per l'ampliamento dei posti in ospedale per i malati Covid-19 e ad attendere la variante Omicron.
Siamo, però, messi certamente meglio rispetto all'inverno del 2020, mentre scrivo – non so quando uscirà questo numero del Bollettino – la nostra e altre regioni avranno assunto colori di allarme. Ma sappiamo che oggi, anche se ci si infetta, è più difficile morire di Covid-19. E, ad oggi, la differenza la fanno i vaccini. In attesa di nuovi vaccini e di nuovi farmaci dobbiamo dichiarare che i vaccini ad oggi in uso in Europa sono stati in grado di farci stare meglio e, quasi certamente, ci salveranno da un altro pesante lockdown.
Ci lascia, quindi, stupiti ricevere la lettera di un Collega che dichiarando di voler rispondere ad un articolo pubblicato sul numero precedente del Bollettino utilizza in modo erroneo i dati sui vaccini arrivando addirittura a profetizzare morti di bambini e una sorta di giustizia divina su politici e scienziati che hanno portato a questa "strage".
Pubblichiamo questa lettera perché riteniamo, da sempre, importante la discussione tra Colleghi e non facciamo censure. Però, ricordiamo la responsabilità di ciascuno di noi per quello che diciamo e scriviamo.
Codice di Deontologia Medica Art. 5 Esercizio dell'attività professionale: "Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura".
Art. 30 Informazione al cittadino: «Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione».

L'*incantamento* tecnologico in chirurgia

Francesco Domenico Capizzi*

Guido, i' vorrei che tu e Lapo ed io fossimo presi per incantamento e messi in un vasel, ch'ad ogni vento per mare andasse al voler vostro e mio... Il *Vorrei* e l'*incantamento* di Dante, più che l'*amarcord* felliniano, sorreggono la ricorrenza dei "30 anni +1 di laparoscopia" che un recente Congresso, presieduto mirabilmente da Francesco Corcione, ha convocato a Napoli chirurghi italiani e d'oltre Alpi per una riflessione sull'esperienza tecnologico-mininvasiva che ha conferito all'azione chirurgica un *dolce stil novo.* Un cambiamento epocale tale da accostare la strumentazione dei precedenti chirurghi ai cerusici-barbieri, e ai fisiatri dell'epoca galenica, e da rendere *gentile* la *frazione estrema* della Medicina, la Chirurgia moderna sorta dopo l'invenzione di acciaio, asepsi, anestesia: una sorta di artiglieria con teatri e campi operatori, carte topografiche, manovre e percorsi, ponti, accessi e ispezioni, esplorazioni e mobilizzazioni e strategie, tattiche, demolizioni e ricostruzioni, addestramenti, vittorie e sconfitte... Alla base l'idea tecnico-organicistico-positivista che il progresso scientifico-tecnologico, generato finalmente dalla raggiunta egemonia della ragione, garantisse un futuro luminoso e risolutivo per tutti e in ogni ambito delle attività umane.

La via d'accesso video-laparoscopica, mediata da una crescente tecnologia altamente sofisticata, conferisce agli atti operatori un vistoso minor grado di invasione e trauma verso organi e tessuti con conseguente forte impulso all'umanizzazione degli Ospedali, con la riduzione dei giorni di degenza per la sdrammatizzazione della *sindrome post-operatoria*, e alla razionalizzazione delle loro risorse economico-strutturali.

Un profondo dilemma sorge nel momento in cui l'istintiva esaltazione della tecnologia ad uso chirurgico si estende all'ambito oncologico e si eleva a criterio di giudizio assoluto sulla sua capacità intrinseca di risoluzione delle patologie neoplastiche marginalizzando, involontariamente, le fondamenta fisiopato-oncologiche che continuano, comunque, a radicarsi in ogni piega della società, nel suo modo di produrre e consumare, nei suoi squilibri ambientali e sociali. Su questa via la Chirurgia laparoscopica e la sua proposizione tecnocratica rischiano di catalogarsi come complesse proposizioni tecnicistiche e mere amministrazioni contabili e gestionali contribuendo, insieme, ad oscurare il baricentro patogenetico e a creare un involontario cono d'ombra sul *paziente-utente-cittadino-cliente-malato* fornendo un suggerimento: la salute del corpo – un insieme di organi ed apparati – si difende pur trascurando le condizioni socio-culturali, igienico-sanitarie e ambientali che costituiscono il terreno di cultura di larga parte delle malattie neoplastiche.

La chirurgia in generale, e ancor meglio la via laparoscopica, possiede un ruolo centrale, strategico nel trattamento dei tumori solidi: del 50% di guarigioni che si ottengono, due terzi sono attribuibili al solo intervento chirurgico, un terzo alla combinazione chirurgia-terapie adiuvanti (radioterapia e chemioterapia), soltanto il 2-3% alle sole terapie adiuvanti. Per comprendere la sostanziale staticità dei risultati che la chirurgia oncologica, compresa la laparoscopica, ha ottenuto nel corso di decenni è necessario appellarsi alla biologia dei tumori.

La chirurgia delude perché possiede una sua ineludibile primitiva inefficacia: si trovano già, occulte ma presenti, cellule neoplastiche in organi, sistema linfatico e cavità al momento della diagnosi del tumore primitivo. Non si deve, tuttavia, ritenere che tutte le cellule migrate costituiranno agglomerati metastatici: in realtà questo processo di annidamento si realizza in pochi casi per la solerte vigilanza dei meccanismi difensivi insiti nell'organismo.

Questi presupposti scientifico-biologici costituiscono le premesse alle incertezze sul principio di *radicalità chirurgica* che accompagnano la completa efficacia dell'intervento chirurgico demolitivo ad intento radicale eseguito, anche se a regola d'arte, per via laparotomica oppure per via laparoscopica o laparoscopico-robotica. Si è di fronte, appunto, ad una significativa limitazione del principio di radicalità chirurgica: la completa asportazione della neoplasia, anche se estesa a tessuti viciniori e a stazioni linfatiche, non equivale sempre alla sua completa eradicazione specialmente nelle situazioni infiltrative, localmente e diffusamente avanzate, facendo registrare in questi casi un drammatico crollo del tasso di guarigioni in proporzione, sommariamente, al grado di estensione ed infiltrazione della massa neoplastica. L'auspicabile, ricercata e presunta radicalità chirurgica, ottenuta con tecniche e tecnologie altamente sofisticate, non coincide evidentemente con la radicalità oncologica. La biologia risulta prevalere sulle finalità tecniche demolitive, la *radicalità chirurgica* può non perseguire effettivamente la *radicalità oncologica* perché in mezzo ai due principi si colloca, in contrasto, la *biologia delle cellule neoplastiche* che sfugge a tecniche e tecnologie avanzate, comprese chirurgia laparoscopica e robotica, di cui ormai abbondano tutte le sale operatorie.
Purtroppo *la battaglia contro il cancro è ben lungi dall'essere vinta: la strategia è solo incentrata su diagnosi, tecnologie sofisticate e terapie, non su ricerche etiologiche preventive primarie e secondarie (Nature»: change on the cancer conversation 2016, 2017).* Evidentemente non siamo *messi in un vasel, ch'ad ogni vento per mare andasse al voler vostro e mio...* Resta sempre imprescindibile, e davanti ad ogni forma e tipo di terapia, la prevenzione primaria e secondaria attuata per iniziativa personale e, auspicabilmente, delle Istituzioni politico-sanitarie.

* *Già docente di Chirurgia generale nell'Università di Bologna e direttore delle Chirurgie generali degli Ospedali Bellaria e Maggiore di Bologna.*

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

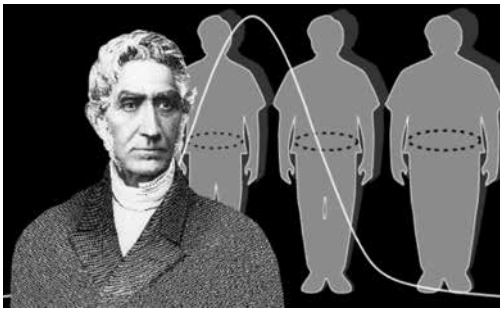
Adolphe Quetelet (1796-1874), uno statistico donato alla Medicina, ideatore (ante hoc) del rapporto tra indice di massa corporea e obesità

Pier Roberto Dal Monte

L'obesità è divenuta un problema di salute pubblica in quasi tutto il mondo civilizzato, per la sua crescente incidenza e per le gravi conseguenze che comporta sul sistema cardiocircolatorio e per l'insorgenza del diabete di tipo 2 o diabete grasso che spesso lo facilita, ma più in generale anche per altri effetti negativi sull'organismo più o meno drammatici, come la maggiore incidenza del cancro nei soggetti obesi o per i danni che provoca sull'apparato scheletrico ed articolare.

,Dati gli alti costi che comporta – sia per l'eccessivo consumo di cibo, gli stili di vita che ne facilitano l'insorgenza, siaper le malattie che ne conseguono ed infine per i vari altri costi meno evidenti ma comunque presenti, come la negativa influenza sull'attività lavorativa, gli adattamenti del vestiario, le necessità abitativo-posturali riguardo le suppellettili o i mobili ed i mezzi di trasporto – può bene essere considerata un fenomeno od una "malattia" legato alla "crescita", forse uno dei più costosi e, riguardo ai rischi sulla salute, francamente inaccettabile o non più sostenibile, sul quale una "decrescita", sia pur non sempre felicemente accettata, deve in maniera determinata essere prevista.

