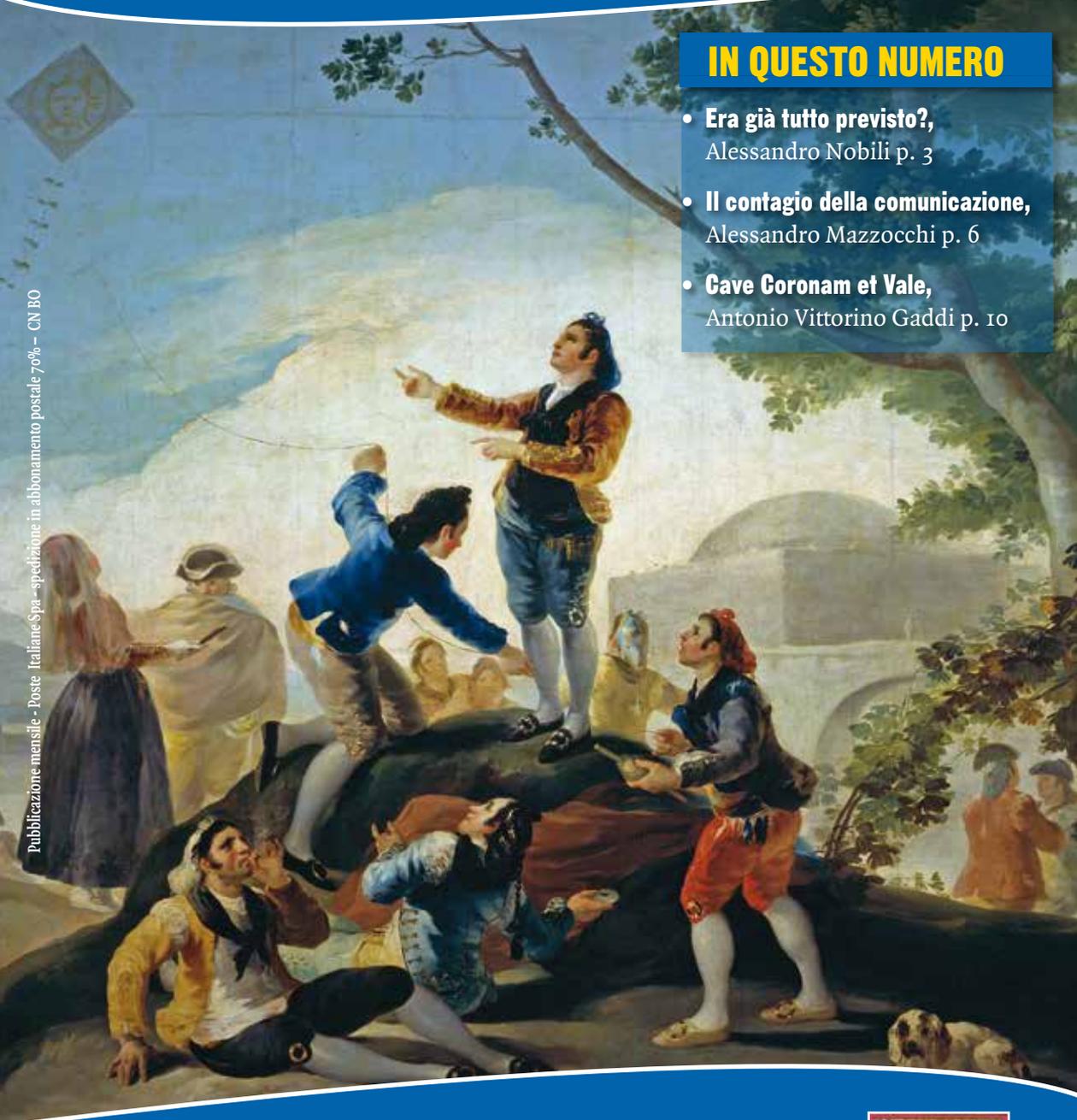


BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO LI - N° 3 MARZO 2020

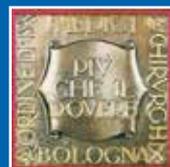
IN QUESTO NUMERO

- **Era già tutto previsto?**,
Alessandro Nobili p. 3
- **Il contagio della comunicazione**,
Alessandro Mazzocchi p. 6
- **Cave Coronam et Vale**,
Antonio Vittorino Gaddi p. 10



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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ZACCHERINI ALVISI, 4 - BOLOGNA - TEL. 051.399745
ISSN 2281-4744 (edizione a stampa) - ISSN 2281-4825 (edizione digitale)





VILLA RANUZZI

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

VILLA SERENA

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



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

CONSORZIATE
E ASSOCIATE CON

CERTIFICATE



UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

Seguici su facebook



BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Alessandro Nobili

CAPO REDATTORE

Dott. Andrea Dugato

REDAZIONE

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di FEBBRAIO 2020
è stato consegnato in posta
il giorno 6/3/2020

Direzione, redazione e amministrazione:

via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna

Tel. 051 399745

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO LI - MARZO 2020 N° 3

ARTICOLI

Era già tutto previsto? • 3

L'Undicesimo Comportamento da seguire: quando le goccioline di saliva con i virus si posano sul cibo • 4

Il contagio della comunicazione. Double bind e Covid 19 • 6

La vita ai tempi del Covid-19 • 8

Cave Coronam et Vale • 10

NOTIZIE • 24

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 24

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 24

EVENTI DELL'ORDINE • 25

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • 27

PICCOLI ANNUNCI • 32

Francisco Goya: *L'aquilone, arazzo, 1778, Madrid Palacio Real*

Il vero temperamento di Goya emergerà a partire dal 1776, quando sentirà di doversi distaccare dall'Accademia, e così si schiuderà il suo straordinario genio. Da allora dipingerà esclusivamente scene popolari, che vengono guardate con acume e che ritraggono una vita madrilenamente apparentemente facile e spensierata. Durante diciassette anni (1775-1792) Goya dipinge una sessantina di cartoni per arazzo raffiguranti scene in cui popolo e aristocratici stanno fianco a fianco, confrontandosi liberamente e divertendosi. È in questo momento che l'artista acquisisce la sua tecnica senza pentimenti con una libertà, una fantasia quasi illimitata, che lo portano a fissare scene fugaci, a cogliere dal vero un gesto, un atteggiamento. Nella vastissima produzione di Goya c'è un'idea unitaria rivolta verso l'uomo, sulle sue gioie e i suoi dolori. Non ci sono paesaggi, niente accessori inutili, tutt'al più tele di fondo, cieli scuri o volte schiaccianti. L'aquilone di Goya è incentrato sulla condivisione di un momento di festa e allegria; una condivisione ecumenica, in quanto attiene ad uno dei bisogni primari delle persone: la socializzazione e la condivisione delle emozioni, indifferentemente dalle classi sociali di appartenenza. Difficile non riscontrare un'analogia con l'attuale momento storico che, in fondo, sembra volerci ricordare che di fronte all'imponderabilità della malattia ed al corredo di sentimenti che essa comporta non esistono patrizi e plebei bensì solo, e meravigliosamente, esseri umani.

Illustrazione e commento a cura di Raffaella Lenzi

Si comunica agli iscritti che sono disponibili le nuove credenziali per l'accesso all'area riservata EBSCO. Per richiederle inviare una mail alla Segreteria dell'Ordine segreteria@odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente

Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente

Dott. CORRADO BONDI

Segretario

Dott. VITTORIO LODI

Tesoriere

Dott. OSCAR FINI

Consiglieri Medici

Dott.ssa MARGHERITA ARCIERI

Dott. FRANCO BENETTI

Prof. LUIGI BOLONDI

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott.ssa ANNA ESQUILINI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. SALVATORE LUMIA

Prof. MAURILIO MARCACCI

Dott. MASSIMO MASOTTI

Prof. STEFANO PILERI

Dott.ssa GIULIANA SCHLICH

Consiglieri Odontoiatri

Dott. CORRADO BONDI

Dott. GIOVANNI RUBINI

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. CORRADO BONDI

Segretario: Dott. GIOVANNI RUBINI

Componenti: Dott. GIAMPAOLO AVANZINI
Dott. FRANCESCO CICOGNANI SIMONCINI
Dott. LUCA ORTENSÌ

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dott. ALESSANDRO ZATI

Componenti: Dott. MARIO MELE
Dott. ROBERTO PIERALLI

Supplente: Dott. ILARIO RIGANELLO

Era già tutto previsto?

Alessandro Nobili



Era il mese di settembre 2018. Su questo giornale scrivevo un racconto, immaginario ma premonitore, dal titolo “Come una rivoluzione”. Si supponeva che il nostro Paese fosse vittima di un’epidemia causata da un nuovo virus, sconosciuto e contagiosissimo. In poco tempo l’epidemia si diffondeva in modo esponenziale ed il Governo era costretto ad adottare tassative misure emergenziali, nel tentativo di contenere il contagio. Il Paese veniva ben presto stigmatizzato ed isolato dalle nazioni confinanti, e poi anche da molte altre, con chiusura delle frontiere ed obbligo di quarantena per chiunque provenisse dall’Italia. Le conseguenze sanitarie furono serie ma tutto sommato, soprattutto grazie all’abnegazione di medici ed infermieri, contenute. Catastrofiche furono invece le conseguenze economiche. La drastica riduzione degli scambi commerciali sia intra che extra nazionali provocava un crollo delle attività economiche ed industriali, e quindi del PIL. Lo spread volò alle stelle. Poi l’epidemia passò, ma le disastrose ricadute economiche abbisognarono di anni per essere assorbite. Fu come una rivoluzione, si immaginava, e qualcuno rivelò che “le rivoluzioni non esistono, sono solo l’acqua di un fiume che è già passato.” È trascorso poco più di un anno, ed è successo. Certo non proprio come ipotizzato, ma non c’è mancato molto. Simile lo scenario di partenza, innescato da un ceppo virale ignoto e molto infettivo, per il quale non sono disponibili né vaccino né cure, ma solo terapie di supporto. Simile lo sviluppo dell’epidemia, rapidissimo, e le ricadute in ambito socio-economico, nonché l’egoistico ostracismo degli altri Paesi. Ma la similitudine più pregnante è nella lezione che se ne ricava. I presupposti del dramma esistevano già, e dunque la rivoluzione si era già consumata, più o meno silenziosamente, sotto i nostri occhi. Sì, perché il vero dramma non sta in un’epidemia virale nuova, cosa di per sé non certo impensabile. Il dramma si sta consumando per la miopia di chi, con sistematicità e quasi pertinacia, ha promosso e portato avanti il progressivo depauperamento del servizio sanitario. Che in tali condizioni non poteva reggere il colpo. Adesso tutti a promettere nuove massive assunzioni di medici ed infermieri, quando per anni sono state bloccate, lasciando il SSN sguarnito ed in buona parte affidato ad un fragile ed inadeguato precariato. Tutti a promettere che verranno accelerati i percorsi di specializzazione ed assunti gli specializzandi, quando per tanto tempo sono stati incapaci di sanare il collo di bottiglia che costringe migliaia di medici a rimanere in stand-by dopo la laurea. Tutti ad assicurare stanziamenti straordinari per la sanità, dopo che per anni i budget sono stati sistematicamente tagliati. Tutti a ringraziare gli eroi che in queste settimane si sono sacrificati lavorando senza sosta e spesso anche immolati (esponendosi a quasi certo contagio negli ospedali), quando sino a ieri venivano aggrediti nei P.S. e nei reparti (con la relativa legge di inasprimento delle pene lasciata languire in parlamento), oppure messi alla gogna con cause giudiziarie perché “in ospedale non si deve morire”. Insomma, era già tutto previsto. I presupposti di quanto accaduto esistevano già, sottotraccia. Era questa la rivoluzione, e si era già consumata. Come l’acqua di un fiume già passato.

L'Undicesimo Comportamento da seguire: quando le goccioline di saliva con i virus si posano sul cibo

Giancarlo Caletti*

Se si mettesse in una stanza buia mentre si parla una lampada a luce ultravioletta, si vedrebbe una nuvola di goccioline emesse dalla bocca che invadono l'aria circostante.