L'obesità pur essendo nota sin dall'età paleolitica, come lo dimostrerebbe la Venere di Willendorf, la statuetta del Paleolitico superiore (20-30mila anni a.C.) senza volto, con presenta grandi mammelle pendule, fianchi abbondanti e natiche prominenti, è infatti considerata da alcuni come la prima rappresentazione dell'obesità. Questo tuttavia non deve farci credere che la donna preistorica fosse afflitta dall'obesità poiché, per quanto non si possa escludere l'esistenza di sporadici casi di obesità, dovuti forse a malattie endocrine, studi antropologici suggeriscono che nella preistoria l'obesità sia stata molto rara, per non dire inesistente. Infatti nessuno di quei vari fattori, che hanno assunto in epoca moderna un ruolo primario nel provocare aumento di peso, era allora presente: in primo luogo perché le popolazioni dell'epoca si dedicavano prevalentemente alla caccia, essendo la coltivazioni di cibi come le graminacee ricche di carboidrati pressoché inesistenti e pertanto per procurarsi il cibo avevano bisogno di luce diurna, condizioni climatiche adatte, velocità e forza, tempo e fortuna, in continua lotta con prede piuttosto scarse. In secondo luogo, per via della magrezza degli animali selvatici, i predecessori dell'uomo moderno consumavano una dieta ipolipidica, in cui l'apporto calorico dei grassi non superava il 20 per cento. Gli studi condotti dai paleonutrizionisti dimostrano infatti che nelle ere preistoriche l'iponutrizione rappresentava un problema esistenziale diffuso. In terzo luogo, lo stile di vita dei cacciatori non era certo stanziale bensì nomade e "cercatrice" e numerosi sono i reperti archeologici che testimoniano che i popoli preistorici si spostavano continuamente, alla ricerca di nuove fonti alimentari. Infine, la speranza di vita della dell'uomo preistorico era breve. Vari studi su



frammenti scheletrici indicano che, come si sa, la maggior parte delle persone vissute in tali epoche non raggiungeva i 35 anni. E, soprattutto nelle donne, l'incremento del peso corporeo, riferibile in epoca moderna all'età ed alla menopausa, non ha avrebbe avuto comunque modo di instaurarsi. Nel complesso, sembra quindi improbabile che lo stile di vita della donna paleolitica potesse consentirle di diventare obesa e la **Venere di Willendorf** assumerebbe solo un significato di un'ideale opulenta Dea madre o Madre terra del glaciale; peraltro non durato oltre l'età Pleistocene, poiché la scoperta dell'agricoltura e l'allevamento degli animali addomesticati, che risale solo a 10.000 anni fa, ha successivamente ridotto la precarietà alimentare. Tuttavia, nella nuova società di agricoltori e pastori, pur essendosi migliorata la produzione di cibo ed il suo controllo, aprendo tra l'altro la via alla istituzione e fondazione delle città-stato e degli imperi, l'approvvigionamento alimentare è rimasto sempre scarso ed irregolare e soggetto ai capricci della natura. Per questa scarsità di cibo e le sue conseguenze negative, durante gran parte della storia umana, ma specie nella civiltà greca e romana, la presenza di un buon pannicolo adiposo era un segno di benessere sia economico che fisico, benché l'obesità incominciasse ad essere considerata una malattia con possibili sinistre connotazioni. Ciò è evidente dal **Corpus Hippocraticum**, nel quale l'Autore attribuisce all'eccesso di peso il facile affaticamento e la ridotta resistenza. Nel suo testo dedicato al *Regimen* o, alla latina *De diaeta*, inoltre vi sono concetti che trascendono il significato riduttivo odierno della alimentazione e considerano l'importanza dell'esercizio fisico, l'attività ginnica, il lavoro alternato al riposo: in una parola perseguire uno stile di vita salutare.

L'alimentazione vera e propria non è tuttavia per nulla trascurata correlando la quantità e qualità dei cibi sani da usarsi con la sobrietà richiesta dalla costituzione fisica e dalla condizione umana. Come richiamato chiaramente da Ippocrate stesso nel suo noto giuramento medico.

La magrezza ed obesità o costituzione corporea nei testi della **medicina romana** sono raramente menzionati, privilegiando la raccomandazione di curare più la sua varietà in difetto che la sua varietà in eccesso; malgrado vi fossero voci che mettevano in guardia contro l'innaturale aumento di peso, come quella del famoso medico Aulo Cornelio Celso (vissuto ai tempi dell'Imperatore Tiberio nel 14 A.C.) il quale nel *De medicina*, afferma molto significativamente che "*obesi plerumque acutis morbis et difficultate spirandi strangulantur*", sanzionando per essi una predisposizione all'insorgenza più o meno acuta di mali quali: "il dolore toracico con il conseguente sopraffiato o dispnea [circa il nostro infarto] che può precedere spesso la morte ed i colpi apoplettici". Il massimo rigore su tale tema fu però raggiunto dai cittadini Spartani che davano l'ostracismo agli uomini grassi ed è nota la leggenda che Socrate ogni mattina faceva una singolare ginnastica ballando per mantenere la sua figura in limiti ragionevoli.

Nei secoli seguenti, non fu posto una grande attenzione al fenomeno, al corpo umano in genere, se non da parte di qualche studioso e soprattutto dagli artisti del rinascimento, in cui la normalità espressa nelle loro opere tendeva a mostrare soggetti in buona salute tendenzialmente in sovrappeso, particolarmente riguardo il concetto di bellezza femminile, come si può osservare nelle riproduzioni di tale soggetto nelle statue di Michelangelo (1475-1564), altrettanto evidenti anche negli affreschi della Cappella Sistina. Ciò ribadito da Rubens (1577-1643), le cui donne piene di rotondità e con il loro rosso incarnato della cute, specie del volto, hanno dato luogo all'aggettivo rubensiano per definire l'aspetto femminile formoso. Ma soprattutto nei primi decenni del secolo scorso, la corpulente formosità ha continuato ad essere favorita ed associata alla ricchezza, il potere e l'influenza, dimostrati dalla abbondanza corpu-

lenta, tipica dei baroni industriali (vedi Grosz) e dal punto di vista estetico delle figure femminili di Auguste Renoir per non parlare ora di Botero o simili.

Perché l'obesità e come si valuta

Fatte queste premesse, le quali indicano che, sebbene anche nel passato, ma solo saltuariamente, l'obesità fosse già considerato un fattore negativo per la salute, il pesante impatto dell'obesità sulla qualità della vita ha cominciato ad essere considerato seppure in ritardo già nel XVIII secolo e sistematicamente sulla salute nel XIX secolo; tuttavia solo nei primi decenni del 20° vennero definite e sistematizzate le sue complicazioni morbose, fra le quali soprattutto il già menzionato aumento delle malattie cardiovascolari ed il diabete grasso il cui conseguente aumento della mortalità collegato all'obesità incominciò ad essere documentato dal punto di vista epidemiologico con metodi statistici. Questo soprattutto nel settore assicurativo dove, da parte dagli statistici specializzati in Scienze attuariali, si rilevava quanto fosse maggiore, nei confronti degli individui normali, il numero dei rimborsi richiesti per morte da "cause naturali" per polizze intestate ad assicurati obesi. Oggidì sono state descritte ben 26 malattie collegate o causate dall'obesità ed è quindi prevedibile l'interesse del comparto assicurativo e del *welfare* per questa "anormale" situazione fisica.

L'insieme di questi eventi morbosi ha creato la necessità anche di avere un parametro o indice certo che indicasse quale fosse il peso corporeo normale relativo al momento della richiesta dell'assicurazione; indice che certificando la presenza dell'obesità facesse prevedere la comparsa di malattie ad essa dovute e quindi comportasse una diversa valutazione sia come tutela assicurativa che eventualmente sull'ammontare del premio dovuto.

La ricerca di tale indice fu perseguita da Louis I. Dublin (1882-1969), sia da statistico che da vice-presidente della Metropolitan Life Insurance Company americana, il quale per primo sviluppò delle tabelle di confronto tra il peso normale e quello fuori della norma, basate sulla media dei pesi registrati per una determinata altezza. Dai dati riscontrati ne scaturì una gamma piuttosto ampia di pesi per le persone dello stesso sesso e altezza, anche in relazione alle differenti conformazioni del corpo o della sua 'struttura' valutate iconograficamente. Il metodo è stato ritenuto alquanto complesso per le sue potenziali variabili sebbene, pur non potendosi ancora definire quello ideale, già potesse essere considerato sufficientemente efficace per definire i parametri in cui rientrava "l'individuo medio normale" e, naturalmente, come da questo si differenziassero soprattutto i soggetti obesi. Per semplificare le cose sono state successivamente esplorate varie altre possibilità più accessibili per valutare la "corporalità" umana e combinando peso e altezza, in vari studi clinico-statistici, si era constatato che alla fine, negli adulti, **il peso corporeo espresso in chilogrammi è proporzionale al quadrato dell'altezza in metri**, confermando quello che originariamente era già stato rilevato nel 1832 nei suoi studi sistemici sulla definizione di *uomo normale* – riportati nel 1835 in *Sur l'homme et le développement de ses facultés, ou Essai de physique sociale* in 2 volumi – dallo statistico belga **Adolphe Quetelet** (1796-1874) 1835. Per tale ragione l'equazione, pur non essendo perfetta ma molto pratica, è divenuta, rifacendosi a questo studioso, poi generalmente nota come l'Indice di Quetelet o indice con il quale si poteva definire in modo definitivo la *massa corporea* di un individuo normale e le sue varianti. Di questo è stata confermata la validità, in studi comparativi successivi, già dallo studio Framinghan del 1947-50 e da

quelli pubblicati nel 1972, dal nutrizionista americano Ancel Keys (1904-2004) - il quale tra l'altro, per aver vissuto molto in Italia, va considerato come lo scopritore della Dieta mediterranea - che valorizzando le ricerche di Quetelet, lo chiamò appunto l' Indice di Massa Corporea (o Body Mass Index o BMI).
Indice che attualmente è considerato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità il più attendibile indice per valutare in maniera numerica i limiti inferiori e superiori in cui dovrebbe rientrare un individuo normale, e che documenta come i valori al di sotto siano indice di magrezza, mentre i valori al di sopra sono indice di sovrappeso o di vari gradi di obesità; accomunando ad esso la possibilità di prevedere, soprattutto ai valori superiori alla norma, la maggiore incidenza di morbilità delle varie malattie cardiovascolari e metaboliche ed anche di maggiore mortalità.

Ma chi era Adolphe Quetelet, astronomo, statistico e sociologo?
Adolphe Quetelet, nato nella storica città belga di Gent o Gand in data 22 febbraio 1796, era il quinto figlio di una famiglia di nove figli. Era cresciuto in un ambiente politicamente ed intellettualmente stimolante e già da studente mostrò un eccezionale talento matematico ottenendo premi in algebra, geometria, grammatica e disegno nel liceo di Gent. Non trascurabile peraltro era anche il suo amore per le discipline umanistiche avendo pubblicato poesie, essendo un buon pittore, co-autore del libretto di un'opera lirica e tra l'altro traduttore in francese di Byron e di Schiller. Particolarmente importanti furono i suoi studi sulla scultura umana e le proporzioni delle statue. Diplomatosi contemporaneamente al liceo nel 1813, ebbe a solo 23 anni un dottorato in Scienza presso l'Università di Gent, passò all'insegnamento della Matematica all'Ateneo di Bruxelles. Il momento decisivo nella sua vita avvenne però quando assegnatario di una borsa di studio fu mandato a Parigi a specializzarsi in Astronomia. A Parigi frequentando i corsi dei fisici e matematici Joseph Fourier (1768-1830), Simon Poisson (1781-1840) e dello statistico ed astronomo Pierre Laplace (1749-1827), divenne oltre che profondo astronomo – che lo portò alla Direzione dell'osservatorio di Bruxelles – appassionato allo studio della scienza statistica della probabilità, metodo che ha continuato a impiegare nello studio del corpo umano, un soggetto su cui aveva già sviluppato un precoce interesse sia come pittore che scultore.
Per questo per primo creò delle tabelle per studiare le relazioni tra l'altezza ed il peso dalla nascita alla crescita sino alle età avanzate della vita ed il comportamento sociale dell'uomo nelle varie età della vita, divenendo un pioniere nell'applicazione dell'analisi matematica allo studio dell'umanità ed un inventore dell'*antropometria* che espose in maniera sistemica nel 1870 sul trattato *Anthropométrie, ou Mesure des différentes facultés de l'homme*.
Essendo uno dei più valenti statistici europei fu coinvolto nel censimento della popolazione dei Paesi Bassi dove, con ampie valutazioni antropometriche di confronto, dimostrò che, prendendo come campione casuale un gruppo diversificato e rappresentativo della popolazione, questo poteva essere utilizzato

per stimare le caratteristiche della popolazione nel suo complesso.
Molti di questi dati, per inciso, erano stati ripresi dalle migliaia di misurazioni di parti del corpo umano compiute già dagli artisti del Rinascimento per preparare le loro opere d'arte come quelle dell'Alberti, del Ghiberti, ma in particolare quelle fatte da Michelangelo, da Leonardo e da Durer, con il suo trattato sulla pittura, *Underricht der Malerei*, e da altri che Quételet riscoperse, applicando alla sua statistica antropometrica ciò che centinaia di predecessori avevano singolarmente trovato ed applicato.
L'intuizione più importante nei suoi studi statistici è stata quella che studiando in una popolazione vasta tutti gli attributi fisici esterni dell'uomo questi si distribuiscono statisticamente, come è tipico in natura, secondo una curva di distribuzione di tipo Gaussiano o a forma di campana (vedi pag. 6), dove, in tale curva tra *maximun et minimum*, la norma si trova nel picco più alto con una decrescenza rapida verso sinistra in cui sono raccolti i valori inferiori sino al nanismo, mentre sulla parte decrescente di destra si raccolgono quelli superiori alla norma, sino ai gigantismi.
Esso può essere considerato oltre che l'inventore dell'*antropometria* anche della statistica applicata alla medicina, sebbene i suoi studi in realtà non fossero interessati alla raccolta delle forme patologiche, ma a sostenere che "il medico per diagnosticare se un individuo è malato deve confrontare il suo stato attuale con uno stato ideale o medio: soprattutto per stabilire in che misura le deviazioni rispetto al tipo medio siano pericolose per la sua sopravvivenza. Inoltre, ogni individuo ha un suo particolare 'stato medio' [si tratta del concetto di 'costituzione individuale] che potrebbe, se noto al paziente ed al medico, aiutare in modo rilevante la diagnosi e la prognosi; poiché tuttavia questo stato è per lo più sconosciuto, il clinico non può che basarsi se non sul confronto tra gli individui e l'individuo medio". In particolare, non era molto interessato ad indagare nei suoi studi l'incidenza dell'obesità, non essendo allora considerata, come è attualmente, una vera malattia che spesso comportava varie altre malattie o complicazioni per l'organismo umano. Sebbene non trascurasse di affermare quanto

Liberati dal peso delle malattie ereditarie e degli inabili. Manifesto Eugenetics Society 1930.

fosse importante l'attività fisica (la ginnastica) per mantenere l'armonia del corpo di colui che considerava essere l'uomo medio normale.
Egli può considerarsi anche il precursore dell'*antropologia sociale, per quanto su tali studi possa aleggiare un sottofondo razzistico* ora respinto dal comune sentire, facendo derivare dalle varie conformazioni del corpo umano (di cui non trascurava peraltro di valutare l'influsso su di esso dell'ambiente e delle situazione economiche personali) nelle diverse età della vita anche i diversi comportamenti asociali; precorrendo in questo le molto più estremistiche e superficiali teorie del Lombroso ed in un certo senso fu anche un precursore di alcune teorie di Marx che, essendo un ammiratore di Quetelet positivista e determinista, fece ricorso ai suoi metodi statistici per costruire quella che ha chiamato la "fisica sociale statistica" utilizzata per criticare le leggi sui modi di produzione capitalistica non individuale. Si ritiene infine che gli studi di Quetelet abbiano influito sia sulle scoperte di Darwin sia sulla Sociologia di Dukheim, avendo ambedue familiarità con le sue opere. Ma soprattutto il cugino di Darwin, Francis Galton (1822-1911), ne fu influenzato e, al contrario di Quetelet che dallo studio dell'omogeneità umana ha creato la norma, Egli studiando le anomalie fisiche ha scoperto l'eterogeneità umana e, nella consapevolezza che bisogna (piaccia o non piaccia, ricordando l'uso fattone dai Nazisti) "della natura far prevalere le cose eminentemente nobili", ha creato una nuova scienza: l'*eugenetica*.

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 somministrazione 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.

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

La realtà virtuale applicata alla Medicina Riabilitativa

Alessandro Zati

Utilizzata a vari livelli di immersività, la realtà virtuale (RV) assumerà un ruolo sempre più importante nella Medicina Fisica e Riabilitativa, soprattutto verso le nuove generazioni. Attenzione però a preparare i pazienti a gestire il senso di frustrazione!

Sommario
La Realtà Virtuale è una new entry nel mondo riabilitativo ma è già utilizzata da molti anni sia in ambito civile che militare per l'addestramento del personale ad attività particolarmente complesse.
«In riabilitazione la realtà virtuale propone situazioni terapeutiche simil-reali, ma deve avere sempre sotto controllo le reazioni psicomotorie del paziente. Pertanto, la RV deve consentire di modulare il traguardo riabilitativo alle possibilità dell'individuo, evitando deludenti insuccessi e proponendo condizioni altamente motivanti. Attualmente il settore che più si avvale della realtà virtuale è la rieducazione neuromotoria delle patologie del sistema nervoso centrale.

Quali vantaggi può offrire la realtà virtuale rispetto agli approcci tradizionali?
La riabilitazione tradizionale non viene mai esclusa da un programma che utilizza la realtà virtuale; infatti, le tecniche classiche assicurano una precisione metodologica insostituibile. Tuttavia, la realtà virtuale fornisce un plusvalore: la *facilitazione ambientale*, vale a dire quell'artifizio tecnico che immerge il paziente in un mondo più congeniale alle sue momentanee difficoltà.

Ci sono differenze a seconda del grado in cui il paziente è immerso nella realtà virtuale?
L'*immersività*, intesa come la capacità di un sistema di realtà virtuale di coinvolgere sensorialmente ed emotivamente un individuo, dipende essenzialmente dalla tecnologia utilizzata. Ci sono cinque gradi di immersività.
Il 1° grado, *realtà virtuale non immersiva*, propone un'interazione paziente-ambiente virtuale tramite i comuni dispositivi di un pc: tastiera, mouse e joystick. I programmi derivano dai videogiochi, dai quali i bioingegneri hanno colto gli elementi cognitivi e didattici.
Il 2° grado, *realtà virtuale parzialmente immersiva*, propone un ambiente virtuale su ampi schermi, verticali o orizzontali, con i quali il paziente interagisce senza l'ausilio di interfacce. L'interazione può essere visiva, uditiva, tattile o haptica o un insieme di queste. La sensorialità haptica corrisponde a una percezione simil-tattile data da rumori di vario tipo che simulano il contatto con un oggetto. Gli esercizi che il paziente esegue sono mediati da alcuni oggetti virtuali: per esempio, toccare ed esplorare alcune forme più o meno complesse, raggiungere oggetti variamente disposti o in movimento, con traiettorie prevedibili o del tutto casuali.
Nel 3° grado, *realtà virtuale in terza persona*, entra in campo l'avatar: attraverso una telecamera, l'immagine del paziente viene acquisita dal computer e integrata nella realtà virtuale come modello animato. L'utente si vede rappresentato all'interno dello schermo

Realtà Virtuale di 4°, totalmente immersiva.

attraverso il suo avatar, ma non perde mai il contatto con la realtà.
Nel 4° grado, *realtà virtuale totalmente immersiva*, la tecnologia rapisce completamente l'attenzione del paziente che entra nel mondo virtuale attraverso un equipaggiamento sensoriale dedicato: guanti, occhiali e cuffie elettroniche. Mediante queste periferiche viene creato un ambiente tridimensionale attorno all'individuo che vive un'intensa esperienza sensoriale: la realtà quotidiana è sospesa e la nuova si trova sotto il suo completo controllo. I movimenti del paziente sono trasformati in azioni virtuali superiori alle sue possibilità; la realtà virtuale diviene così una sorta di "protesi" che stimola il paziente a sviluppare le abilità residue.
Nel 5° grado, *realtà virtuale aumentata*, la normale percezione viene implementata da speciali dispositivi. La differenza, rispetto ai sistemi precedenti, è l'obiettivo: la tecnologia non mira a sostituire la realtà bensì a potenziare le capacità sensoriali dell'utente. Attualmente in riabilitazione esistono solo tecnologie sperimentali, tuttavia ricche d'interesse. Citiamo l'uso della realtà virtuale nel morbo di Parkinson proposta da alcuni studiosi di Haifa, in Israele; la strumentazione consiste in un paio di occhiali (*visual feedback glasses*) collegati a un dispositivo portatile d'invio d'immagini. Questo dispositivo trasmette immagini virtuali alle lenti; nel cammino il paziente vede il suolo marcato da "mattonelle" luminose che guidano il suo passo rendendolo ritmico e armonioso.

Quali sistemi vengono utilizzati a seconda delle patologie e a che punto siamo nella loro applicazione? I costi sono accessibili?
La realtà virtuale non immersiva si applica soprattutto alla riabilitazione robotica dell'arto superiore condotta sia con sistemi esoscheletrici (sostegno e guida di tutto l'arto) che con sistemi "end effector" (aventi un solo vincolo distale). Consiste essenzialmente in software applicati a un pc interfacciato con il robot. Il paziente vede nello schermo i movimenti del suo arto robotizzato in un contesto funzionale.
Per esempio, il paziente fa la spesa in un supermercato virtuale: coglie vari prodotti dalle scansie e li mette accuratamente nel carrello.
Per la rieducazione dei fini movimenti della mano esistono esercizi specifici; per esempio, la manipolazione di una penna virtuale seguita eventualmente dal disegno e dalla scrittura. Il costo della realtà virtuale in questo caso è minimo; l'investimento principale è nella robotica.
La realtà virtuale parzialmente immersiva richiede una strumentazione relativamente complessa, basata su sistemi opto-elettronici a raggi IR, schermi di grandi dimensioni e stereofonia. Non è associata alla robotica e l'individuo si rapporta direttamente alle immagini, a volte facilitato da sensori wireless applicati agli arti. I costi variano in relazione alla complessità degli strumenti; in generale sono accessibili a strutture sanitarie di media dimensione; il vero costo è del personale che va adeguatamente addestrato.
La realtà virtuale con avatar è spesso associata alla robotica dell'arto inferiore per rendere l'esercitazione più interessante, varia e controllata. Gli scenari a disposizione dell'avatar sono innumerevoli. Lo strumento che più si associa a questa realtà virtuale è l'esoscheletro per l'arto inferiore in sgravio gravitazionale (per esempio Lokomat, Hocoma). Questa rieducazione, mirata soprattutto a patologie quali paraplegia ed emiplegia, è complessa, ripetitiva e non raramente frustrante; tuttavia, ha trovato nella realtà virtuale una nuova veste ludica che l'ha resa più gradevole. I costi della realtà virtuale sono trascurabili rispetto alla robotica a cui è associata.
La realtà virtuale totalmente immersiva è ancora poco utilizzata in riabilitazione. I vantaggi che teoricamente presenta sono notevoli perché le periferiche che impiega – occhiali, guanti, cuffie stereofoniche e telecamere mobili – sono facilmente utilizzabili in ambienti di piccole dimensioni e non necessariamente dedicati; l'attrezzatura può essere montata e smontata rapidamente in base alle necessità. L'uso che se ne può fare è molteplice ma la rieducazione al cammino sembra essere la principale applicazione. I costi sono bassi per le periferiche; per l'apparato d'acquisizione d'immagini

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

dipendono dalla sua complessità. La realtà virtuale aumentata è ancora in fase sperimentale, limitata per ora al morbo di Parkinson e al miglioramento dell'autonomia degli ipovedenti.