All'interno di queste possono esservi virus di vari tipologie. La lista completa degli agenti patogeni trasmessi in questo modo sarebbe lunga e non indispensabile a chiarire i problemi odierni. A seconda della grandezza di questi ospiti e quindi a seconda del loro peso le goccioline fanno voli più o meno lunghi. La distanza di volo di queste goccioline può essere anche di 2-3 metri. Infine le goccioline, al termine del loro "volo", atterrano sulle superfici circostanti. Il COVID 19, meglio conosciuto come Coronavirus, viene trasmesso con le goccioline di saliva che il soggetto contagiato emette tossendo, starnutendo ed anche parlando. Queste goccioline contenenti virus possono pertanto raggiungere gli occhi (congiuntiva), la bocca e il naso di chi è vicino e così contagiarlo. Quanto sopravvivono i virus al di fuori del corpo umano, "atterrati" sugli oggetti o superfici circostanti? I dati disponibili sono molto variabili. Alcuni ricercatori hanno stabilito non più di 9 ore, ma un recentissimo studio pubblicato sul *Journal of Hospital Infection* afferma che il COVID 19 rimane contagioso fino a 9 giorni da quando è uscito dal corpo umano. Si sa comunque che non solo il Corona ma anche i normali virus influenzali (H1N1) Norovirus e Rotavirus (responsabili della gastroenterite acuta), si comportano in questo modo.

Da queste conoscenze sono derivate tutte le norme comportamentali di igiene e prevenzione di cui tanto si discute in queste ore.

Il Decalogo comportamentale distribuito in questi giorni dall'Istituto Superiore di Sanità illustra in modo corretto e sintetico i comportamenti quotidiani da seguire.

Tuttavia dopo il **punto 6**: "Pulisci le superfici con disinfettanti a base di cloro ed alcol" non specifica cosa fare di fronte al cibo eventualmente contamina-

to dall'atterraggio di queste goccioline. Questa omissione, probabilmente voluta per non aumentare il panico fra la popolazione, si fonda sul fatto che una infezione respiratoria di questo tipo non avvenga attraverso il canale alimentare, ma solo quando il virus entra nelle vie aeree.

Si raccomanda giustamente di lavarsi spesso le mani per non contaminare occhi, naso e bocca ma non si spiega sufficientemente come avverrebbe il passaggio del virus dagli occhi e dalla bocca alle vie respiratorie. Se si teme tanto che le goccioline infette raggiungano la bocca del possibile individuo e così lo contagino passando da lì in qualche modo nelle vie aeree, non è possibile che anche un boccone ricco di virus possa nello stesso modo infettare chi lo mangia? Il palato, la glottide ed il laringe sono molto contigui ed in continua relazione fra loro. Sappiamo molto poco delle modalità di contagio di questi virus, e per questo non dovrebbero essere trascurati altri possibili comportamenti virtuosi utili a prevenire un eventuale contagio. Molte fonti autorevoli affermano che il nostro cibo è sicuro, ma al contempo pongono l'attenzione su come esso venga malamente manipolato. Si censura il commesso che non usa i guanti per distribuire il cibo e poi con le stesse incassa i soldi e pure l'operatore che usa i guanti per se stesso e non li cambia a seconda che debba fornire o incassare.

Come comportarsi quindi per abbassare ancora di più il rischio di contagio?

Se la risposta è semplice e intuitiva per quanto riguarda i cibi acquistati dalle singole persone (lavare bene e se possibile disinfettare con Amuchina frutta e verdura da mangiare cruda, evitare carni e pesci crudi e cuocere tutto il resto), **non vi sono suggerimenti per quanto riguarda il cibo proposto ai clienti di bar e ristoranti che è stato esposto al pubblico senza protezioni, come i buffet dei ristoranti e degli happy hours.**

In generale le mense aziendali sono sicure in

quanto i cibi proposti sono sempre protetti dalla faccia dei consumatori da vetrine trasparenti; gli operatori spesso indossano mascherine e/o guanti e la maggioranza degli alimenti sono contenuti in scaldavivande a temperatura di circa 60°, in quanto la quasi totalità dei virus viene inattivata a queste temperature. Ben più dubbia e preoccupante è la sicurezza di salatini, patatine, noccioline, olive, sfizi, piccoli panini, tramezzini e altro, lasciati esposti liberamente e senza protezione al pubblico sul bancone di un bar, dove molte persone si alternano nel servirsi da sole. Lo stesso dicasi per gli antipasti ed i dolci lasciati in bella mostra nei ristoranti su carrelli senza nessuna protezione a campana di vetro. Infine molti eventi sociali non nutrono gli ospiti con piatti individuali, ma propongono tavoli di buffet, spesso molto variegati ed invitanti, davanti ai quali si creano lunghe code di famelici invitati che parlano, ridono ed alitano allegramente sui piatti esposti, annaffiandoli così di milioni di goccioline.

Molti sicuramente avranno più volte visto in televisione o letto sulla stampa anche in un passato recente che navi da crociera o alberghi sono stati messi in quarantena perché colpiti da epidemie

influenzali e/o di gastroenterite dovute quasi certamente a questo modo folcloristico di presentare i pasti. **La salvezza da queste situazioni a rischio** è quella in primo luogo di **evitarle**.

In secondo luogo, se possibile, **arrivare per primi al tavolo del buffet**, ma questo comportamento sembra difficilmente praticabile, tant'è vero che il famoso scrittore satirico Ennio Flaiano conio questo aforisma: "La civiltà finisce dove inizia il buffet".

Terza ed ultima opzione, forse la più praticabile, è quella di servirsi solo di cibi caldi appena messi sul tavolo e poi tenuti in scaldavivande con coperchio o lasciati esposti sotto una potente lampada a raggi infrarossi, come negli esercizi pubblici più attrezzati.

Tali comportamenti virtuosi, frutto del semplice buon senso, non dovrebbero limitarsi a questo particolare ed infausto evento infettivo, ma servire da guida anche per il futuro più tranquillo, in quanto sarebbe meglio ottemperare sempre a norme igieniche corrette, valide in ogni frangente e per ogni agente infettivo.

* Gastroenterologo - Professore dell'Alma Mater
Casa di Cura Villa MF Toniolo Bologna

Poliambulatorio Privato
ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell' A.M.A.B.
Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo
Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna
Tel. 366-2876956, www.amabonline.it
infopoliambulatorioagopuntura@gmail.com



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



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

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



Percorsi terapeutici specifici:

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

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

Il contagio della comunicazione. Double bind e Covid 19

Alessandro Mazzocchi*

Palo Alto è una ridente cittadina della baia di San Francisco in California, che deve il suo nome ad un'enorme e millenaria sequoia (el *palo alto*, appunto, il grande albero) radicata vicino la ferrovia della città. Essa ne rappresenta il simbolo sin da quando venne scoperta dagli esploratori spagnoli nel 1769 sulle rive del fiume *Francisquito Creek*. Un vero e proprio totem quasi venerato per la sua maestosità dagli indigeni del posto, gli *Ohlone* o *Costanoan*. Ma non è ovviamente di questa sequoia che si vuole trattare in queste pagine. L'importanza della località californiana è legata, fra le altre cose, al fatto di essere la sede del prestigioso *Mental Research Institute*, fondato da Donald Jackson nel 1958, e dove hanno prestato la loro opera autentici pezzi da novanta della psicologia mondiale, quali Gregory Bateson, Paul Watzlawick e Richard Fish. Questi Autori inventarono, ispirandosi sia al modello psicoanalitico classico sia a quello della psicologia della Gestalt, la cosiddetta *brief therapy*, una psicoterapia consistente in poche sedute di intervento diretto e focalizzato su uno specifico problema. Tale psicoterapia "veloce" incontrò subito il favore degli americani, adusi ai ritmi sincopati del crescente capitalismo di quegli anni, e quindi poco inclini alle analisi interminabili di freudiana memoria. Gregory Bateson è poi conosciuto anche per avere elaborato il concetto psicologico di doppio legame (*double bind*), utilizzato da tutti gli esponenti della scuola testé menzionata. Il doppio legame indica una modalità comunicativa patologica, che si stabilisce fra due persone il più delle volte unite da una relazione emotivamente pregnante. Essa presenta una caratteristica alquanto peculiare, ossia un'incongruità fra il livello verbale, il prosodico (tono, ritmo e accento del parlato) e quello mimico-posturale, il para-verbale in una parola. Un esempio è quello della madre che si rivolge al figlio con frasi amorevoli e un'espressione algida, distaccata, ripudiante, comunicandogli, allo stesso tempo, un atteggiamento di ac-

cettazione e di rifiuto. Ovviamente, un doppio binario può interessare anche soltanto il livello verbale, ed in questo caso si verifica una contraddizione logica fra due affermazioni espresse simultaneamente, come nel caso della madre dominante, esercitante un controllo continuo sulla prole, che dice: "cresci, divertiti, vivi le tue esperienze, ma resta per sempre il bambino della tua mamma adorata!". Queste incoerenze fra espressioni del linguaggio e fra linguaggio ed emozioni generano una comunicazione irricevibile tant'è che il ricevente non potendo optare tra i due livelli antinomiali finisce per tacere, chiudendosi in sé come paralizzato, o reagendo in maniera totalmente disorganizzata. Un po' come avviene, metaforicamente parlando, nel celebre apologo dell'Asino di Buridano (1300-1361), che non sapendo scegliere fra due alternative alimentari (la paglia e il fieno) resta immobile e si lascia morire di inedia, nell'incertezza più totale. Questa morte del linguaggio, quindi la negatività della comunicazione, per Bateson potrebbe costituire addirittura la causa principale della Schizofrenia o almeno della tendenza schizofrenogena. Per altro, due importanti filosofi del Novecento, Gilles Deleuze e Felix Guattari, nel loro testo più famoso *L'Anti-Edipo* (1972), hanno voluto argomentare contro questa teoria, sostenendo che le modalità comunicative distorte e contraddittorie pervadono l'intera società, quindi tutti i gruppi sociali, non solo quelli nucleari e familiari. Ciò a dispetto della bassa prevalenza della Schizofrenia nella popolazione (0,3-0,7%), ammesso e non concesso che tale entità nosografica esista nella realtà fenomenica e non solo nella mente degli Psichiatri. Doppio legame, quindi, da intendersi, soprattutto oggi in Internet, come modello comunicativo predominante e pervasivo. In un'azienda, per esempio, l'informazione antinomiale viene veicolata dal datore di lavoro al lavoratore, dal vertice alla base, producendo non una malattia psichiatrica

ca, chiaramente, ma per esempio una svilente costrizione/oppressione in ambito lavorativo foriera di conseguenze sociali e individuali anche gravi. Comunque sia, gli Autori della Scuola di Palo Alto controbatterono - in *Pragmatica della Comunicazione umana* (1967) - alle critiche mosse da Deleuze - chiarendo che un conto erano le distorsioni comunicative in seno alla Comunità e ai diversi gruppi sociali e un altro l'aver patito tale "dis-comunicazione" sin dall'infanzia da parte dei caregiver primari. Resta, però, di grande importanza e attualità la critica mossa da Deleuze a Bateson perché ci consente di venire finalmente al punto: anche in occasione dell'emergenza del contagio da parte del Coronavirus di Wuhan si sono verificate delle comunicazioni distorte, contraddittorie, schizofrenogene, esitate inevitabilmente in risposte mal-adattative e disorganizzate. È fuori di dubbio che un messaggio contraddittorio anziché rasserenare gli animi di chi lo riceve finisce per innalzarne i livelli d'ansia e di angoscia, ottenendo l'esatto contrario di ciò che, in verosimile buona fede, s'era prefissato di raggiungere. In questi casi, la comunicazione genera convincimenti errati e lo spaesamento produce reazioni abnormi concatenate in un vero e proprio contagio della informazione/disinformazione. Con il neologismo "infodemia" (dall'inglese *infodemic*) l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha voluto, proprio in questi giorni di confusione e di paura, rimarcare che uno dei pericoli più grandi della cosiddetta società globale nell'epoca dei *social media* è la deformazione della realtà in un contesto di informazione caotica e ridondante. Questo è senz'altro vero. L'importante, però, è che non siano proprio coloro che dovrebbero gestire l'emergenza sociale e sanitaria ad ingenerare confusione e disinformazione. Per esempio, se un ipotetico rappresentante delle istituzioni governative e/o scientifiche si presenta in televisione, o anche su altri Media, e dichiara, rivolgendosi ad un vasto uditorio in attesa bramosa di notizie rassicuranti: "guardate che questa malattia è come l'influenza stagionale, però statevene chiusi dentro casa", ottiene di tutto tranne che la tranquillità auspicata. Molto meglio affermare sin dall'inizio con franchezza e decisione: "signori, questa non è una comune influenza, non è una malattia qualsiasi come le altre infreddature di stagione, quindi sta-

te molto accorti e seguite alla lettera le nostre consegne". È chiaro che all'inizio di un'epidemia è quasi impossibile predirne l'evoluzione, e quindi anche comunicare con la popolazione non è affatto semplice. Purtuttavia, se la raccomandazione è netta, senza tentennamenti, senza un doppio binario logico-argomentativo oppure emotivo-espressivo, otterrà un risultato sicuramente minimale ma certo, vale a dire la sua intelligibilità, che poi è anche l'antichera della conoscenza e della consapevolezza. All'opposto potremo avere, nella cittadinanza, reazioni disorganizzate, difficili da gestire e da governare. Per concludere, un esempio ricavato dalle cronache di questi ultimissimi giorni: nella fase cruciale dell'emergenza è in qualche modo filtrata la bozza del decreto, che dovrebbe rendere zona rossa l'intera Lombardia. La conseguenza è stata, per l'appunto, una reazione disorganizzata con fuga caotica di centinaia di persone, che hanno preso d'assalto le ferrovie metropolitane, lasciandosi alle spalle la regione, ma non il virus purtroppo, e questo ancor prima della firma del decreto. "Follia pura - ha commentato uno dei più importanti virologi italiani su Twitter - si lascia filtrare la bozza di un decreto severissimo che manda nel panico la gente, che prova a scappare dall'ipotetica zona rossa, portando con sé il contagio. Alla fine, l'unico effetto è quello di aiutare il virus a diffondersi. Non ho parole!". Difficile trovarle, in effetti.

* Psichiatra, Criminologo

Riferimenti bibliografici essenziali

- https://it.wikipedia.org/wiki/Palo_Alto
Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., Weakland, J.H. (1956). *Verso una teoria della schizofrenia*. In G. Bateson (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi, 1972.
Zoletto D., *Il doppio legame*. Bateson, Derrida, Bompiani, Milano, 2003.
Popper K.R., *Il pensiero essenziale*, Armando Editore, 1998.
Deleuze G. & Guattari F., *L'Anti-Edipo*, trad. di Alessandro Fontana, Torino, Einaudi, 1975, pp. XL-447.
Watzlawick, P. et Al (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio, 1971.
http://www.treccani.it/vocabolario/infodemia_%28Neologismi%29/
https://www.liberoquotidiano.it/news/italia/20847147/coronavirus_roboto_burioni_governo_conte_bozza_decreto_follia_errore_aiuta_contagio_diffusione_italia.html

La vita ai tempi del Covid-19

Alessandro D'Errico*

Ciò che segue, sono alcune semplici riflessioni nate nel tempo della mia intensa seppur breve esperienza lavorativa che Vi propongo senza la pretesa di porre verità assolute, ma nella speranza di proporre alcuni spunti di riflessione.

In un sistema sanitario universalistico come il nostro e nel contesto politico e sociale in cui ci troviamo, credo sia atto di realismo, seppur correndo il rischio di passare per impopolare, cominciare a parlare francamente della salute in termini economici e politici.

Questo è indispensabile per due ordini di motivi: il primo perché è un dato di fatto, nonostante ciò che chiunque possa pensare, che nel nostro Paese la salute è sempre più anche una questione economica e politica. Secondariamente, perché qualsiasi lavoro una persona si appresti a fare o faccia, questo diventa imprescindibile dalla realtà legata indissolubilmente alla propria attività. Per capirci, chiuderci da medici ad un dato di realtà, ci porterà sempre più ad essere ingranaggi di un sistema esistente e sempre meno protagonisti dello stesso sistema.

Nel 2012, l'allora Capo del Governo, Prof. Monti, dichiarò che la Sanità si sarebbe dovuta aprire al coinvolgimento di finanziatori diversi dallo Stato. Tutte le parti politiche e sociali insorsero decisamente, come ad affermare che lo Stato è l'unico che possa garantire efficacemente il diritto di cure ad ognuno di noi.

Pur fra mille difficoltà e con i necessari e dovuti distinguo, la nostra è una sanità eccellente e questo è un dato di fatto, come lo è che la nostra Carta Costituzionale da sempre è garanzia di un sistema volto alla salvaguardia del bene salute. Non sempre, tuttavia, lo Stato è capace di garantire l'efficienza e l'equità prefissate.

Lo shock provocato dalla parole di Monti, in realtà, ha lasciato spazio ad un disegno

politico ed economico che, seppur non attraverso la via della legiferazione, sta assumendo connotazioni sempre più definite e che, nella nostra Regione forse più rispetto ad altre esperienze, si sta chiarificando ancor più velocemente.

Il Sistema Pubblico, primo elemento in gioco, ormai da alcuni anni sta tentando di ottimizzare i propri processi attraverso sistemi di Hub & Spoke, volti all'ottimizzazione delle risorse, attraverso la creazione di Centri di Eccellenza e, non da ultimo la costituzione di I.R.C.S.S. che permettano di creare poli di ricerca, oltre che notevole attrattività per sovvenzionamenti.

In tal senso, il Sistema Pubblico sarà sempre più relegato ad erogare fattivamente sanità "d'élite", rivolta ovvero alla cura di gravi patologie od importanti stati morbosi, capace di intraprendere notevoli investimenti per affrontare le sfide della diagnostica sempre più precoce e della prevenzione.

Accanto a questo, secondo elemento in gioco, c'è una fitta rete di strutture private che costituiscono il sistema sanitario cosiddetto "convenzionato". A questo, negli ultimi anni, il S.S.R. ha sempre più rivolto la propria attenzione attraverso i meccanismi della committenza, indirizzando le tipologie di attività da svolgere e condizionando, nel bene e nel male, lo sviluppo e le strategie di mercato delle aziende sanitarie private che, laddove non sono riuscite a diversificarsi ed a eccellere, oggi hanno vincolato la propria sopravvivenza appaltandola alla risposta ad un unico "cliente", ovvero il S.S.R. Tuttavia, questo sinergismo, per certi versi un po' forzato, permette però di contenere le liste di attesa, ma anche di incanalare tutta una serie di interventi, più o meno routinari, ma che oggi non sono prioritari rispetto al disegno politico ed economico del Sistema Sanitario Pubblico: pensiamo ad esempio

alla protesica ortopedica, a molti interventi di chirurgia generale e così via.

Non da ultimo, è bene ricordare che tali aziende costituiscono comunque una ricchezza, sia per il nostro Paese che per la nostra sanità, in quanto capaci di un reale efficientamento delle risorse forse perché nella maggior parte dei casi svincolate maggiormente da preoccupazioni di tipo politico. Ultimo elemento in gioco, è proprio quello che anni fa aveva suggerito il Ministro Monti, ovvero un “investitore privato”.

Oggi, questo ruolo pare sempre più delinearsi attorno alle principali Compagnie Assicuratrici che, proprio nelle polizze di sanità integrativa, hanno trovato un nuovo sviluppo, ma anche la possibilità di rispondere ad una domanda di mercato che effettivamente è sempre più concreta.

Rimane, ora, da attendere gli sviluppi e capire come nel tempo questi protagonisti riusciranno a compenetrarsi e a coin-

volgersi vicendevolmente o meno per uno scopo comune. Un dato molto interessante, comunque, è a mio parere lo scenario che si sta delineando e che riguarda chiunque faccia il nostro lavoro. Al di là delle linee generali appena espresse, rispetto alle problematiche politiche ed economiche del nostro lavoro, credo che nella pratica quotidiana ognuno di noi abbia in mente esempi molto concreti su cosa ciò significhi. La medicina, ahimè, rimarrà sempre cosa umana, fatta dall'uomo e per l'uomo. Ma anche l'economia e la politica hanno una dimensione umana. In questo senso, forse, la cosa che dovremmo temere maggiormente sono gli “sbilanciamenti”, l'eccesso di politica, così come l'eccesso di economia. Da temere quanto la dimenticanza che siamo medici per il malato e non per la malattia.

* Responsabile Gestione Network Fornitori
e Coordinamento Medico Unisalute

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

Reperti 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

Cave Coronam et Vale

Antonio Vittorino Gaddi*

Antonio Vittorino GADDI¹, Fabio CAPELLO², Maria Teresa SAVO³, Pietro LENTINI⁴, Giovanni RINALDI⁵, Maurizio CIPOLLA⁶, Tommaso Diego VOICI⁷(estensori) e

Vincenza ANDRISANO⁸, Simone Domenico ASPRIELLO⁹, Laura BARALDINI¹⁰, Maurizio BATTINO¹¹, Alberto BARGOSSO¹², Michelangelo BARTOLO¹³, Marco BERTELOTTI¹⁴, Paola BINETTI¹⁵, Mauro BONOMINI¹⁶, Fabio BON-SANTO¹⁷, Giordano BOTTA¹⁸, Daniele BOVO¹⁹, Domenico BRITTI²⁰, Francesco CANNONE²¹, Lorenzo CARUSO²², Michele CASSESE²³, Andrea CASTAGNETTI²⁴, Gaetano CASTIGLIONE²⁵, Gavino CASU²⁶, Alessandro Guido CAVALLIERI MENASSE²⁷, Marcella Carla Romana CAVINA²⁸, Matteo CEVENINI²⁹, Oronzo CERVELLI³⁰, Arrigo F.G. CICERO³¹, Enrico CIPOLLA³², Gabriele CIPRIANI³³, Marta COFINI³⁴, Antonino Maria COTRONEO³⁵, Alberto CREMONESI³⁶, Armando CURTO³⁷, Francesco DENTALI³⁸, Michele DICELLO³⁹, Michela DIMILTA⁴⁰, Clara FAGIOLI⁴¹, Maria Soledad FERREIRO COTORUELO⁴², Gianluca FLORIO⁴³, Nicola FRACASO⁴⁴, Claudia FRAGIACOMO⁴⁵, Francesco FUSCO⁴⁶, Paola GADDI⁴⁷, Giacomo GADDONI⁴⁸, Morena GADDONI⁴⁹, Patrizio GAGLIARDI⁵⁰, Alfonso GALATI⁵¹, Gian Luigi GARDINI⁵², Francesco GENTILE⁵³, Lina GENTILE⁵⁴, Francesca GIAMPIERI⁵⁵, Agostino GNASSO⁵⁶, Mirko GREMES⁵⁷, Ornella GUARDAMAGNA⁵⁸, Beatrice ILLUMINATI⁵⁹, Edia LOLLI⁶⁰, Linda LOMBI⁶¹, Silvia LORI⁶², Lucio LUCCHINI⁶³, Erio MALAGOLI⁶⁴, Marco MANCA⁶⁵, Giulia MASSINI⁶⁶, Pasqualina MEMOLI⁶⁷, Laura MISTRETTA⁶⁸, Maria Grazia MODENA⁶⁹, Cristiano MONTESI⁷⁰, Vincenzo NATALE⁷¹, Giorgio NOERA⁷², Massimo ORTASI⁷³, Pasquale ORTASI⁷⁴, Ombretta PARA⁷⁵, Giuseppe PASSERI⁷⁶, Egidio PEDRO⁷⁷, Chiara RABBITO⁷⁸, Pasquale ROMANO⁷⁹, Vito ROMANO⁸⁰, Carlo SABBA⁸¹, Antonio SABATINI⁸², Silvia STEFANELLI⁸³, Giuseppe STIPA⁸⁴, Gianluca SOTIS⁸⁵, Flavio TANGIANU⁸⁶, Sergio TEMPESTA⁸⁷, Lidia TONDI⁸⁸, Francesco VISIOLI⁸⁹, Vilma VIVINO⁹⁰, Roberto VOLPE⁹¹, Donato ZOCCHI⁹².