Qual è l'accoglienza della RV da parte dei pazienti?

L'accoglienza della realtà virtuale da parte del paziente va adeguatamente preparata. Non tutti i pazienti sono idonei o interessati; alcuni sono entusiasti o negativi a priori; altri sopravalutano le loro abilità o le sottovalutano. È dunque importante la selezione del paziente, del tipo e del livello di realtà virtuale. Per esempio, sono state evidenziate alcune problematiche proporzionali al grado d'immersività; in particolare, difficoltà di apprendimento e facile stancabilità. Tuttavia, il problema più frequente è il senso di frustrazione che può generare la complessità della strumentazione, sia negli adulti poco inclini all'informatica che nei bambini con gravi disabilità.

Che tipo di competenze servono al terapista e come può acquisirle?

Non deve esistere la figura del terapista dedicato esclusivamente alla realtà virtuale; infatti, essa è solo uno strumento gestito da un professionista completo. Il fisioterapista "virtuale" deve avere una preparazione convenzionale nella quale inserire le nozioni tecniche che la realtà virtuale richiede. Infatti, ogni strumento necessita di una conoscenza specifica, ma il fine è sempre lo stesso: migliorare la funzione del sistema motorio leso. Tuttavia, i giovani medici e fisioterapisti sono in genere entusiasti di lavorare in realtà virtuale.

Come si ritiene che possano evolvere questi sistemi?

L'incremento dell'applicazione della realtà virtuale nella vita sociale è un fatto inarrestabile: la riabilitazione non può prescindere da questo trend perché diverrebbe presto improponibile. Si pensi agli ambienti scarsamente motivanti delle palestre tradizionali: quale nato negli anni 2000 potrà mai accettare una riabilitazione priva di un contesto accattivante?

Già la robotica ha trovato nella realtà virtuale un compagno di viaggio prezioso, che mitiga l'impatto "non umano" che la tecnologia meccatronica comporta. Parimenti, anche l'esercizio terapeutico tradizionale può usufruire di scenari colorati, vibranti di musica e di fruscii haptici che lo renderanno più gradevole.

BIBLIOGRAFIA

Choi JY, Yi SH, Ao L, Tang X, Xu X, Shim D, Yoo B, Park ES, Rha DW. Virtual reality rehabilitation in children with brain injury: a randomized controlled trial. Dev Med Child Neurol. 2021 Apr;63(4):480-487. doi: 10.1111/dmcn.14762. Epub 2020 Dec 16. PMID: 33326122.

Feng H, Li C, Liu J, Wang L, Ma J, Li G, Gan L, Shang X, Wu Z. Virtual Reality Rehabilitation Versus Conventional Physical Therapy for Improving Balance and Gait in Parkinson's Disease Patients: A Randomized Controlled Trial. Med Sci Monit. 2019 Jun 5;25:4186-4192. doi: 10.12659/MSM.916455. PMID: 31165721; PMCID: PMC6563647.

Gueye T, Dedkova M, Rogalewicz V, Grunerova-Lippertova M, Angerova Y. Early post-stroke rehabilitation for upper limb motor function using virtual reality and exoskeleton: equally efficient in older patients. Neurol Neurochir Pol. 2021;55(1):91-96. doi: 10.5603/PJNNS.a2020.0096. Epub 2020 Dec 14. PMID: 33314016.

Ikbali Afsar S, Mirzayev I, Umit Yemisci O, Cosar Saracgil SN. Virtual Reality in Upper Extremity Rehabilitation of Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2018 Dec;27(12):3473-3478. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.08.007. Epub 2018 Sep 5. PMID: 30193810.

Laver KE, George S, Thomas S, Deutsch JE, Crotty M. Virtual reality for stroke rehabilitation. Cochrane Database Syst Rev., 2015 Feb 12;2:CD008349.

Maggio MG, Latella D, Maresca G, Sciarrone F, Manuli A, Naro A, De Luca R, Calabrò RS. Virtual Reality and Cognitive Rehabilitation in People With Stroke: An Overview. J Neurosci Nurs. 2019 Apr;51(2):101-105. doi: 10.1097/JNN.0000000000000423. PMID: 30649091.

Sangani S, Lamontagne A, Fung J. Cortical mechanisms underlying sensorimotor enhancement promoted by walking with haptic inputs in a virtual environment. Prog Brain Res., 2015;218:313-30.

Weiss PL, Tirosh E, Fehlings D. Role of Virtual Reality for Cerebral Palsy Management. J Child Neurol., 2014 May 5;29(8):1119-1124.

Zati A, Gelsomini L: "Chinesiterapia: tecniche di ieri oggi e domani", Griffin-Timeo ed, 2017.

Udienza Conoscitiva in IV Commissione del Consiglio Regionale Regione Emilia Romagna del 26/10/2021

Salvatore Lumia*

Intervento del Dott. Lumia

Desidero innanzitutto precisare di cosa si parla: cioè di una modifica della Legge Regionale che vada a modificare la Direzione Strategica delle Aziende Sanitarie Locali, introducendo una figura non prevista dall'ordinamento nazionale.
Ricordo che l'Organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali si riconduce al **DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502 Art. 3.** Organizzazione delle unità sanitarie locali.
1-quater. **Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale.** Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. **Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario.** Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.
1-quinquies. **Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.**
Dlgs 229/1999 . **Il direttore sanitario è un medico che** *(, all'atto del conferimento dell'incarico,)* non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. **Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza.** Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che *(, all'atto del conferimento dell'incarico,)* non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale.
DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229
Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, **le funzioni e i compiti del direttore sanitario** di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero **sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge.** Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

CHI È IL DIRETTORE SANITARIO? - è una figura dirigenziale in campo che ricopre un ruolo di garanzia, di guida, supervisione e qualità delle prestazioni erogate da una struttura sanitaria; - è una figura garante per gli utenti e per gli operatori del corretto

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

esercizio delle prestazioni sanitarie erogate all'interno della struttura, e cioè che siano effettuate in sicurezza, da personale sanitario con adeguata preparazione ed in condizioni igienico-sanitarie adeguate oltre che in modo conforme alle regole di deontologia professionale; - è una figura obbligatoria in ogni struttura sanitaria che svolga la sua attività in forma ambulatoriale o societaria; - è responsabile di tutta l'attività sanitaria del centro in cui opera; - la responsabilità del Direttore sanitario può assumere anche rilievo penale. Legge n° 24/2017 (Legge Gelli) Art. 7 Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria "La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose".

La figura venne istituita dal Regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 che prevedeva che ogni ospedale dovesse avere un direttore sanitario, poi consolidatasi con la legge 30 dicembre n. 412. Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 ed il successivo DPR 10 dicembre 1997 n. 484 hanno distinto tra il Direttore Medico di Presidio ospedaliero (medico igienista con sette anni di anzianità) e il Direttore Sanitario Aziendale (dirigente medico scelto dal Direttore Generale da una rosa di dirigenti con cinque anni di anzianità presenti negli Elenchi regionali dei Direttori sanitari di Azienda).
Il direttore sanitario è il garante ultimo dell'assistenza sanitaria ai pazienti e del coordinamento del personale sanitario operante nella struttura; negli ospedali è il dirigente più alto in grado di "dirigere l'ospedale cui è preposto ai fini igienico-sanitari" (art. 5 DPR 27 marzo 1969, n. 128).
Egli infatti ha il compito di far rispettare le normative nazionali e regionali all'interno dell'ospedale che dirige, nonché le norme del Codice di Deontologia medica, verifica il possesso dei titoli del personale sanitario, l'appropriatezza delle prestazioni medico-chirurgiche erogate, la qualità della documentazione sanitaria prodotta, il controllo igienico-sanitario e funzionale degli ambienti di lavoro, dei presidi, delle apparecchiature elettromedicali, la corretta conservazione dei dispositivi medici e dei farmaci (coadiuvato dal farmacista ospedaliero), il rispetto delle segnalazioni obbligatorie, il corretto smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi, presiede comitati interni quali il Comitato per la lotta alle infezioni correlate all'assistenza (CIO), organizza i servizi a tutela dei pazienti quali l'Ufficio Relazioni col Pubblico (URP), il Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD), organizza la logistica dei pazienti, dei visitatori, dei fornitori, governa la gestione del rischio clinico, cura i rapporti istituzionali con gli organi di controllo esterni e interni, la comunicazione e i contenuti della pubblicità sanitaria.
Nella legge regionale che si vorrebbe approvare non esiste invece nulla di tutto ciò per il Direttore Assistenziale, se non il riferimento a future linee guida da formulare in ciascuna diversa ASL.
Dopo l'autonomia differenziata per le Regioni, si vorrebbe arrivare ad una autonomia differenziata per ciascuna Azienda Sanitaria, mentre abbiamo visto proprio con la recente pandemia come la frammentazione degli aspetti decisionali sia deleteria per i Servizi ai cittadini.
L'Assessorato della Salute della Regione Emilia Romagna, invece di pensare ad investire risorse per migliorare qualità e numerosità delle prestazioni sanitarie per i cittadini, ha come obiettivo prioritario l'istituzione di una nuova figura di alta dirigenza, cioè il Direttore Assistenziale che non serve a migliorare la qualità dell'assistenza ai cittadini.
Appropriatezza dei percorsi, politiche di governo dei costi e gestione ottimale delle risorse non possono essere in capo a chi non ha la gestione clinica del paziente e, in particolare, a chi non ha la reale responsabilità della diagnosi e della cura dei pazienti secondo la normativa vigente. Il tutto poi

attraverso un'azione da parte della regione Emilia-Romagna, perché attraverso la modifica all'art. 3, comma 5 della Legge regionale n. 29 del 23.12.2004 si intende ignorare del tutto il vigente D.lgs 502/92 che, tra l'altro, non prevede alcuna deroga, come puntualmente confermato anche da sentenze della Corte Costituzionale in materia di "tutela della salute".

Dismessa la retorica pandemica che elevava medici e dirigenti sanitari al ruolo di eroi (ruolo nel quale i Medici non si sono mai identificati), ottenuto con fatica e non per tutti i medici del SSR, il riconoscimento economico di una risibile quota della mole di ore lavoro messe a disposizione e sottratte alla propria vita familiare sette giorni su sette, nel tentativo di fronteggiare la pandemia; minacciati e spesso impossibilitati alle ferie estive; i Medici sono diventati degli invisibili per gli occupanti di via Aldo Moro.