¹Emilia Romagna Region Society of Digital Health, Bologna; ²International Study Center of Society of Telemedicine and Digital Health, Bologna; ³Università degli studi di Firenze, Firenze, Italy; ⁴Associazione Interregionale Cardiologi e Specialisti Medici Ambulatoriali (ACSA), Roma; ⁵Italian Society of Digital Health and Telemedicine, Bologna; ⁶ Calabria Society of Telemedicine, Regione Calabria, Catanzaro; ⁷ Associazione Interregionale Cardiologi e Specialisti Medici Ambulatoriali (ACSA), Torino ⁸Dipartimento di Scienze e Qualità della Vita, Campus di Rimini, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Bologna; ⁹ASD Dental Clinic, Pesaro; ¹⁰ Poliambulatori S. Lazzaro, Bologna, Italy; ¹¹Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italy, University of Vigo, Vigo, Spain and Jiangsu University Zhenjiang, China; ¹² Bologna, Italy; ¹³Internal Medicine, Dept of Biomedical, Metabolic and Neural Sciences University of Modena and Reggio Emilia; ¹⁴Università Campus Biomedico, Roma, Italy, Intergruppo parlamentare Malattie rare; ¹⁵Fondazione Verani-Lucca, Italy; ¹⁶Alma Mater Studiorum Università di Bologna and Emilia Romagna Society of Telemedicine, Bologna; ¹⁷Lugo Medica and Caravelli Lab &EuroGenLab; ¹⁸Amministrazione Gruppo Caravelli Labs, Bologna, Italy; ¹⁹Dip. Scienze della Salute, Università Magna Graecia di Catanzaro; ²⁰Alpha Pharma, Bitonto (BA); ²¹Medicina per la complessità assistenziale I AOU Careggi, Firenze, Italy; ²²Alpha Pharma, Bitonto (BA); ²³WellMicro Lab, spin off of Bologna University, Bologna; ²⁴CM S.r.l. - Italiana Pastifici; ²⁵Cardiology San Francesco Hospital, European Society of Cardiology ATS-Sardegna; ²⁶BScEcon, ATI Srl, Milano, Italy; ²⁷Dietista; ²⁸Department of Specialistic, Experimental and Diagnostic Medicine, Urology, Alma Mater Studiorum-University of Bologna, S. Orsola Hospital; ²⁹Alpha Pharma, Bitonto (BA); ³⁰Medical and Surgical Sciences Dept, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Bologna; ³¹Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Bologna; ³²European Court of Auditors, Luxembourg; ³³Pediatra, Florence, Italy; ³⁴Dipartimento Salute Anziani - Geriatria Ospedaliera OBDV e Territoriale Botticelli, Torino; ³⁵Cardiology Unit e Cardiovascular DPT, Cliniche Humanitas Gavazzeni, Bergamo; ³⁶Università degli studi di Firenze-Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale; ³⁷Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università dell'Insubria Varese; ³⁸DigitCal SrL, Regione Calabria, Catanzaro; ³⁹Azienda Freia Farmaceutici S.r.l.; ⁴⁰Azienda Ospedaliera Ospedale Riuniti di Ancona, Ancona, Italy; ⁴¹Physiotherapy Area of Emilia Romagna Region Division of Digital SIT, Bologna, Italy; ⁴²Società Italiana telemedicina; ⁴³Associazione Nazionale Cardiopatici Versilia "Benessere Cuore", FAEN Consulting S.r.l, Milano (Italy); ⁴⁴Ospedale Beata Vergine di Mendrisio; ⁴⁵AD Cardea, Bologna, Italy; ⁴⁶Pneumologa, Bologna, Italy; ⁴⁷MMG, Castel San Pietro; ⁴⁸Casa di Cura Giordano S. Lucia, Massa Lombarda, Ravenna; ⁴⁹SIPRA ENGINEERING S.r.l., CEO-IT commission of association of Engineers of Bologna; ⁵⁰UOC DI CARDIOLOGIA RIABILITATIVA CLINICA VILLA BETANIA-GIOM, Roma Italy; ⁵¹Villa Torri Hospital, Bologna; ⁵²DigitCal SrL, Catanzaro, Italy; ⁵³DigitCal SrL, Catanzaro, Italy; ⁵⁴University of Vigo, Vigo, Spain; ⁵⁵Inter-

nal Medicine, Università della Magna Graecia, Catanzaro; ⁵⁷ALGORAB S.r.l.; ⁵⁸Department of Health and Paediatric Science, University of Turin; ⁵⁹Pediatra, Bologna, Italy; ⁶⁰Medicina di Gruppo Massa Lombarda (RA); ⁶¹Department of Sociology, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, Italy; ⁶²SOD Neurofisiopatologia-Dipartimento NeuroMuscoloScheletrico ed Organi di Senso, AOU Careggi, Università di Firenze, Gruppo Studio Neurofisiologia Clinica “Telemedicina”, intersocietario SINC-SIT; ⁶³Dietetic and Clinical Nutrition Unit, Health District of Bolzano, and Italian Association of Nutrition and Dietetics (ADD), Bolzano; ⁶⁴CEO Qi International Ltd, London, UK; ⁶⁵Scimul-se Foundation, Geleen, The Netherlands; ⁶⁶Department of Health and Paediatric Science, University of Turin, Torino; ⁶⁷G.O.I. Rete Diabetologica ASL Salerno, Italy; ⁶⁸CM S.r.l. -Italiana Pastifici; ⁶⁹UNIVERSITY of Modena e Reggio Emilia-Policlinico di Modena, Centro PASCIA, Modena, Italy; ⁷⁰Università Popolare Sabina Eretum, Rieti(Italy); ⁷¹Pronto Soccorso e Medicina di Urgenza ASP Vibo Valentia, Società italiana di Medicina di Emergenza Urgenza e Catastrofi-SIMEU Calabria, Italy; ⁷²Health Ricerca e Sviluppo, S.r.l., Spin off Università di Bologna, Massa Lombarda, Ravenna; ⁷³Cooperativa Medicina Futura Lugo, AGCI per la Cooperazione Medica, Lugo (RA); ⁷⁴Progetto Genetica Amica, Fusignano(RA); ⁷⁵Medicina per la complessità assistenziale 1 AOU Careggi, Firenze; ⁷⁶Statistica Cibernetica, Cremona, Italy; ⁷⁷Ministério da Defesa Nacional, Lisboa, Portugal; ⁷⁸Security and Privacy” Research Group of SIT – Italian Society of Telemedicine and Healthcare; ⁷⁹Cooperativa Medici di Medicina Generale di Piacenza, Piacenza; ⁸⁰Centrum Cordis, Bologna; ⁸¹Medicina Interna “Cesare Frugoni” Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari; ⁸²Dedalus Italia, Firenze, Italy; ⁸³Stefanelli&Stefanelli Law; ⁸⁴Gruppo Studio Neurofisiologia Clinica “Telemedicina”, intersocietario SINC-SIT; ⁸⁵Unità Prevenzione e Protezione del CNR, Rome; ⁸⁶Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Insubria University, Varese, Italy; ⁸⁷Medical Genetics Lab, Tecnobios Prenatale Eurogenlab, Bologna; ⁸⁸ASL MO 104 Italy; ⁸⁹Department of Molecular Medicine, University of Padova; ⁹⁰DigitalCal Srl, Catanzaro, Italy; ⁹¹Unità Prevenzione e Protezione, Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), Roma; ⁹²Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Bologna, Italy.

Premessa: questo articolo è indirizzato ai Medici e al Personale Sanitario e vuole favorire una riflessione di carattere scientifico e organizzativo. Non se ne devono desumere indicazioni o comportamenti pratici. Essendo in corso una epidemia, il lettore non medico dovrà scrupolosamente attenersi alle indicazioni delle Autorità Sanitarie. Ai Medici spetterà l'onere e la responsabilità delle scelte e dei consigli individuali ai propri assistiti, che si baseranno sulle indicazioni dell'Autorità, sulla conoscenza del caso clinico singolo, sul ragionamento fisiopatologico e sulle indicazioni della letteratura internazionale e che saranno orientate al principio di massima beneficiabilità con riferimento a tutte le situazioni patologiche o i rischi per

la salute in essere in quel momento e in quella persona, considerando che nel caso specifico scattano per tutti i medici anche obblighi specifici di tutela della comunità e di rispetto per le disposizioni dell'Autorità sanitaria.

1.0 Io so di non sapere

Tra confusione mediatica volontaria (fake news dolose e colpose), involontaria (spesso legata alla superficialità), insufficienze nel settore della comunicazione del rischio, eccessiva prudenza politica di alcuni esperti, incapacità decisionali ai vertici della catena di comando e dubbi reali della scienza (=assenza di conoscenze e di misure; assenza di teorie e di modelli, ecc) si sta realizzando un quadro estremamente pericoloso (l'infodemia richiamata dal Direttore Generale della WHO, Tedros Adhanom Ghebreyesus) la cui gravità non è tanto quella attualmente percepita (già notevole) ma potenzialmente molto maggiore, devastante, qualora il contagio continui ad aumentare, fino a quel punto di crisi, di non ritorno, che sarà rappresentato dal momento in cui la crescita del danno organizzativo ed economico impedirà il proporzionale aumento di risorse difensive efficaci ed efficienti.

Tutti auspichiamo che fra 2-3 mesi vi sia solo il ricordo di questa pandemia, ma se vogliamo che sia così, oggi dobbiamo lavorare con ogni energia sullo scenario peggiore, combattendo assieme – nel doppio significato di tutti assieme e di contemporaneamente – gli elementi critici indicati poco sopra, a iniziare dalle fake news. In merito ai dubbi scientifici si deve consultare la letteratura¹: PubMed ha riportato (all'8-3-2020) 790 pubblicazioni scientifiche specificamente dedicate all'argomento coronavirus.

Tutti gli autori mettono in evidenza le criticità e si pongono interrogativi che vanno dalle origini della malattia, ai virus coinvolti (a oggi almeno due ceppi del Covid-19, L-type L e S-type, con diversa aggressività)² e alla loro reale capacità di mutare, alle vie di contagio alternative a quella respiratoria, alla durata, ai possibili serbatoi animali primari e quelli potenziali ag-

¹ In calce una selezione di alcuni titoli significativi

² Con una variabilità altissima (1% al giorno per il Covid-19), è opportuno prevedere cambiamenti molto frequenti e le conseguenti variazioni di Ro, della letalità, degli organi bersaglio e tante altre.

giuntiviomissis....; i quadri cinici sono in via di progressiva definizione e per ora sembrano predominare, tra quelli gravi, la compromissione polmonare con insufficienza respiratoria e le miocarditi; è molto frequente la linfocitopenia, assieme ad altri riscontri di laboratorio e altri sintomi aspecifici ampiamente descritti in letteratura e enfatizzati dai media.

La letteratura invoca a più voci la necessità di ricerche adeguate, tra cui la sorveglianza domiciliare e lo studio dei diversi fattori di rischio (FR per il contagio e FR per l'aggravamento, molto legato a fattori individuali), gli studi di comunità, il monitoraggio del contagio non limitato ai casi con sintomi evidenti o alla provenienza, l'uso di test diagnostici più estesi e che includano la risposta anticorpale, la capacità di integrare ed analizzare i dati e le informazioni che derivano da differenti fonti, e tanti altri.

Da queste primi accenni³, e viste le reazioni delle nostre popolazioni, si ritiene opportuno suggerire che:

1.1 Vada ridisegnata la strategia di comunicazione del rischio, come proposto in un documento appena stilato⁴; essa dovrà essere coerente entro e tra Stati, dovrà prevedere l'analisi dei diversi scenari possibili (e non solo quello del momento: non si tratta di news da giornali, si tratta di una pandemia!), informando chiaramente la popolazione sui diversi livelli di rischio presente e futuro, sulle misure difensive da adottare secondo la logica della *preparedness* e fornendo informazioni traducibili in comportamenti a tutte le persone (anche le meno preparate) et per tutti i livelli di rischio e le diverse situazioni ambientali. Abbiamo forti dubbi che generici inviti a lavarsi le mani (anche se affidati a personaggi famosi) e l'uso di strumenti di comunicazione abbastanza obsoleti, diversi tra loro e spesso fonte di misinterpretazioni, possano sortire effetti significativi. Tutte cose lodevoli, beninteso, ma né efficaci né efficienti.

La strategia comunicativa dovrebbe essere gestita da un centro di crisi⁵, in costante comu-

nicazione con le autorità politiche e sanitarie, in modo che il messaggio e le modalità di diffusione dello stesso siano condivise e coerenti con le misure intraprese. La stampa e i mass media in aggiunta e in quanto servizio pubblico devono mettersi a completa disposizione dell'autorità sanitaria, e pur senza rinunciare al diritto -dovere di informazione e di cronaca, veicolare messaggi che siano di supporto alla strategia di comunicazione del rischio decisa dall'unità di crisi.

Le voci singole – anche se di esperti o altri titolati ma che non hanno la visione di insieme – dovrebbero essere fortemente limitate, fatto salvo il diritto di critica alle azioni delle autorità centrali, che però dovrebbero essere veicolate nei modi e nei mezzi opportuni, evitando a questo scopo l'uso dei mass media o dei social network, ma ricorrendo al contrario ai canali della scienza.

La strategia di comunicazione deve inoltre tener conto delle innumerevoli fonti di informazione alternative, veicolate con estrema facilità attraverso le varie risorse di internet, che spesso in maniera più virale del coronavirus, infettano le menti di chi riceva in maniera acritica la comunicazione.

La tabella I riassume il ruolo differenziale che potrebbero avere strutture di telemedicina, i siti istituzionali, le TV e mass media, nonché i canali “burocratici” di comunicazione (leggi, decreti, circolari, ecc) nel sensibilizzare l'opinione pubblica. La tabella è esemplificativa e sintetica, ma nel reale dovrebbe essere composta da molte più colonne e righe.

Nel caso della eHealth e della telemedicina, che appare con evidenza come “strumento principe” almeno dal punto di vista potenziale soprattutto in corso di emergenze come quella presente, resta aperto il problema delle corti neglette, ovvero di quella fetta importante di popolazione “digital divided” che per scelta o per incapacità/impossibilità di utilizzo, non ha accesso a internet e ai servizi offerti. Ma il ragionamento si può applicare, *mutatis mutandis*, anche alle altre macro-tipologie, con un vantaggio indubitabile, in alcuni settori, per i mass media.

La comunicazione del rischio si deve quindi avvalere di strumenti ad alta capacità comunicativa, contenere per quanto possibile messaggi

³ L'approfondimento esula dallo scopo di questo articolo anche perché vi sono già fonti bibliografiche adeguate e in qualche caso ridondanti.

⁴ F. Capello, A.V. Gaddi et al. Risk communication in the time of COVID-19. In press, 2020.

⁵ Che, secondo le buone regole, dovrebbe pre-esistere agli eventi critici di massa.

	Telemedicina (app/web)					WWW siti Istituzionali					TV/MassMedia/Stampa				Circolari/disposizioni			
	Fruibilità	Disseminazione	Aggiornamento	Personalizzazione	Controllo	Correttezza	Fruibilità	Disseminazione	Aggiornamento	Personalizzazione	Controllo	Correttezza	Fruibilità	Disseminazione	Aggiornamento	Personalizzazione	Controllo	Correttezza
Diffondere le linee guida così come sono																		
Disseminare le informazioni generali sul corretto accesso alle cure nelle diverse aree																		
Far applicare comportamenti preventivi efficaci a larghi strati della popolazione																		
Istruire/aiutare il personale sanitario																		
Consultare il medico per informazioni/consigli contro il contagio																		
Utilizzare teleconsultazioni per la gestione della routine medica (cronicità e piccole acuzie)																		
Operare in telemedicina contro il Covid-19 casi lievi (home)																		
Operare in telemedicina contro il Covid-19 per casi gravi (home)																		

Tabella I: Diversa utilità e diverse potenzialità di canali utilizzabili per la comunicazione del rischio e per la gestione di problemi medici. I colori più intensi indicano una maggiore utilità; salta subito all'occhio quali sono gli strumenti migliori per alcune situazioni che oggi costituiscono altrettante criticità per la gestione della pandemia da Covid-19. **Fruibilità**= possibilità per l'utente (cittadino o personale sanitario) di accedere al servizio facilmente e in modo vantaggioso; **disseminazione**= capacità di favorirne l'uso per il massimo numero di utenti; **aggiornamento**= possibilità di aggiornare servizi e contenuti in tempo reale; **personalizzazione**= capacità del sistema di rispondere alle esigenze di singole persone o di cluster specifici di persone; **controllo**= possibilità per le autorità sanitarie di monitorare e se del caso modulare i servizi erogati; **correttezza**= capacità del sistema inviare solo informazioni documentate e di evitare informazioni false e fuorvianti. Numerose altri descrittori sono omessi per brevità.

mirati o personalizzati, basarsi su tecniche di comunicazione efficaci e di largo uso (quindi facendo ricorso alle varie risorse della ICT).

La salute pubblica è un bene comune, trascurare anche solo una minima parte della popolazione diventa un limite considerevole. La telemedicina offre una soluzione in quelle situazioni particolari in cui il rischio di contagio è elevato (prima regola di qualsiasi codice di primo soccorso è la *sicurezza dell'operatore*) e assieme, di disagio, come carceri e istituti di pena, dormitori e tutte le strutture di accoglienza nate negli ultimi anni. Dove il medico fisicamente non può arrivare, arriva la telemedicina.

Il fondamento della comunicazione del rischio dovrebbe essere coerente con l'assunto iniziale che fa da titolo a questo paragrafo: io so di non sapere, che nel caso specifico possiamo declinare come *"oggi so di sapere poco e dunque ho molti dubbi"*.

Non è assolutamente vero che fingere di avere certezze e dare messaggi più o meno buonisti (sistematicamente e prevedibilmente smentiti in pochi giorni) sia utile a combattere la pandemia o serva a tranquillizzare le persone, che, al

contrario, devono avere paura (la paura muove alla difesa)⁶ e hanno diritto di essere preparati al futuro senza mezze verità, o usando un linguaggio pan-possibilista, a volte fumoso, altre ricco di sfumature aperte a qualsiasi soluzione futura. Partire da questo assunto serve anche ad aiutare le Autorità sanitarie, nazionali o locali, a decidere le diverse policy in base a una scala a criteri predefiniti: mettendo in chiaro i diversi gradi di dubbio della scienza ("dubbio" come sopra definito) e partendo dai diversi scenari (da quelli o più gravi, NON da quelli più favorevoli o più vicini nel tempo o solo dallo scenario più probabile) le Autorità potranno e dovranno poi assumersi le responsabilità del comando. Ed è opportuno che questo processo sia trasparente anche per il cittadino, e certamente per la comunità medico-scientifica, cui deve essere dato il modo di intervenire.

Per queste ragioni sarebbe utile, nel generare i messaggi da diffondere alla popolazione, valutare la gestione della comunicazione del rischio da parte di agenzie/esperti,

⁶ Differenziando la paura dalla angoscia, come precisato da Umberto Galimberti e da altri esperti.

professioniste/i nel settore, senza conflitti di interesse o comunque interessi diversi da quello del servizio di pubblica utilità

2.0 Va programmato l'uso immediato di risorse di e-Health e di telemedicina per il contenimento della pandemia. Dette risorse sono utili in molte delle criticità sopra elencate e alcune sono elencate anche in tabella I. Strumenti e app disegnate per uso su cellulari/personal computer e su piattaforme internet possono:

2.1 *Disseminare le linee guida e fornire informazioni pratiche sui comportamenti difensivi* in funzione dello stato di rischio aggiornando sistematicamente le indicazioni delle autorità sanitarie e affiancandole a menù di scelta rapida e personalizzata orientati per problemi e per domande⁷, ma non solo per FAQ che spesso costringono il cittadino a “entrare per forza” in una categoria di cui in realtà non fa parte.

La materia è estremamente complessa e non è né logico né “evidence based” dare a tutti i singoli cittadini le stesse indicazioni, poste tutte più o meno sullo stesso piano in termini di importanza. Infatti o il cittadino legge i dettagli di tutte le linee guida e le auto interpreta, oppure si perderà nel mare magnum delle diverse possibilità di scelta o addirittura sceglierà comportamenti errati.

Chi ha dimestichezza con il calcolo (i burocrati e gli estensori di linee guida evidentemente no) sa che considerando 1) l'età e il sesso, le comorbidità, la sede geografica e/o l'accesso alle zone maggiormente esposte, i sintomi e lo stato di salute generale, le necessità di vita (lavoro e tipo di lavoro, viaggi, situazione abitativa, convivenza con altre persone e quali: bambini, anziani,omissis....) e 2) ipotizzando almeno una decina di possibili comportamenti difensivi (lavarsi le mani, ecc.), per dare indicazioni personalizzate e fattibili si dovrebbero scomporre i suggerimenti protettivi in svariate centinaia di tipologie diverse⁸.

⁷ Esempio: ho/non ho sintomi? In che area vivo? Che età ho? Che malattie? e numerose altre.

⁸ Si consideri infatti che tutti i suggerimenti devono essere modulati in frequenze e in intensità. Ad esempio “lavarsi le mani 2-3 volte al giorno con acqua e sapone per 1-2 minuti” è cosa ben diversa dal “detergere mani polsi e avambracci con sostanze disinfettanti ad hoc molte volte al giorno e dopo ogni possibile contatto”e così via per altre cento situazioni.

Fornire indicazioni specifiche è quindi complicato e la Information and Communication Technology può agevolare fortemente un compito altrimenti impensabile se affidato alla buona volontà delle persone.

Spesso gli esperti e il personale sanitario, che per anni hanno studiato argomenti di microbiologia, infettivologia, igiene, danno per scontato che anche i cittadini li conoscano, ma non è così. E se è vero che dette regole servono ad evitare la diffusione del virus, è ovvio che esse debbano essere spiegate non bene, ma benissimo, e a fondo. Ad esempio spiegare meglio, e in modo univoco, le famose distanze di sicurezza⁹, come e quando usare i guanti, gli occhiali e in particolare le mascherine (spesso male indossate anche in servizi televisivi, che rischiano di diventare diseducativi); spiegare come gestire l'isolamento nelle sue varie declinazioni, quando ricorrere al medico, per chiedere cosa, dove come e quando andare in ospedale e come gestire altre decine e decine di situazioni. Vanno poi definite le regole per tutte le situazioni patologiche (...omissis...) e quelle para-fisiologiche, dalla gravidanza, al puerperio, all'allattamento, alla gestione dei neonati e degli anziani fragili, ecc.

Non è pensabile che per risolvere “davvero” questi problemi si ricorra a qualche decalogo (se mai trasformandolo via via in decalogo dei decaloghi).

Warning: nel dare i suggerimenti si dovrà considerare anche che non è escluso un rischio di cronicità o di epidemia (almeno fino all'auspicato arrivo dei vaccini e dei farmaci). Pertanto le indicazioni dovranno essere ancor più attentamente studiate, proiettandone l'applicazione su lunghi periodi anche al di fuori dell'acuzie momentanea; a maggior ragione dovranno essere personalizzate, comprensibili, attuabili in modo quasi automatico. Dobbiamo fornire delle skill e non distribuite editti o bolle di manzoniana memoria.

⁹ La distanza di sicurezza consentita sta progressivamente crescendo da 1 metro in su non sulla base del valore opportuno nelle diverse situazioni ambientali, ma col crescere dei contagiati. Se va avanti così fra un poco si arriverà a qualche decina di metri, se mai senza spiegare che questo parametro cambia con l'ambiente e con il tipo di insulto esterno da cui presumibilmente ci si deve difendere.

2.2 Creare una rete/un sistema per facilitare la circolazione delle informazioni sanitarie, su vari livelli. Come discusso dettagliatamente altrove il problema richiede soluzioni abbastanza articolate e, di fondo, la creazione di piattaforme operative federate e interoperabili, che facilitino la comunicazione, la condivisione e lo scambio di dati e informazioni integrando tutti i soggetti interessati, medici e infermieri, ricercatori ed anche pazienti in maniera che ognuno possa avvalersi di informazioni certificate secondo il proprio ruolo e abbia gli strumenti utili per rispondere alle esigenze, abbandonando la babele dei linguaggi, degli interessi disciplinari, di quelli privati, che finora hanno impedito di sfruttare appieno l'enorme potenza della ICT in generale e del web in particolare. Su questi argomenti cercheremo di concentrare l'attenzione degli esperti nel prossimo futuro.

In questo momento di emergenza, ma anche in vista della preparazione alla fase cronica, pare opportuno:

a) Facilitare con ogni mezzo la trasmissione di dati, di documenti e descrizioni sullo stato di salute, nonché di domande (anche aperte), dal cittadino al Medico/Personale sanitario, quando necessario in deroga ai più o meno restrittivi codici della privacy e con qualsiasi sistema di crittografia se non in open¹⁰. La possibilità per i medici fornire risposte in modo diretto e/o con l'ausilio di sistemi di risposta agevolati, semplificati, se non guidati da intelligenze artificiali.

b) Garantire la pronta disponibilità ai cittadini e al personale sanitario (su due livelli opportunamente differenziati e area per area) l'accesso immediato a tutti riferimenti sanitari utili (indirizzi, telefoni, orari aggiornati in tempo reale, ev. modalità di accesso) senza bisogno di ricerche particolari¹¹.

c) Fornire al personale sanitario e ai cittadini, su livelli di dettaglio opportunamente differenziati e rigorosamente controllati, tutti i dati

sull'andamento dell'epidemia in locale, nelle regioni, nel paese. Esistono all'uopo anche siti che forniscono queste informazioni, ma più spesso non sono contestualizzate al territorio specifico, o non riportano le informazioni e i livelli di allerta dell'area interessata. Inoltre è facile prevedere che con accessi random su internet il cittadino si esponga alle fake news o a informazioni fuorvianti.

d) In vista del possibile aumento dei casi da trattare in regime ospedaliero o in intensiva, fornire la sintesi delle informazioni terapeutiche (al personale sanitario) e i consigli (ai cittadini) aggiornati almeno settimanalmente. Esempio: sull'uso possibile o meno di cortisonici¹², se si quali e a che livello, per quanto tempo ecc. *Warning*: in questo momento il SSN italiano, fortemente ospedale-centrico, sta armando giustamente gli ospedali che hanno per altro molte competenze e strumenti in più rispetto al territorio. *Ma è altamente probabile che anche la fase terapeutica (e non solo quella preventiva) dovrà essere giocata sul territorio, ora fortemente sguarnito e che deve trovare aiuti, indirizzi e mezzi, senza poter contare sull'aiuto degli ospedali (in questa ipotesi saturi se non collassati)*. Gli esperti degli ospedali e le autorità sanitarie centrali dovranno però contribuire a aggiornare le informazioni, possibilmente NON nella usuale modalità di linee guida più o meno precettive, ma fornendo consigli basati sulle evidenze, sulla fisiopatologia e sul ragionamento clinico, ricordando che saranno in particolare i Medici del territorio a doversi assumere le responsabilità di cura e hanno bisogno di aiuti e di mezzi e non di ordini secchi, perché dovranno aggiustare le indicazioni alla realtà del singolo malato, sempre diverso dagli altri, in particolare poi nello specifico di questo tipo di infezione virale.

e) Sempre in questo scenario serviranno anche sistemi di comunicazione di informazioni (come sub a) ma di maggior precisione, più standardizzati e capaci di fornire anche dati strumentali: un solo esempio per tutti: la tele-saturimetria, che è tra le applicazioni classiche

¹⁰ Lasciamo ai competenti la valutazione dei rischi per il possibile uso improprio di dati di questo tipo.