Liste di attesa interminabili per visite ed interventi chirurgici non più procrastinabili; intere zone sguarnite di medici di medicina generale; ampie aree in carenza di medici 118, case della salute divenute cattedrali nel deserto nelle quali la presenza dei medici è un evento raro, evidentemente non preoccupano più di tanto, visto che ormai i rarissimi incontri sindacali riservati ai Medici, hanno un unico obiettivo: quello di convincerli che l'istituzione, con una modifica della legge regionale, della figura del Direttore Assistenziale sia l'unico rimedio possibile ai mali (e sono tanti) che stanno attanagliando il sistema sanitario regionale.

Assistiamo alla soppressione di ambulatori quando non sedi intere di Pronto Soccorso, luoghi divenuti inospitali per i pochi medici rimasti, dopo anni di appelli inascoltati rispetto a necessari cambiamenti nelle logiche manageriali, organizzative, e di percorso professionale. Si affidano attività diagnostiche e terapeutiche, non prive di rischi, a personale non adeguatamente formato e titolato per legge e si riducono le attività essenziali a meri interventi d'emergenza.

La figura del Direttore Assistenziale, la cui necessità è sostenuta da argomentazioni fumose, viene proposta senza nemmeno precisarne i requisiti: unica certezza è la sua devozione al Direttore generale e la delega a organizzare il lavoro dei Medici. Invece l'organizzazione del lavoro è un elemento fondamentale per la gestione della diagnosi e cura, sia a livello ospedaliero che a livello territoriale,e non può essere delegato a figure professionali che non hanno la responsabilità legale della diagnosi e della cura dei pazienti.

A livello territoriale, si assiste parimenti ad un mancato rafforzamento degli standard organizzativi della medicina generale e persino alla mancata allocazione di ingenti risorse finalizzate dalla Legge finanziaria 2019 a strumentazioni diagnostiche di primo livello utilizzabili proprio per la riduzione delle liste di attesa.

Sempre a livello territoriale, nella prevenzione, si assiste ad una disomogeneità organizzativa impressionante in ambito regionale. Ci sono Asl in cui l'organizzazione è rispondente al dettato normativo nazionale (dgls 502/92 e s.m.i. e Legge Balduzzi) mentre in altre si coprono diverse discipline con un'unica figura professionale, facendo venire meno l'infungibilità delle specializzazioni, e riproponendo le condizioni di lavoro di prima che la Legge 833/1978 istituisse il S.S.N.

I cittadini chiedono e pretendono la salvaguardia del loro diritto alla salute, medici e dirigenti sanitari chiedono tempestivi interventi di riorganizzazione del sistema di cura ospedaliero e territoriale nel tentativo di superare gli anni di crisi che ci attendono a causa degli errori programmatori di Regione ed Università, ma tutto questo pare oggi non essere per il nostro assessorato una priorità.

Quando gli organi di stampa scrivono di accordi con i sindacati che prevederebbero premialità mirabolanti, destinazione di cifre importanti in favore dei sanitari è bene che si sappia che queste intese avvengono esclusivamente con quelle "sigle", sempre quelle, che rappresentano tuttavia una quota risibile di medici e dirigenti sanitari, mentre concretamente, per i medici, per gli infermieri e tecnici sanitari, non ci sono reali miglioramenti in termini economici o di

qualità del lavoro svolto, che avviene sempre con grandi carenze di organici.
E se queste possono apparire come rivendicazioni di categoria, anche gli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di ogni città, veri garanti della eticità e deontologia dell'agire professionale per la sicurezza e qualità delle cure ai cittadini, hanno già espresso un giudizio negativo sullo specifico argomento.
Si sta disegnando una sanità pubblica, per non abbienti al ribasso, inattrattiva e inospitale per i medici e dirigenti sanitari che così facendo rimarranno sempre meno nel SSN, con il rischio di fuga anche dei pochi superstiti.
Se possono esserci diagnosi e cura senza medici che lo si dica, ma lo si faccia poi con percorsi legislativi legali e nazionali, costruiti in maniera organica, senza nascondersi dietro il paravento di commi introdotti furtivamente in una legge di bilancio del 2015, votata nottetempo e con la fiducia, che non garantiranno certo sicurezza e qualità delle cure ai cittadini italiani.

Per concludere: le legittime aspirazioni di carriera degli esercenti le professioni sanitarie **possono affermarsi nelle rispettive differenze, ma senza confusione dei ruoli e competenze** e quindi non si comprende come l'istituzione di ulteriori uffici dirigenziali che sottrarranno professionisti alla attività assistenziale diretta, possa risolvere questioni spinose che si stanno verificando in tutte le aziende della regione.
Questa proposta è inaccettabile, perché rappresenta semplicemente la creazione di 17 nuove poltrone ad elevato costo (oltre ai relativi staff di supporto) senza alcun beneficio concreto e che, di fatto, tende a depotenziare le restanti figure manageriali e a creare conflitti tra le professioni sanitarie.
Abbiamo di fronte una inutile nuova figura politica, con risorse sottratte all'assistenza, e la solita vecchia politica, che viene percepita come clientelare, attraverso cui si aumentano gli effetti vessatori del management sui medici finalizzati ad imporre e non ottimizzare percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali da parte di chi non sempre può vantare competenze professionali adeguate.
Esistono da tempo le Direzioni Infermieristiche che danno possibilità di carriere agli infermieri, ma ricordiamoci che spesso queste strutture, invece di garantire un miglioramento della qualità del lavoro degli infermieri, agiscono su l'organizzazione del loro lavoro in maniera vessatoria.
Chi ha qualche anno in più come me, ricorda che una volta nelle nostre sale operatorie erano presenti in équipe, oltre allo strumentista, tre infermieri, che poi sono diventati due ed in qualche caso uno solo. Ricorda come nei reparti alla notte il turno era di tre infermieri, ora diventati due o addirittura uno. E tutto questo prodotto proprio da quelle Direzioni Infermieristiche supposti garanti della professione infermieristica.
Se veramente si volesse dare maggior qualità al lavoro dei nostri infermieri, invece di spendere soldi per professioni apicali e strutture di supporto (dove poi finisce personale sottratto alle attività assistenziali nei reparti e servizi) sarebbe meglio promuovere l'aumento delle unità infermieristiche, per ridurre carichi di lavoro che sono sempre più onerosi, spesso con doppi turni e difficoltà ad usufruire di riposi e ferie, o gratificare economicamente meglio il lavoro. Dire che questa nuova figura serve a gratificare la figura infermieristica è una grande bufala, servirà solo a gratificare qualche fortunato che è sempre stato "Yesman", mentre per tutti gli altri le cose continueranno come ora se non peggioreranno. Dette queste cose, speriamo vivamente che i Consiglieri Regionali, soprattutto di maggioranza, non diano l'assenso al varo di questo provvedimento legislativo inutile e dannoso per la sanità regionale. Dannoso perché porta a confusione nella gestione dell'organizzazione dei nostri servizi sanitari e a spreco di risorse, sempre più scarse, e inutile perché non determina un ritorno vantaggioso sull'assistenza ai Cittadini della nostra regione.

*** Dott. Salvatore Lumia**
Presidente Albo Medici dell'OMCeO di Bologna
Segretario Regionale CIMO Emilia Romagna
Componente Segreteria Regionale CIDA

Usiamo bene i dati in Medicina e attenzione a ciò che scriviamo

Vittorio Lodi

In risposta all'articolo del prof. Francesco Domenico Capizzi No-vax, no-greenpass: "libertarismo indeterminista" comparso sul numero 8 Agosto 2021 del Bollettino Notiziario.

Buongiorno,
sento la necessità di fare chiarezza su un punto cruciale che è stato affrontato più volte in questo periodo storico particolare che stiamo vivendo: l'efficacia vaccinale.
Nel suo articolo, in maniera chiara e lineare, il prof. Capizzi scrive: "– Il livello di protezione da vaccino anti-Covid in termini di astensione da ricoveri ospedalieri è attestato all'86% dei casi complessivi, il risultato non si è ridotto con la variante Delta e mai è stato inferiore al 79,8-89% di protezione negli ultra 65enni (fonte: Androkronos, 2021)".
Il livello di protezione da vaccino, ovvero l'efficacia vaccinale, è un indicatore che trae in inganno non solo la comune popolazione, ma anche la classe medica. Prendendo in prestito l'incipit dell'abstract di un articolo del prof. Ronald B. Brown (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33652582/) "La riduzione del rischio relativo e le misure di riduzione del rischio assoluto nella valutazione dei dati degli studi clinici sono poco conosciute dagli operatori sanitari e dal pubblico".
Infatti l'efficacia vaccinale (VE in inglese) altro non è che la Riduzione del Rischio Relativo (RRR), ma se non associata all'impatto che quest'ultima ha sul rischio assoluto, l'interpretazione può portare a facili, imperdonabili e pericolosi bias.
Un altro valore che (volutamente) non viene quasi mai citato negli studi impegnati a dimostrare l'efficacia di un trattamento (nel nostro caso, un vaccino) è il NNV, ovvero il Number Needed to Vaccinate. Questo indica quanti soggetti dovrebbero essere vaccinati per apportare un vantaggio ad 1 soggetto che non sarebbe migliorato senza questo particolare trattamento. Un NNV perfetto è 1. Ciò significa che per 1 soggetto vaccinato, 1 ottiene un vantaggio, cosa che non si sarebbe verificata senza quel determinato trattamento. Più l'NNV è elevato, minore l'impatto positivo di quel trattamento sulla popolazione.
Faccio un esempio, la vaccinazione contro il vaiolo. Ogni paziente vaccinato otteneva un vantaggio, perché aveva la certezza che se fosse venuto a contatto con un malato di vaiolo, avrebbe corso un rischio quasi nullo di contrarre la malattia e, con una probabilità estremamente ridotta poteva essere veicolo di diffusione del virus, la trasmissione veniva interrotta. E infatti ciò avvenne, e in Italia l'obbligo di vaccinare contro il vaiolo fu sospeso nel 1977 e abolito nel 1981.
Fatta questa premessa, calcoliamo 4 NNV per 4 diversi eventi sui quali il vaccino dovrebbe dimostrare la sua VERA EFFICACIA: "diagnosi di infezione da Sars-CoV-2", "ospedalizzazioni", "ricoveri in terapia intensiva", "decessi" sulla fascia di popolazione over 80, quella da sempre definita "la più fragile". I dati sono stati desunti dal seguente sito, https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_3-novembre-2021.pdf, pagina 20, tabella 3, e sono relativi al mese di ottobre 2021.
Il procedimento matematico statistico è stato il medesimo per tutti e 4 gli NNV da calcolare. Rappresenterò qui nei dettagli quello relativo all'evento "decessi", ma il lettore potrà seguire lo stesso procedimento per calcolare da solo i risultati relativi agli altri eventi, che riporterò comunque più avanti. Per semplificare l'esposizione tralascerò volutamente i soggetti "vaccinati con ciclo incompleto", che costituiscono il 2,1% dell'intera popolazione (4.563.900) degli over 80.
Nel mese di ottobre 2021, possiamo notare che nella frazione dei "non vaccinati" (235.904 soggetti) della popolazione over 80 i decessi