¹¹ Quindi farmacie, negozi di generi essenziali, medici e altre lauree sanitarie, ospedali e numeri di emergenza, ecc. Per il personale anche numeri e vie di comunicazione brevi (social – sms) con informazioni relative ad esempio alla disponibilità di posti letto, alla reperibilità di beni strumentali o farmaci, e altre.

¹² È un esempio scelto ad arte: il tema dei cortisonici in corso di malattie infettive virali è molto dibattuto. Il personale sanitario ha bisogno di aiuti consigli e aggiornamenti continui, visto che si tratta di un nuovo virus che causa una nuova malattia.

più conosciute, ma ne esistono a altre innovative e recentissime come ad es. il sistema di tele-refertazione e controllo dei nuovi test per il Covid-19¹³. Questi sistemi possono servire a gestire in remoto – per quanto possibile – le emergenze /urgenze domiciliari e l'uso corretto da parte del personale sanitario e dei cittadini di strumenti come le CPAP, l'eventuale uso di gas medicali, di terapie infusive, ecc. Questa situazione diverrà assolutamente critica non appena siano saturi i posti disponibili, incusi quelli messi a disposizione con lodevole efficienza e tempismo da parte della Difesa¹⁴.

f) Sistemi di comunicazione audio video, in parte già disponibili, tra paziente e medico potrebbero essere di grande ausilio, fermo restando che il loro impiego – se non bene organizzato e regolamentato – può creare momenti di dispersione delle poche e preziose energie del personale medico. Sistemi di videoregistrazione, e invio – o lettura – in tempi predefiniti potrebbero risolvere alcuni problemi. Ovviamente si sta già usando l'arma tuttora più potente della ICT: la parola (il telefono), e ne siamo sempre grati ad Antonio Meucci.

g) Uso delle telemedicina per la gestione del paziente in cronico. A fronte all'attuale emergenza diventa essenziale evitare di esporre i pazienti cronici, debilitati a lunghe attese in sala di aspetto e al contatto con personale che può essere fonte di contagio, dall'altro ridurre al minimo il tempo dedicato alla gestione delle cronicità, senza però tralasciarle, per dedicarsi solo alle acuzie. Telemedicina quindi anche come *smart working* per il medico stesso, talvolta il primo ad essere obbligato alla quarantena per ovvi motivi. Esempio la gestione del controllo pressorio: non necessita obbligatoriamente che sia il medico a misurare la pressione; basterebbe il rapporto di fiducia

medico-paziente per stabilire, banalmente, riduzioni o incrementi del dosaggio farmacologico. La gestione della terapia cronica del diabete è un altro tipico esempio, tra l'altro già lodevolmente attuato in Calabria con il progetto Telediabete: monitorare l'assetto lipidico-glicemico a distanza, modificando la terapia in base ai parametri clinici comunicati. Un'anamnesi telefonica ben condotta può poi essere d'aiuto anche nella gestione delle cistiti acute ad esempio, delle otiti e sindromi gastro-enteriche.

h) La formazione del personale medico e la comunicazione o lo scambio di pareri tra personale stesso. Impossibile oggi pensare a metodi classici di formazione: emblematico il congresso per la gestione del Coronavirus, sospeso a causa del Covid-19. Fornire a tutti i medici di Italia e non solo, una piattaforma di scambio di idee, di dibattito, regolamentata e non semplicemente il gruppo Facebook di turno (tratto da una storia vera).

i) La disponibilità di informazioni relative alla popolazione e alle reti sociali, alle attività lavorative e ricreative, alle vie di comunicazione e ai mezzi di trasporto in modo da realizzare (con l'unione delle informazioni descritte al punto a)) strumenti che descrivano in maniera più precisa lo sviluppo della malattia e l'efficacia dei provvedimenti adottati utilizzando funzioni di analisi spaziale e strumenti di machine learning usufruendo anche di strumenti di mining di dati.

La telemedicina potrebbe fare molto (molto !) di più in questo momento. L'elenco poco sopra è riferito alle cose più urgenti e fattibili e di certo presenta qualche lacuna.

Osserviamo però che a) se i governi di molti Paesi e Regioni (e in particolare in Italia) non avessero suggerito, spinto e a volte imposto l'uso degli strumenti di eHealth finalizzandoli principalmente a controlli di natura amministrativa (e superficialmente sanitaria), et b) se molte imprese (non tutte, per fortuna) avessero investito in R&D nel settore della ICT partendo dalle esigenze di salute dei cittadini e del personale sanitario, ora avremmo in mano strumenti e software di telemedicina più efficaci e utili. Il futuro sarà migliore se faremo tesoro degli errori del passato, e questi indicati sono i due più macroscopici. Per tutte le azioni sopra proposte si dovrà cer-

¹³ Esistono ad esempio app dedicate che girano su sistemi di telemedicina utili tanto all'utente quanto al Servizio Sanitario Nazionale. Tra queste una app specifica per monitorare esito dei test immunologici, abbinarli a dati del cittadino, inviarli a medico, eventualmente associati al sistema di coordinate che possa tracciare la posizione (e volendo gli spostamenti) del cittadino stesso. Questo è solo un esempio delle numerose attività di telemedicina già operative o in fieri.

¹⁴ Gli esperti che firmano questo articolo -che da anni studiano gli strumenti di telemedicina e tele-monitoraggio domiciliare- si rendono disponibili per fornire le proprie conoscenze ed esperienze .

care, nell'emergenza, di a) garantire la raccolta di tutte le informazioni base (esempio sede, età, sesso, malattia presente, ecc) prevedendo future elaborazioni dei dati o la loro corretta classificazione, et b) una standardizzazione, almeno minima, dei parametri, et c) il controllo in tempo reale degli esiti basata in prima istanza sul medico responsabile, senza escludere – anzi attivando appena possibile – delle opportune control room et d) la conservazione di tutte le “informazioni”(o, se non di vere informazioni) almeno dei dati.

Questo tipo di strategia, lungi dall'essere perfetta, consente da subito una telegestione di molte delle esigenze del paziente non critico o della popolazione in generale, “nelle vie brevi” e senza soverchi problemi tecnologici (hardware e software).

3.0 Cosa ci dice la letteratura

Si riportano di seguito alcuni esempi di applicazioni di telemedicina utilizzata in corso di epidemie, tratti dalla letteratura, senza la pretesa di una revisione sistematica dell'argomento.

La telemedicina è stata utilizzata nella gestione di malattie infettive come l'Ebola, le epidemie stagionali influenzali, la Dengue, l'HIV e la Tuberculosi. Se da una parte l'uso di svariati strumenti tecnologici permette ai medici di monitorare a distanza i pazienti, dall'altra parte molte delle malattie infettive erano fino a ieri comuni soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, dove abbattere i costi di gestione, ottimizzare i tempi e le risorse diventa una prerogativa essenziale, ma nei quali spesso le disponibilità di strumenti e conoscenze ICT è modesta. Si realizza così una inversione del paradigma secondo cui sono i Paesi a livello tecnologico più basso a imparare da quelli industrializzati e con risorse high end.

Per fare giusto qualche esempio, nel 2017 è stato validato l'uso di Mo-Buzz, un'app specifica per la sorveglianza a distanza dei casi di Dengue in Colombo, Sri Lanka. Di quest'applicazione, la prima versione era stata concepita per il personale medico perché venisse usata per tracciare i nuovi casi di Dengue in tempo reale e fornisse materiale formativo per i medici stessi. La seconda versione è invece stata predisposta ad uso e consumo dei pa-

zienti stessi, per formarli, avvertirli delle aree più a rischio e permetter loro di riconoscere i sintomi della malattia nonché i segni della puntura della zanzara. Sfruttando la geolocalizzazione, le autorità potevano anche essere informate direttamente dello sviluppo di nuovi focolai endemici¹.

Durante gli anni dell'epidemia di Ebola, i Paesi coinvolti, specialmente Sierra Leone e Guinea, si sono adoperati per sfruttare al meglio i mezzi tecnologici a disposizione.

In Guinea, Conakry, ad esempio tra il 2014 e il 2015 è stato sviluppato un sistema di tracciamento e mappatura dei casi di Ebola basato sul GPS dello smartphone. L'applicazione, sfruttando il software Tableau come intelligenza artificiale, consentiva di identificare rapidamente i nuovi casi e di permetterne la sorveglianza tramite GPS. In più, sfruttando il sistema GPS, si poteva risalire ai nuovi casi sospetti, individuandoli rapidamente e facendo così una diagnosi precoce. Dunque il sistema consentiva una rapida individuazione degli eventuali contagi, il loro isolamento e la possibilità di impedire ulteriore diffusione della malattia².

Per aiutare i medici nella gestione dei casi di Ebola in Sierra Leone invece è stato progettato un software a basso costo, capace di racchiudere dati clinici, anamnestici, terapeutici (antibiotici, fluidoterapia) sui pazienti ricoverati nei centri adibiti alla gestione dei casi di Ebola. Il software, chiamato Open-MRS-Ebola, rispondeva alla necessità di racchiudere una mole immensa di dati, senza far uso di materiale cartaceo, cercando di mantenere la sicurezza dei dati ma soprattutto per migliorar il lavoro degli operatori sanitari che ne hanno usufruito con successo³.

Nel 2014 Katona⁴ avviò uno studio destinato a diventare un paradigma per la gestione dei pazienti con diarrea acuta virale. Per sopperire alla lentezza degli strumenti cartacei, alle immense distanze da percorrere con mezzi poco rapidi, viene in aiuto il semplice cellulare. In Vietnam, dove i pazienti, pur non avendo sempre accesso ad Internet, possono disporre di un cellulare, il semplice invio di un SMS, è risultato utile nella gestione dei pazienti con diarrea acuta infettiva e ha permesso di avviare una sorveglianza a distanza, facile, economica ma soprattutto rapida.

Main authors	Disease	Year publication	Journal	Type of e-health used
Lwing ¹	Dengue	2017	JMIR Public Health and Surveillance	App: Mo-Buzz to help doctors but also patients to identify signs
Virga	HIV	2012	International Journal of Medical Informatics	Software e2 to track patients
Shade	HIV	2014	Journal of the American Medical Informatics Association	Platform about patients and their comorbidities
Shefali Oza	Ebola	2017	Journal of Medical Internet Research	Electron Health recorder Open MRS Ebola to collect data about exam, therapy
Sacks	Ebola	2015	Global Health Science and Practice	Software GPS to reduce the spread of disease
Lo Fu Tan	Upper respiratory infections	2017	Telemedicine and e-Health	Telephone to improve the outcome
Frid	Upper respiratory infections	2019	Studies in Health Technology and Informatics	Video conference to reduce overcrowding and overloading in health system
North	H1N1	2010	Telemedicine and e-Health	Telephone triage to reduce admission to primary care
ZHAO	SARS	2010	Telemedicine and e-Health	Xiamen's project: RCMS project to improve communication between hospital and rural and urban areas

Tabella 2: i principali articoli in letteratura sull'uso della e-health nella gestione di alcune malattie infettive.

Volendo considerare invece esempi più “occidentali” negli Stati Uniti invece per gestire l'epidemia di HIV sono state testate contemporaneamente diverse tecniche (creazione di una piattaforma condivisa tra medici di medicina generale e ospedali per accedere alle anamnesi dei pazienti, suddividendoli in base alla carica virale, disponibile anche per i pazienti stessi, rapidità di accesso alle cure per i pazienti con nuovo riscontro di malattia) che hanno portato complessivamente ad un miglioramento dell'outcome del paziente con HIV⁵.

Sempre negli Stati Uniti l'uso del sistema operativo e2, basato sulla raccolta di alcuni dati clinici dei pazienti e sui loro indicatori di salute, ha dimostrato una buona capacità di migliorare il monitoraggio e il trattamento dei pazienti con HIV⁶.

Per la gestione dell'influenza è stato invece ideato Google Flu Trends, un software on-line

che sfrutta i dati ricavati dalle ricerche su Google per stimare il picco influenzale⁷.

Inoltre la visita “virtuale”, condotta per via telefonica, rispetto alla classica visita anche in pronto soccorso, si è dimostrata un fattore prognostico indipendente per un miglior outcome nel paziente con infezione delle vie aeree superiori⁸.

Durante l'epidemia H1N1 del 2010, i medici della Mayo Clinic, usando le raccomandazioni dei Centers for Disease Control sono riusciti a sviluppare dei protocolli per cui si sono ridotte le prime visite in pronto soccorso e dal Medico di Medicina Generale⁹. Questo ha consentito anche di “preservare” i medici dal contagio, ottimizzando le risorse al servizio del sistema sanitario.

Un articolo recentissimo¹⁰, pubblicato ai primi di marzo suggerisce invece l'uso di un sondaggio su un sito web per identificare precocemente i possibili casi di Covid 19, sfruttando

l'intelligenza artificiale e distinguendoli tra pazienti ad alto, medio e scarso o nullo rischio di contagio.

3.0 Conclusioni:

3.1 Tutte le risorse di telemedicina dovrebbero essere utilizzate, partendo da quelle disponibili, anche su iniziativa di singole istituzioni o di singoli medici.

3.2 In parallelo si dovrà definire in tempi brevi quali strumenti tecnologici (di qualsiasi tipo) siano in grado di risolvere le criticità domiciliari (e gli altri punti indicati al paragrafo precedente), anche riadattando app, piattaforme e hardware già disponibili.

3.3 Da subito, su una terza strada parallela alle altre due, si deve costruire una piattaforma realmente interoperabile, che consenta di gestire le prevedibili e acutissime necessità future, quando, nella malaugurata ipotesi che il Covid-19 non abbia andamento stagionale, si dovranno gestire migliaia di casi acuti sul territorio con CPAP, respiratori, gas medicali, senza poter fruire degli standard di eccellenza o di "normalità" propri dei nostri ospedali. Questa è la vera emergenza cui prepararsi, senza dimenticare che in quel momento si dovrà comunque dedicare ogni risorsa anche a contenere l'ulteriore contagio.

Auspichiamo con ogni nostra forza e volontà che questo non avvenga, ma dobbiamo prevedere che possa avvenire. Diceva il premio Nobel J. Lederberg "It's our wits versus their genes" a proposito della battaglia contro i virus... ma la battaglia è persa se non utilizziamo le nostre intelligenze al meglio.

3.4 Non preparare oggi adeguate risorse di gestione a distanza delle criticità indotte dalla pandemia del Covid-19 attraverso la eHealth e la telemedicina, sarebbe come impegnare in combattimento una squadra navale o un esercito senza radiocomunicazioni. Ed è del pari evidente che le risorse di telemedicina devono essere quelle che servono ai clinici e ai pazienti; in particolare i primi devono valutarne utilità e appropriatezza in base a parametri forti, di esito reale, e non a dettami di natura amministrativa o in base a valutazioni tecnologiche.

*** **

"Ma non si era detto di fare questo... e allora facciamo" così diceva Giuseppe Zamberletti: forse avrebbe costretto tutti a disegnare

e rendere operativo il piano "per lo scenario peggiore" fin da fine gennaio 2020, ovvero da quando era evidente ciò che avveniva in Cina e si appalesavano le difficoltà, e assieme, l'intensità della reazione di quella Nazione, dopo alcune omissioni iniziali di non poco conto.

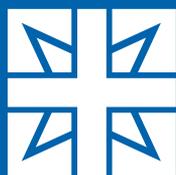
Al contrario in questo momento si deve navigare a vista, mediando tra le indicazioni della letteratura, gli applicativi già disponibili per la classe medica, e il ragionamento logico ancor prima che fisiopatologico basato sulle conoscenze disponibili. Navigare a vista, dunque, ma navigare senza cercare approdi facili quando il mare è in tempesta.

* Prof. Antonio Vittorino Gaddi, MD, PhD
Research Doctor in Experimental Medicine and Atherosclerosis - Consultant: Cardiology, Geriatrics and Gerontology
Main Investigator of Health Research and Development Srl, IT - Scientific Director of Qi International Ltd, London, UK and Air Care Health & Management CO, Beijing, China

Bibliografia essenziale (1-33)

1. Clinical findings in a group of patients infected with the 2019 novel coronavirus (SARS-Cov-2) outside of Wuhan, China: retrospective case series. *Bmj.* 2020;368:m792.
2. Mahase E. Coronavirus covid-19 has killed more people than SARS and MERS combined, despite lower case fatality rate. *Bmj.* 2020;368:m641.
3. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet.* 2020;395(10223):514-23.
4. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;395(10223):497-506.
5. Makoni M. Africa prepares for coronavirus. *Lancet.* 2020;395(10223):483.
6. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet.* 2020;395(10223):470-3.
7. Zarocostas J. What next for the coronavirus response? *Lancet.* 2020;395(10222):401.
8. The Lancet Infectious D. Challenges of coronavirus disease 2019. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(3):261.
9. Kirby T. Australian Government releases

- face masks to protect against coronavirus. *Lancet Respir Med.* 2020.
10. Ronco C, Navalesi P, Vincent JL. Coronavirus epidemic: preparing for extracorporeal organ support in intensive care. *Lancet Respir Med.* 2020.
 11. Zhang J, Zhou L, Yang Y, Peng W, Wang W, Chen X. Therapeutic and triage strategies for 2019 novel coronavirus disease in fever clinics. *Lancet Respir Med.* 2020.
 12. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020.
 13. Perlman S. Another Decade, Another Coronavirus. *N Engl J Med.* 2020;382(8):760-2.
 14. Phan LT, Nguyen TV, Luong QC, Nguyen TV, Nguyen HT, Le HQ, et al. Importation and Human-to-Human Transmission of a Novel Coronavirus in Vietnam. *N Engl J Med.* 2020;382(9):872-4.
 15. Watts CH, Vallance P, Whitty CJM. Coronavirus: global solutions to prevent a pandemic. *Nature.* 2020;578(7795):363.
 16. Lee A. Wuhan novel coronavirus (COVID-19): why global control is challenging? *Public Health.* 2020;179:A1-A2.
 17. Gralinski LE, Menachery VD. Return of the Coronavirus: 2019-nCoV. *Viruses.* 2020;12(2).
 18. Uddin SMI, Englund JA, Kuypers JY, Chu HY, Steinhoff MC, Khatri SK, et al. Burden and Risk Factors for Coronavirus Infections in Infants in Rural Nepal. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America.* 2018;67(10):1507-14.
 19. Lipsitch M, Swerdlow DL, Finelli L. Defining the Epidemiology of Covid-19 - Studies Needed. *N Engl J Med.* 2020.
 20. Morens DM, Daszak P, Taubenberger JK. Escaping Pandora's Box - Another Novel Coronavirus. *N Engl J Med.* 2020.
 21. Munster VJ, Koopmans M, van Doremalen N, van Riel D, de Wit E. A Novel Coronavirus Emerging in China - Key Questions for Impact Assessment. *N Engl J Med.* 2020;382(8):692-4.
 22. Lwin MO, Jayasundar K, Sheldenkar A, et al. Lessons From the Implementation of Mo-Buzz, a Mobile Pandemic Surveillance System for Dengue. *JMIR Public Heal Surveill.* 2017. doi:10.2196/publichealth.7376
 23. Sacks JA, Zehe E, Redick C, et al. Introduction of mobile health tools to support Ebola surveillance and contact tracing in Guinea. *Glob Heal Sci Pract.* 2015. doi:10.9745/GHSP-D-15-00207
 24. Oza S, Jazayeri D, Teich JM, et al. Development and deployment of the OpenMRS-Ebola electronic health record system for an Ebola treatment center in Sierra Leone. *J Med Internet Res.* 2017. doi:10.2196/jmir.7881
 25. Katona LB, Rosen JM, Vu NC, et al. A new paradigm for disease surveillance in vietnam. *Telemed e-Health.* 2014. doi:10.1089/tmj.2013.0250
 26. Shade SB, Steward WT, Koester KA, Chakravarty D, Myers JJ. Health information technology interventions enhance care completion, engagement in HIV care and treatment, and viral suppression among HIV-infected patients in publicly funded settings. *J Am Med Informatics Assoc.* 2014. doi:10.1136/amiajnl-2013-002623
 27. Virga PH, Jin B, Thomas J, Virodov S. Electronic health information technology as a tool for improving quality of care and health outcomes for HIV/AIDS patients. *Int J Med Inform.* 2012. doi:10.1016/j.ijmedinf.2012.06.006
 28. Carneiro HA, Mylonakis E. Google Trends: A Web-Based Tool for Real-Time Surveillance of Disease Outbreaks. *Clin Infect Dis.* 2009. doi:10.1086/630200
 29. Tan LF, Mason N, Gonzaga WJ. Virtual Visits for Upper Respiratory Tract Infections in Adults Associated with Positive Outcome in a Cox Model. *Telemed e-Health.* 2017. doi:10.1089/tmj.2016.0018
 30. North F, Varkey P, Bartel GA, Cox DL, Jensen PL, Stroebel RJ. Can an office practice telephonic response meet the needs of a pandemic? *Telemed e-Health.* 2010. doi:10.1089/tmj.2010.0102
 31. Rao ASRS. Identification of COVID-19 Can be Quicker through Artificial Intelligence framework using a Mobile Phone-Based Survey in the Populations when Cities / Towns Are Under. 2020;1400. doi:10.1017/ice.2020.61
 32. Frid SA, Ratti MFG, Pedretti A, et al. Telemedicine for upper respiratory tract infections during 2018 epidemiological outbreak in South America. In: *Studies in Health Technology and Informatics.*; 2019. doi:10.3233/SHTI90290
 33. Rinaldi G., Rinaldi S. (2018) Model for Pollutant and Disease Monitoring. In: Cappello F, Gaddi A. (eds) *Clinical Handbook of Air Pollution-Related Diseases.* Springer, (ib)
 34. Judd.E. Hollander, M.D. and Brendan G.Carr Virtually perfect? Telemedicine for Covid-19 (2020) *New England Journal of Medicine Health J, Sinai M, Permanente K. New England Journal of Medicine.* 2020;1-3



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:



Ricoveri ospedalieri

Post acuzie



Riabilitazione



Pazienti affetti
da disturbi 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



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



ASSOCIAZIONE ITALIANA DONNE MEDICO

Piazza dei Martiri 1943 – 1945 n.1/2 - 40121 Bologna
associazionedonnemedicobologna@gmail.com

PREMIO “MARGHERITA ARCIERI” ASSOCIAZIONE ITALIANA DONNE MEDICO (AIDM) SEZIONE di BOLOGNA

L'associazione Italiana Donne Medico (AIDM) – Sezione di Bologna destina il Premio “Margherita Arcieri” per il riconoscimento di un'attività inerente l'ambito d'azione dell'Associazione Italiana Donne Medico. L'AIDM è attiva nel valorizzare il lavoro della donna medico in campo sanitario, promuovere la collaborazione tra le donne medico, collaborare con le altre associazioni sia italiane che internazionali per lo studio delle problematiche sanitarie e socio-sanitarie che coinvolgono la collettività, e in particolare le donne, promuovere la formazione scientifico-culturale in campo sanitario collaborando con organismi ed istituzioni pubbliche, elaborare trial di studio e linee guida.