per Sars-CoV-2 sono stati 190, mentre nel gruppo dei "vaccinati con ciclo completo" (4.233.887 soggetti) della popolazione over 80 i decessi per Sars-CoV-2 sono stati 309.
Quindi:
CER = 190 / 235.904 = 0,0008 (0,08%) TASSO DI MORTALITÀ PER COVID SULLA POPOLAZIONE OVER 80 NON VACCINATA.
EER = 309/4.233.887 = 0,00007 (0,007%) TASSO DI MORTALITÀ PER COVID SULLA POPOLAZIONE OVER 80 VACCINATI CON CICLO COMPLETO.
È ora possibile calcolare l'Efficacia Vaccinale (VE), che corrisponde alla riduzione del rischio relativo (RRR).
VE = RRR = (CER – EER) / CER = (0,0008 – 0,00007) / 0,0008 = 0,91 (91%)
ARR = CER – EER = 0,0007 (0,07%) RIDUZIONE DEL RISCHIO ASSOLUTO
NNV = 1 / ARR = 1/0,0007 = 1428
il che significa che per prevenire 1 caso di morte da Covid-19, 1428 anziani over 80 devono essere vaccinati; gli altri 1427 anziani over 80 non traggono alcun beneficio, ma corrono il rischio di incorrere negli effetti avversi del vaccino (ogni volta che si faranno un'ulteriore dose).
Gli altri NNV per la stessa fascia di popolazione over 80 sono:
– per l'evento "diagnosi di infezione da Sars-CoV-2" l'NNV è di 285;
– per l'evento "ospedalizzazioni" l'NNV è di 714;
– per l'evento "ricoveri in terapia intensiva" l'NNV è di 16.666.
Capiamo ora meglio da questi numeri che l'insistenza nello spingere la campagna vaccinale sic et simpliciter spacciandola come "unica arma contro il virus" non ha alcun razionale scientifico vero in questa fascia over 80, e insistendo con questa visione "offuscata", le inoculazioni dovranno essere ripetute a vita, e ogni volta si rischierà di incorrere negli effetti avversi del vaccino.
Penso quindi che l'eventuale utilizzo dei vaccini anti Sars-CoV-2 andrebbe valutato relativamente sulla base dei reali vantaggi misurati su ogni singola fascia di popolazione; secondo i dati appena mostrati, la fascia "fragile" degli over 80 non sembra trarre alcun vantaggio da questa campagna vaccinale.
Altrettanto può dirsi su una fascia di età completamente opposta: quella dei bambini di 5-11 anni.
L'NNV per l'evento "decessi" è di 322.580 il che significa che per prevenire 1 caso di morte da Covid-19, 322.580 bambini devono essere vaccinati; gli altri 322.579 bambini non traggono alcun beneficio, ma corrono il rischio di incorrere negli effetti avversi del vaccino, ad esempio miocarditi che secondo uno studio retrospettivo (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.30.21262866v1) ammonterebbero a circa 162 per milione di ragazzi (sesso maschile) nella fascia 12-15 anni (e nulla possiamo sapere su cosa accadrà "sul campo" in una fascia di età minore). Il che significherebbe decine e decine di casi sulla popolazione italiana di 5-11 anni.
Ora, si potrebbe obiettare che la vaccinazione nei bambini viene fatta per evitare che i contagi raggiungano le persone più anziane e fragili. Abbiamo visto sopra che la stessa vaccinazione non apporta reali vantaggi nemmeno all'interno della stessa fascia di età over 80.
Vaccinare i bambini di 5-11 anni, a fronte di un ipotetico e non calcolabile vantaggio sulle persone anziane, rischia fortemente di far annoverare, per la prima volta dall'inizio pandemia, un "inspiegabile" aumento di piccoli cardiopatici con possibili decessi nella fascia 5-11 anni.
I vari politici e scienziati che avranno caldeggiato questa scelta rischieranno di diventare molto impopolari; ma almeno sapremo a chi si dovranno rivolgere i genitori dei piccoli malati o morti per chiederne conto davanti alla giustizia.

Dr. Stefano Restani

* * *

Abbiamo ricevuto dal Dottor Stefano Restani una lettera come risposta critica all'articolo del prof. Francesco Domenico Capizzi "Novax, no-greenpass: "libertarismo indeterminista", pubblicato sullo scorso numero del nostro Bollettino.
Leggendo la lettera del Collega ho rilevato diverse inesattezze e mancanze che reputo non siano state volute ma siano riferibili ad esempio ad una scarsa conoscenza dell'epidemiologia.
A questo proposito ho chiesto una valutazione al Prof. Paolo Boffetta, epidemiologo molto

conosciuto e che ha al suo attivo anche diverse pubblicazioni in tema Covid-19.
Lascio alla sua sintetica risposta le valutazioni in merito agli errori presenti nella lettera del Dott. Restani.
Voglio riportare qui solo alcune brevi note a sottolineare i dubbi che induce la lettura della lettera del dott. Restani.
Il Collega cita, a dimostrazione della pericolosità del vaccino a mRNA (Comirnaty) nei bambini, uno studio retrospettivo (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.30.21262866v1).
Purtroppo si dimentica di citare l'indicazione riportata nel sito che pubblica l'articolo (https://www.medrxiv.org/) che evidenzia come si tratti di un articolo al momento senza "peer review" e quindi che può contenere mancanze, metodi non corretti e, conseguentemente, conclusioni errate.
«What is an unrefereed preprint?
Before formal publication in a scholarly journal, scientific and medical articles are traditionally certified by "peer review." In this process, the journal's editors take advice from various experts – called "referees" – who have assessed the paper and may identify weaknesses in its assumptions, methods, and conclusions. Typically a journal will only publish an article once the editors are satisfied that the authors have addressed referees' concerns and that the data presented support the conclusions drawn in the paper.
Because this process can be lengthy, authors use the medRxiv service to make their manuscripts available as "preprints" before certification by peer review, allowing other scientists to see, discuss, and comment on the findings immediately. Readers should therefore be aware that articles on medRxiv have not been finalized by authors, might contain errors, and report information that has not yet been accepted or endorsed in any way by the scientific or medical community.
We also urge journalists and other individuals who report on medical research to the general public to consider this when discussing work that appears on medRxiv preprints and emphasize it has yet to be evaluated by the medical community and the information presented may be erroneous».

Il collega si dimentica, inoltre, di riportare come l'Agenzia Europea per il Farmaco (EMA), sulla base dell'ultimo aggiornamento da parte del Comitato di farmacovigilanza Prac, riporti che il rischio di miocarditi o pericarditi dopo vaccinazione anti-Covid con i prodotti a mRna di Pfizer/BioNTech e Moderna è per entrambe le condizioni "molto raro". Il numero di persone potenzialmente colpite può arrivare fino a circa un vaccinato su 10 mila, specie giovani maschi.
L'EMA riporta anche i risultati di due studi che forniscono stime del numero di casi extra di miocardite nei giovani maschi dopo la seconda dose di vaccino a mRna, rispetto a persone non esposte dello stesso sesso e di pari età.
Uno studio francese sul vaccino di Pfizer/BioNTech mostra che, in un periodo di 7 giorni dopo la seconda dose, ci sono stati circa 0,26 casi extra di miocardite in maschi tra 12 e 29 anni su 10mila, rispetto ai non esposti a Comirnaty. In un secondo studio in un periodo di 28 giorni dopo la seconda dose, si sono verificati 0,57 casi extra di miocardite in maschi 16-24enni su 10mila, rispetto ai non vaccinati.
Per il vaccino di Moderna lo studio francese mostra che, nei 7 giorni dopo la seconda dose, si sono verificati circa 1,3 casi extra di miocardite in maschi tra 12 e 29 anni su 10 mila, rispetto ai non esposti a Spikevax; lo studio nordico mostra invece che, nei 28 successivi alla seconda dose, ci sono stati circa 1,9 casi extra di miocardite in maschi 16-24enni su 10mila rispetto ai non vaccinati. I numeri più elevati sono da attribuire probabilmente al fatto che rispetto a Pfizer, il vaccino ha una quantità di principio attivo tre volte maggiore.
D'altro canto è noto come anche il Covid può causare la miocardite col rischio di finire in rianimazione e in condizioni molto gravi. Particolarmente interessanti sono i dati elaborati dal Centers for Disease Control and Prevention (CDC) statunitensi che mostrano come nei pazienti ricoverati per Covid-19 il rischio di contrarre una miocardite sia molto più alto: lo 0,146% contro lo 0,009% dei non positivi a Sars-Cov-2. Il rischio medio di 16 volte superiore, tra gli under-16 e gli over-75 però il rischio è 30 volte superiore.
L'EMA sottolinea, poi, come il decorso della miocardite e della pericardite dopo la vaccinazione anti-Coivd non sia diverso da quello ge-

nerale relativo alle due condizioni e come i quadri insorti dopo il vaccino siano molto lievi. Dati confermati dal recente studio "COVID-19 Vaccine and Myocarditis" (Husam M Salah, Jawahar L Mehta. Am J Cardiol. 2021 Oct 15;157:146-148) che evidenzia come in tutti i casi di miocardite correlati alla vaccinazione anti Covid-19 i sintomi si sono risolti in 6 giorni senza danni alla funzionalità cardiaca ed in assenza di complicanze.
Infine, è bene ricordare come i dati di farmacovigilanza riportati dai CDC americani (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/children-teens.html) relativi ad oltre 3 milioni di bambini di 5-11 anni già vaccinati, prevalentemente con una dose, negli Stati Uniti, non evidenziano al momento nessun segnale di allerta in termini di sicurezza, pur sottolineando come i dati siano relativi ad un periodo di osservazione ancora di breve durata (media di 16 giorni).

Vittorio Lodi

* * *

Gli argomenti presentati dal dottor Restani sono fallaci per vari motivi.
1. È ben noto che l'efficacia dei vaccini non è pari al 100%, e che si verificano dei casi di malattia (e dei decessi) anche tra i vaccinati. Da qui l'interesse di calcolare indici quali il l'NNV evocato dal Dr. Restani. Una valutazione di questo numero, tuttavia, ha senso solamente all'interno di una seria analisi di danno-beneficio, in cui il beneficio (per es. la prevenzione di una morte tra pazienti over 80, per riprendere l'esempio usato dal Dr. Restani) è confrontato con il danno (la vaccinazione di 1428 pazienti over 80). L'efficacia della vaccinazione può essere messa in dubbio solo se la gravità degli effetti secondari tra questi 1428 pazienti è superiore al beneficio stimato per una morte evitata. Il Dr. Restani non porta alcun dato a sostegno di questa tesi (prevalenza e gravità degli effetti secondari).
2. Se il calcolo dell'NNV per la mortalità è supportato dai dati dell'ISS, quelli dell'NNV per gli altri indicatori non sono giustificati. In particolare, il dato per i ricoveri in terapia intensiva appare seriamente sbagliato, perché implicherebbe più di 10 ricoveri in terapia intensiva per ogni decesso, mentre i dati disponibili indicano un rapporto molto più basso: il numero di decessi giornalieri nel mese di ottobre si aggirava su 40-50 al giorno, e quello dei pazienti ricoverati in terapia intensiva a circa 400 pazienti: assumendo che la metà dei decessi per COVID avvenga tra i ricoverati in terapia intensiva, il rapporto di 10:1 presentato dal Dr. Restani implicherebbe una degenza media in terapia intensiva di 1,5-2 giorni.
3. L'errore più grande compiuto dal Dr. Restani, tuttavia, è quello di usare i dati nazionali di ottobre 2021 come se rappresentassero un confronto 'pulito' tra una popolazione vaccinata ed una non vaccinata. Ad ottobre 2021 oltre il 70% della popolazione italiana era stata vaccinata, con risultante protezione non solo tra i vaccinati stessi, ma anche tra i non vaccinati. D'altra parte basta riguardare i dati dei primi mesi della pandemia, quando l'intera popolazione non era vaccinata, per accorgersi di quanto la mortalità tra gli over 80 fosse più elevata di quella misurata oggi tra i non vaccinati (per es. nei mesi di marzo e aprile 2020, la mortalità tra gli over 80 era stata di circa 0,15%, il doppio del tasso riportato dal Dr. Restani tra i non vaccinati ad ottobre 2020).
4. Come tutti gli indicatori sanitari, l'NNV può indurre delle interpretazioni fuorvianti: in una popolazione con 100% di vaccinati, tutti i decessi avvengono tra i vaccinati, e l'NNV diventa uguale ad infinito.
5. Le affermazioni del Dr. Restani a proposito della vaccinazione antivaiolosa sono errate: la vaccinazione antivaiolosa apportava una protezione del 95% circa, simile a quella dei vaccini COVID-19 a mRNA, e comportava un piccolo rischio di encefalite. In generale, i vacci anti-COVID-19 non sembrano discostarsi in termini di efficacia e rischi da vaccini usati in passato per debellare con successo altre gravi malattie umane; gli effetti secondari evidenziati fino ad ora sono in effetti minori di quelli della maggior parte dei vaccini per altre malattie.

Prof. Paolo Boffetta
Department of Medical and Surgical Sciences,
University of Bologna, Bologna, Italy
Stony Brook Cancer Center,
Stony Brook University, Stony Brook, NY, USA

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 ACCREDIA kiwa certified

Aut.San. PG.N. 25139/2017

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 2 novembre 2021

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
TUGNOLI MATILDE	339/48.99.888
VAIOLI VANESSA	334/87.50.572
VALTORTA ALESSANDRO	347/16.43.919

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126

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

IV EDIZIONE I BOOKMARKS IN ECOGRAFIA ... RIPASSO, MI AGGIORNO, FACCIO IL PUNTO DELLA SITUAZIONE...

16-17 settembre 2021 - FAD sincrona

Promosso e diretto dalla dott.ssa Carla Serra, Responsabile del Programma Dipartimentale di Ecografia Interventistica Diagnostica e Terapeutica – Dipartimento Medico e Chirurgico delle Malattie Digestive, Epatologiche ed Endocrino-Metaboliche dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, IRCCS Policlinico di S. Orsola. Il corso, svoltosi in modalità telematica – secondo la necessità di distanziamento sociale che la pandemia da COVID-19 impone – ha suscitato grande interesse anche in questa quarta edizione, con oltre 120 adesioni.
L'ecografia oggi rappresenta una tecnica di imaging fondamentale, in grado di apportare importanti contributi sia in campo diagnostico che terapeutico in numerosi settori della Medicina. Gli avanzamenti tecnologici delle apparecchiature ecografiche associati all'introduzione dei mezzi di contrasto ecografici e più recentemente dell'elastosonografia hanno sensibilmente incrementato queste capacità ed hanno rivoluzionato l'approccio e la gestione clinica di molte patologie.
L'obiettivo era quello di presentare sia i quadri ecografici con applicazione delle più recenti innovazioni tecnologiche sia trasmettere una sintesi ragionata delle attuali evidenze scientifiche sul ruolo dell'ecografia nella diagnostica e nei trattamenti eco guidati di diversi organi.
Le informazioni teoriche sono state accompagnate da esperienze cliniche, allo scopo di fornire un quadro completo delle problematiche che accompagnano il difficile compito della diagnostica differenziale nella pratica clinica quotidiana.

***

13° MEMORIAL MARCELLO CALANDRIELLO COSA È CAMBIATO IN QUESTI ULTIMI 20 ANNI

18 settembre 2021 - Bologna

Negli ultimi vent'anni molte cose sono cambiate nel mondo odontoiatrico, sono aumentate le opportunità terapeutiche, le operatività cliniche sono migliorate, nuovi materiali e tecniche innovative hanno modificato la professione.
In questa giornata abbiamo avuto modo di approfondire questi cambiamenti nelle principali discipline odontoiatriche, dall'implantologia all'endodonzia, dalla conservativa alla protesi all'ortodonzia, con un occhio attento anche all'estetica, che negli ultimi anni ha assunto sempre più importanza, ascoltando e confrontandoci con alcuni tra i nomi più illustri dell'odontoiatria italiana. Il successo in Implantologia non è più basato sulla sola osteointegrazione, bensì anche sull'aspetto protesico e sul mantenimento. Quest'ultimo pilastro ci ha fatto comprendere quanto sia importante il controllo dei fattori di rischio per evitare o limitare le malattie perimplantari. L'attenzione sui tessuti duri è ora accompagnata da quella sui tessuti molli. La possibilità di realizzare il carico immediato, in determinate situazioni e soltanto qualora si possa ottenere la stabilità primaria degli impianti, ha ridotto tempi operativi e disagi per i pazienti. La protesi fissa implantare conometrica, non rimovibile dal paziente, consente di migliorare e velocizzare le sedute di recall, e di trattare più facilmente le mucositi, infiammazioni dei tessuti molli perimplantari reversibili se aggredite tempestivamente e correttamente.
Nonostante la rapida e importante evoluzione avvenuta dalla nascita dell'Implantologia a oggi, il paziente rimane al centro del progetto e la corretta diagnosi e terapia sono cruciali per un successo a lungo termine.
Negli ultimi venti anni, molte cose sono cambiate in ambito endodontico, alcune hanno aumentato le opportunità terapeutiche altre migliorato le nostre operatività cliniche; dopo una finestra di tempo così lungo possiamo tirare delle somme su quanto di positivo è successo, ma anche sollevare alcuni dubbi sul futuro di alcuni materiali.
L'impiego delle leghe in nichel titanio trattate termicamente ha consentito di avere leghe più flessibili, ma anche con maggiore resistenza alla fatica ciclica.
I cementi endodontici bioceramici ad alta biocompatibilità e capaci di indurire in ambiente umido, l'MTA che trova indicazioni nella riparazione di perforazioni, apici beanti, otturazioni retrograde e incappucciamenti pulpari, sono altri materiali a disposizione oggi del clinico.
L'esponenziale aumento della richiesta estetica, a cui abbiamo assistito negli ultimi decenni, ha

comportato anche in Odontoiatria Restaurativa una sorta di "rivoluzione silenziosa"; pertanto, alla fine degli anni Novanta, archiviati seppur a malincuore quasi definitivamente materiali come l'amalgama d'argento e l'oro nelle sue varie forme, abbiamo assistito ad una continua evoluzione della cosiddetta moderna Odontoiatria Adesiva che oggi, nelle corrette indicazioni e grazie al continuo miglioramento di materiali e tecniche, permette di garantire l'ottenimento di risultati altamente estetici e longevi dei settori anteriori e posteriori, sia mediante tecniche dirette quanto indirette. Gli intarsi in composito sabbiati all'interno, i restauri in ceramica mordenzati internamente con acido fluoridrico, abbinati entrambi alle tecniche adesive hanno consentito risultati esteticamente e funzionalmente molto importanti. Naturalmente l'impiego dei materiali più avanzati necessita sempre di adeguate conoscenze e attenzioni cliniche da parte dell'operatore: una linea di finitura a chamfer per i restauri diretti in composito dei settori anteriori, una preparazione dei denti da protesizzare con un angolo di convergenza appropriato (la media dei dentisti prepara con valori tra 10° e 22°), il riposizionamento e la rifinitura del margine protesico con strumenti sonici a grana fine impiegati con la finalità di minimizzare il trauma per il parodonto marginale, l'utilizzo di materiali da impronta con viscosità ideale, cioè bassa, sono tutti parametri che concorrono al raggiungimento del successo clinico.
Questa conferenza ha voluto ripercorrere sinteticamente questa straordinaria fase di cambiamento che molti di noi hanno vissuto. La sinergia di una procedura protesica indagata in ogni fase con precisione e le moderne tecnologie consentono di guardare a un nuovo concetto di protesi nell'eccellenza.
La scelta di restauri adesivi permette di sfruttare a pieno le possibilità terapeutiche che gli studi sull'adesione e sui materiali oggi mettono a disposizione.
Infine, la richiesta sempre più esigente da parte dei pazienti di restauri estetici impone al clinico una conoscenza e dimestichezza delle tecniche che la moderna odontoiatria dispone, affinché conseguiamo risultati ottimali per i nostri pazienti, creando uno stato di salute che è alla base dell'estetica.
Infine, nel corso della giornata, abbiamo analizzato anche i cambiamenti intercorsi nell'ultimo ventennio in ambito ortodontico.
La chiusura ortodontica degli spazi nell'area del sorriso è oggi un trattamento evidence based, da considerare tra le possibilità terapeutiche in diverse situazioni cliniche e il trattamento ortodontico "intercettivo" resta l'alternativa migliore solo in casi selezionati. Il movimento ortodontico poi, correttamente applicato nelle situazioni cliniche indicate in presenza di perdita di supporto parodontale, è l'unica procedura in grado di rigenerare i tessuti molli.

***

MEDICINA RIGENERATIVA E MODERNE TECNICHE CHIRURGICHE IN ORTOPEDIA

25 settembre 2021 - Aemilia Hotel - Bologna

Introdotti dalla presentazione del Corso da parte del dott. Giancarlo Pizza, vicepresidente Ordine dei Medici di Bologna, il responsabile scientifico dott. Maurizio Magnani e gli altri relatori hanno presentato una tema estremamente attuale: un confronto fra le innovative tecniche di Medicina Rigenerativa e le moderne tecniche chirurgiche tradizionali, artroscopiche e protesiche, pur se mini-invasive.
Hanno illustrato le metodiche della medicina rigenerativa, prevalentemente la tecnica di impianto di cellule mesenchimali prelevate dal tessuto adiposo autologo, utilizzate nelle seguenti indicazioni cliniche:
- Come completamento e miglioramento degli interventi ortopedici.
- Come rigenerazione cartilaginea nell'artrosi precoce.
- Come unica soluzione nell'artrosi grave, non operabile per protesi.
- Come trattamento delle patologie tendinee e muscolari.

Il dott. Magnani ha poi esposto la sua ampia casistica di medicina rigenerativa, iniziata nel 2014, e i risultati positivi in oltre il 90% dei casi, studiati con visite di controllo periodiche e questionari secondo le scale di valutazione più utilizzate: VAS - WOMAC - LEQUESNE.
Nella seconda parte i relatori hanno illustrato le moderne tecniche chirurgiche ortopediche per le articolazioni, prevalentemente gli impianti protesici per spalla, anca, ginocchio e caviglia su una casistica di migliaia di casi, esponendo indicazioni, controindicazioni, riabilitazione in

FAST-TRACK e complicazioni oggi sempre più frequenti, che stimolano all'utilizzo della medicina rigenerativa. La conclusione: ogni paziente deve essere esaminato attentamente dal punto di vista clinico e strumentale (RMN) per decidere la giusta indicazione fra le diverse tecniche, ma sicuramente la Medicina Rigenerativa riempie un vuoto terapeutico in un gran numero di casi, per i quali la chirurgia tradizionale non può dare una corretta indicazione. Durante il Corso con domande e immediate risposte dei relatori e, al termine, i numerosi partecipanti (circa 80 fra medici e fisioterapisti, al limite della capienza della sala per le regole anti-Covid) hanno potuto condurre una costruttiva discussione, guidata dall'ottimo moderatore dott. Maurizio Draghetti, stabilendo una interazione fra relatori e partecipanti che ha determinato il successo del Corso, effettuato senza problemi "IN PRESENZA" secondo le regole stabilite dalle Autorità.

***

CONGRESSO "OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA"

Bologna, 13 novembre 2021

Il congresso "Ossigenoterapia Iperbarica in Ortopedia e Traumatologia" che si è svolto il 13 novembre 2021 presso il relais Bellaria Hotel & Congressi è stato un vero successo. Hanno partecipato circa 140 professionisti e abbiamo ricevuto molti complimenti per i contenuti scientifici e per l'efficacia dei relatori.
Abbiamo avuto l'onore di ricevere il saluto di autorità scientifiche e politiche di grande prestigio. La Prof.ssa Maria Paola Landini, Direttore scientifico dell'Istituto Rizzoli, ha apprezzato la multidisciplinarietà che caratterizza l'approccio ai pazienti candidabili all'ossigenoterapia iperbarica (OTI). Il Consigliere regionale Giuseppe Paruolo, in rappresentanza della Presidenza dell'assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna e dell'Assessorato alla sanità ha sottolineato il ruolo di OTI nel garantire il diritto alla salute dei cittadini della nostra regione. Il sindaco del Comune di Granarolo, Alessandro Ricci, ha ricordato che il Centro Iperbarico di Bologna ha sede a Quarto inferiore, nel del comune di Granarolo, senza nascondere la soddisfazione di ospitare uno dei tre centri iperbarici della nostra regione. Il Prof. Gerardo Bosco, presidente della SIMSI (Società Italiana Medicina Subacquea e Iperbarica) ha portato il saluto della nostra società scientifica apprezzando il coinvolgimento dei numerosi Medici specialisti presenti.
I lavori congressuali sono stati suddivisi in cinque sessioni. La prima sessione è stata dedicata alle relazioni introduttive; il Dott. Ferruccio Di Donato ha presentato lo stato dell'arte riguardo all'ossigenoterapia Iperbarica, con particolare riguardo ai pazienti ortopedici; mentre, la Dott. ssa Manuela Campesato ha brillantemente esposto le problematiche inerenti alla terapia del dolore in questo contesto; infine, la Dott.ssa Brunella Grigolo, Direttrice del laboratorio RAMSES dell'Istituto Rizzoli, ha tenuto una interessantissima Lectio Magistralis riguardo alle cellule staminali mesenchimali per la medicina rigenerativa per l'apparato muscolo scheletrico.
Le sessioni successive hanno riguardato le infezioni dell'osso; l'osteonecrosi asettica e il ruolo di OTI nel favorire l'osteogenesi; l'impiego di OTI in traumatologia e per il paziente ortopedico con compromissione sistemica.
Durante l'intera giornata di lavoro sono state esposte 23 relazioni scientifiche, dalle quali si sono potuti trarre i seguenti take-home messages:
– OTI è una terapia sistemica con indicazioni riconosciute dal Ministero della salute, erogabili con costi SSN secondo precisi protocolli terapeutici;
– per la gestione del paziente ortopedico candidato all'ossigenoterapia iperbarica è fondamentale l'approccio multidisciplinare, basato su una fattiva collaborazione fra i professionisti coinvolti;
– per le patologie ortopediche, OTI è, nella maggior parte dei casi, una terapia adiuvante che, quando applicata con timing corretto, può migliorare la prognosi di pazienti particolarmente complessi;
– nel trattamento dell'osteonecrosi asettica, della testa del femore e di altri distretti, quando non è compromessa l'integrità della corticale, OTI può essere un trattamento di prima scelta e non controindica la concomitante prescrizione di terapie farmacologiche;
– nell'osteonecrosi mandibolare da bifosfonati, OTI ha un efficace ruolo adiuvante allo standard of care (toilette chirurgiche e antibiotico terapia sistemica) per favorire un approccio conservativo;

– nell'osteomielite cronica, OTI può essere utilizzata quale adiuvante all'atto chirurgico, in associazione all'antibioticoterapia sistemica;
– nel piede diabetico vascolare, dopo rivascolarizzazione, OTI ha dimostrato di ridurre le amputazioni maggiori e in presenza di infezione, OTI è sinergico e adiuvante all'antibiotico terapia sistemica;
– OTI può essere utilizzata in chirurgia plastica per favorire il buon esito di lembi e innesti, specie in pazienti con compromissione locale o sistemica;
– OTI ha indicazione in urgenza nei traumi complessi con ischemia traumatica acuta, sindrome compartimentale e gravi fratture esposte.

In ambito ospedaliero, l'anestesista è il professionista che conosce le indicazioni a OTI e può valutarne il rapporto rischio/beneficio.
Desidero ringraziare i Colleghi che hanno offerto il proprio contributo ai lavori congressuali e tutti i convenuti, che con la loro presenza hanno sottolineato il gradimento per questo incontro scientifico.
Ringrazio le Aziende sponsor per il supporto dato al congresso.
Ringrazio la Mia Azienda, Centro Iperbarico Srl, che mi ha sostenuto in questa iniziativa anche in questo difficile periodo.
Ringrazio ***Momeda Eventi*** per la professionalità con cui svolge il suo lavoro e per l'empatia e la disponibilità che sempre mi ha offerto.
Ringrazio in modo speciale tutto il mio Staff, che con il suo impegno quotidiano garantisce la qualità del nostro lavoro, permettendo di creare il rapporto di reciproca stima che ci lega agli autorevoli Colleghi con i quali quotidianamente collaboriamo e che hanno accolto il mio invito a partecipare al congresso.

Responsabile scientifico
Ferruccio Di Donato

***

RELAZIONE SCIENTIFICA CONVEGNO MEDINFORMA BOLOGNA: "OSSIGENO - OZONO TERAPIA: LE DIVERSE INDICAZIONI. TRATTAMENTI E RISULTATI"

Bologna, 20 NOVEMBRE 2021

I pazienti cronici e anziani che si sottopongono ad ozonoterapia sono più resistenti alle infezioni. L'ozono, normalmente prodotto dai globuli bianchi, svolge contemporaneamente un'azione antinfiammatoria, antibatterica e virustatica; aumenta l'attività mitocondriale, migliora la funzionalità del microcircolo e l'ossigenazione tissutale. Grazie alle sue attività biochimiche, incrementa la produzione di Atp (Adenosintrifosfato), ovvero il trasportatore universale di energia metabolica. Di questo hanno parlato il 20 novembre scorso in un convegno al Centro Medico Medinforma di Bologna gli specialisti del settore Paolo Tordiglione ed Elia Focarazzo, anestesisti, l'ortopedico Loris Mirabile, Claudia Rosafio, Marco Protopapa e Linda Lanciano, medici di Medicina generale, coordinati dal responsabile scientifico, l'ortopedico Lucio Catamo. ha introdotto Alessandro Zati, dell'Ordine dei Medici di Bologna.
La produzione di energia (Atp) necessaria all'organismo è assicurata dall'ossidazione cellulare. L'ozono uccide gli organismi parassitari per lisi cellulare attaccandone con meccanismo ossidativo le membrane protettive, senza lasciare residui chimici. I virus prima vengono inattivati e poi fisicamente distrutti. Non è alternativo all'uso dei farmaci, anzi è un potenziatore del farmaco. Tutto ciò senza lasciare tracce in ambiente. Circa 3mila pubblicazioni scientifiche censite da PubMed documentano questi effetti; non solo, l'ozonoterapia è ampiamente utilizzata nel trattamento delle ernie discali sia cervicali che lombari con effetti benefici e pressoché immediati sul dolore e la sintomatologia correlata.
Nelle ulcere cutanee e nei ritardi di cicatrizzazione ha accelerato e spesso determinato la guarigione.
Centro Medico Medinforma - via Emilia Ponente 62/2a, 40133, Bologna (BO) 392.9347753 - segreteria@medinforma.eu - www.medinforma.eu
Poliambulatorio aut. san. P.G. n. 190331 del 27.06.2014
Dir. San. Lucio Catamo aut. san. P.G. n. 186219 del 25.08.2006

Odontoiatra Specialista in Ortognatodonzia, con esperienza di 18 anni e diverse centinaia di casi trattati, offre consulenza di ortodonzia presso Studi Odontoiatrici di Bologna e provincia. Effettua trattamenti di tutte le età e con varie apparecchiature a seconda delle necessità cliniche. Offre e chiede serietà e professionalità. No catene low-cost. Tel. 349-7931655

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 portierato 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.

Affittasi ambulatori a medici, psicologi, laureati area medica, odontoiatri (Studio Attrezzato ed Autorizzato), in studio medico nel centro storico di Bologna, angolo p.zza Galileo, adiacente a garage pubblico con libero accesso Sirio autorizzato. Tel. 335/5431462.

Studio dentistico sito a Calderara di Reno (BO) in centro paese affitta 1 o più stanze per 1-2 giorni/settimana a colleghi (no odontoiatri) - Ampio parcheggio libero sottostante e volendo disponibilità di infermiera-segreteaeria - Per informazioni rivolgersi al 328/7199887.

Ambulatorio Odontoiatrico affitta locali professionali luminosi e di ampio respiro in elegante palazzina di rilievo, piano ammezzato con vista Giardini Margherita. Servizi integrati e parcheggio auto. Contattare dr. Roberto Calandriello 335-391752 roberto@calandriello.com.

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