Il premio è dedicato alla Dott.ssa Margherita Arcieri, fondatrice della sezione bolognese dell'AIDM che ha ispirato tutte le Socie con la Sua preparazione, volontà, determinazione ed impegno verso la cura e le attività delle donne. Nell'edizione 2020, il Premio “Margherita Arcieri” è di 5000, 00 euro ed è interamente donato da Emilbanca Credito Cooperativo Sede di Bologna nella figura del Direttore Generale Dott. Daniele Ravaglia e sarà destinato alla migliore tesi di laurea/ specialità/dottorato se effettuata fra il 2016 e il 2019 redatta da uno/a studente/ssa talentuoso/a dell'Alma Mater Studiorum Università di Bologna su temi connessi l'innovazione scientifico-umanistica con la finalità di migliorare la qualità di vita delle donne sia nell'ambito della salute che nella sue mansioni lavorative e quotidiane.

Il concorso prevede oltre all'assegnazione di un premio in denaro la possibilità di presentare la tesi come lettura magistrale durante il convegno dell'Associazione italiana Donne Medico – Sezione Bologna.

A CHI È RIVOLTO: possono partecipare studenti laureati/specializzati/ricercatori dell'Alma Mater Studiorum Università di Bologna la cui tesi di laurea, specialità, dottorato sia stata inerente agli argomenti richiesti dal bando di concorso e la cui presentazione ricada nei termini previsti dal bando.

PER PARTECIPARE AL BANDO DI CONCORSO E RICEVERE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA:

inviare una mail a premioma.aidmbo@gmail.com specificando nell'oggetto
“RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PER IL PREMIO MARGHERITA ARCIERI”.
DEADLINE per presentare la domanda ore 23:59 del 30 aprile 2020

Con il patrocinio di:



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI
BOLOGNA

Con il supporto di:



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:



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



MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 28 gennaio 2020

CHIRILLO ANNA	345/09.36.769	MICELI RINALDO STEFANO	339/70.89.889
CIRIMBELLI ANDREA	348/74.87.845	MICHELI ORIANNA	346/10.08.676
CORACI LAURA	338/49.64.036	PASINI GIULIA PAOLA	347/43.08.020
CURTO ALBERTO	329/27.88.386	PASOTTI STEFANO	331/78.93.902
DALL'OLIO MICHELE	340/87.40.856	ROGACHEVA NATALIA	338/92.33.678
DEL VECCHIO VALERIA	333/74.833.88	SACILOTTO FEDERICA	339/46.73.169
DI CASTRI VINCENZO	340/72.80.049	TOMBA SARA	339/11.56.503
DI FELICE ALESSANDRO	349/53.64.024	VALLUZZI FRANCESCO	393/24.35.670
FORNASARI FRANCESCO	335/67.00.031	VALTORTA ALESSANDRO	347/16.43.919
GUIDASTRI MONICA	366/700.62.68	VIOTTI VALENTINA	389/45.17.778

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
CARDELLICCHIO RODOLFO	Ortopedia e Traumatologia	335/62.20.145
COZZI AURORA	Odontoiatra	331/70.98.539
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano	
GRISHKO JANA VLADIMIROVNA	Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
PIZZUTI GIOVANNI	Odontoiatra	392/41.36.390
VALBONESI FRANCESCA	Neuropsichiatria Infantile Corso di Formazione in Medicina Generale	349/21.25.114 349/53.28.910



Ai Colli

PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO PSICHIATRICO

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

Consorzio Ospedaliero Colibrì

Direttore Sanitario e Primario: Dott. Paolo Baroncini

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

Reparti di degenza

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

Ambulatori

- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatrics
- 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

*Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna
Provider Nazionale n. 3744*

CALENDARIO EVENTI FORMATIVI ECM MARZO 2020

07/03/2020 sabato - BENESSERE PSICOLOGICO E PREVENZIONE DEL DISAGIO: ESPERIENZE A CONFRONTO - ore 9:00-12:00 (registrazione partecipanti 8:45-9:00; questionario 12:00-12:30) - Professioni: Medico Chirurgo (MMG e tutte le Discipline), Odontoiatra - Relatori: Dott.ssa Monica Pastina, Col. me. Giuseppe Marchi, Dott.ssa Daniela Carissimi, Magg. psi. Barbara Laiacona, Cap. psc Alessandra Mannarelli - Crediti ECM: 3 - Sede: Sala Conferenze Circolo Ufficiali dell'Esercito - Via Marsala n. 12 Bologna

10/03/2020 martedì - ENDODONZIA 2030 E PROFILI DI ETICA E DEONTOLOGIA OPERATIVA - ore 20:00-22:00 (registrazione partecipanti 19:45-20:00; questionario 22:00-22:30) - Professioni: Odontoiatra, Medico Chirurgo (MMG e tutte le Discipline) Relatore: Prof. Carlo Prati - Crediti ECM: 2 - Sede: Sala Conferenze OMCeO Bologna - Via G. Zaccherini Alvisi n. 4 Bologna

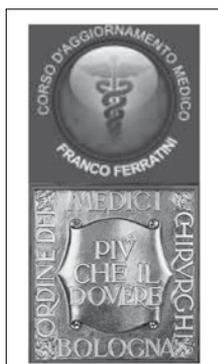
14/03/2020 sabato - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E CHIRURGIA: UNA ESPERIENZA DI PERFETTA SINERGIA... IN ROSA - ore 9:00-12:00 (registrazione partecipanti 8:45-9:00; questionario 12:00-12:30) - Professioni: Medico Chirurgo (MMG e tutte

le Discipline), Odontoiatra - Relatori: Col. Co. sa. me. Giuseppe Masia, Dott. Maurizio Cervellera, Dott.ssa Margherita Diegoli, Prof.ssa Valeria Tonini - Crediti ECM: 3 - Sede: Sala Conferenze Circolo Ufficiali dell'Esercito - Via Marsala n. 12 Bologna

21/03/2020 sabato - MEDICINA LEGALE - ore 9:00-12:00 (registrazione partecipanti 8:45-9:00; questionario 12:00-12:30) - Professioni: Medico Chirurgo (MMG e tutte le Discipline), Odontoiatra - Relatori: Dott. Gianpaolo Graldi, Dott.ssa Lucia Zanardi, Dott.ssa Giovanna Ferrari - Crediti ECM: 3 - Sede: Sala Conferenze Circolo Ufficiali dell'Esercito - Via Marsala n. 12 Bologna

28/03/2020 sabato - PAZIENTI CRITICI E PAZIENTI FRAGILI: ESPERIENZE ASSISTENZIALI A CONFRONTO... SOTTO LO STESSO TETTO - ore 9:00-12:00 (registrazione partecipanti 8:45-9:00; questionario 12:00-12:30) - Professioni: Medico Chirurgo (MMG e tutte le Discipline), Odontoiatra - Relatori: Dott. Mirco Vanelli Coralli, Dott.ssa Jutta Renate Lehmann, Dott. Giorgio Legnani, Dott.ssa Margherita Arcieri - Crediti ECM: 3 - Sede: Sala Conferenze Circolo Ufficiali dell'Esercito - Via Marsala n. 12 Bologna

Tutti gli incontri sono accreditati ECM e si svolgeranno, alcuni, presso la Sala Conferenze dell'OMCeO di Bologna in Via G. Zaccherini Alvisi n. 4, altri, presso il Circolo Ufficiali dell'Esercito in Via Marsala n. 12 Bologna. La partecipazione è gratuita previa iscrizione online sul sito web www.odmbologna.it alla pagina "Aggiornamento professionale e ECM". Il calendario è indicativo e provvisorio, pertanto, non essendo definitivo, potrà subire modifiche e integrazioni. Solo ad organizzazione ultimata e completa, gli eventi saranno, via via, pubblicati sul sito web corredati di maggiori dettagli informativi, anche in riferimento alle iscrizioni. Segreteria organizzativa: ecm@odmbologna.it



59° CORSO DI AGGIORNAMENTO MEDICO

“FRANCO FERRATINI”

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI

DI BOLOGNA PROVIDER: n° 3744

COMPONENTI IL COMITATO SCIENTIFICO DEL PROVIDER :

Dott.ri Giancarlo Romagnoli, Marilena Grassi, Prof. Ernesto Labriola, dott.ri Giuseppe e Paolo Checchia, Renato Emiliani, Michele Macciantelli.

COORDINATORE del COMITATO SCIENTIFICO del PROVIDER : Prof. Stefano Pileri.

COMPONENTI IL COMITATO SCIENTIFICO Prof.ri Guido Poggiopollini, Roberto Corinaldesi, dott. Pasquale Cappello.

SEDE DEL CORSO: Aula Magna “G. Viola” Clinica Medica Pad. 11 Policlinico S. Orsola -BO

Registrazione: 20:00 – 20:30 Lezione: 20:30 – 23:30

Con la collaborazione della SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

RESPONSABILI SCIENTIFICI: Dott. GIANCARLO ROMAGNOLI, Dott.ssa MARILENA GRASSI

2019	DOCENTI	EVENTI
10 OTTOBRE	PROF. BOLONDI LUIGI	ECOGRAFIA: IERI, OGGI, DOMANI
24 OTTOBRE	PROF. DE PONTI FABRIZIO	I FARMACI EQUIVALENTI DOPO VENTI ANNI
7 NOVEMBRE	PROF. DE GIORGIO ROBERTO	LA GESTIONE DELLA STIPSI CRONICA: UN PROBLEMA IN EVOLUZIONE
21 NOVEMBRE	DOTT. DI PASQUALE GIUSEPPE	LA MALATTIA CORONARICA STABILE: LINEE GUIDA ESC 2019
28 NOVEMBRE	PROF. PRESUTTI LIVIO	INSIDIE NELLA DIAGNOSTICA OTORINOLARINGOIATRICA
5 DICEMBRE	DOTT. CALOGERO ALFONSO	PROTESI D'ANCA
12 DICEMBRE	PROF. BORGHI CLAUDIO	UNA CORRETTA MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
2020		LE POLINEUROPATIE PERIFERICHE: PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
16 GENNAIO	PROF. LIGUORI ROCCO	
30 GENNAIO	PROF. POGGIOLI GILBERTO	MODERNO TRATTAMENTO DELLE MALATTIE INFIAMMATORIE INTESTINALI CRONICHE
6 FEBBRAIO	DOTT. BROCCOLI ALESSANDRO	INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DELLE ANEMIE DA CARENZA DI FERRO
19 MARZO	PROF. LA MANNA GAETANO	GLOMERULONEFRITI ACUTE E CRONICHE
26 MARZO	PROF. CIARDELLA ANTONIO	LE PATOLOGIE RETINICHE
2 APRILE	PROF. BAZZOLI FRANCO	FOCUS SU 30 ANNI DI TERAPIA ERADICANTE L'HELICOBACTER PYLORI
9 APRILE	PROF. PAGOTTO UBERTO	L'OSTEOPOROSI
23 APRILE	PROF. LABRIOLA ERNESTO	L'INSUFFICIENZA CARDIACA
7 MAGGIO	PROF. LANARI MARCELLO	VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA: QUALI E PERCHE'
14 MAGGIO	DOTT. MURATORI ROBERTO	IL DISTURBO BIPOLEARE: STORIE CLINICHE
28 MAGGIO	DOTT. CALOGERO PIETRO	CURE PALLIATIVE IN GERIATRIA

Il 59° Corso si articola in 18 eventi, accreditato di 3 crediti ECM per evento. Posti disponibili: 100

L' ISCRIZIONE È GRATUITA ED È TELEMATICA SUL SITO www.odmbologna.it:

per i 9 eventi da ottobre 2019 a gennaio 2020 è aperta dal 16/09/2019 ore 16:00 al 30/09/2019 ore 16:00; per i 9 eventi da febbraio a maggio 2020 è aperta dal 15/01/2020 ore 16:00 al 31/01/2020 ore 16:00.

Segreteria: tel. 051-399745 – segreteria@odmbologna.it - www.odmbologna.it

PERCORSO FORMATIVO EXTRACLINICO PER LA PROFESSIONE ODONTOIATRICA - RELAZIONE TECNICA

Tra marzo e maggio 2019 si è tenuta la seconda edizione del "percorso formativo extraclinico per la professione odontoiatrica", un evento ECM rivolto ai giovani laureati under 35 che si avvicinano alla professione. Prima di affrontare la parte strettamente medica del percorso professionale, i giovani laureati che si apprestano ad intraprendere l'attività si trovano infatti davanti ad un dedalo di scelte e problematiche che poco hanno a che fare con l'odontoiatria in senso stretto ma che sono parte integrante del percorso lavorativo scelto. A tal fine il corso, sviluppato su cinque incontri, ha preso in esame l'aspetto burocratico, fiscale ed economico dell'attività, con uno sguardo rivolto anche agli aspetti previdenziali ed assicurativi. L'analisi del futuro demografico della popolazione (e, di conseguenza, della possibile paziente) è stata esaminata parimenti alla potenziale scelta della tipologia di studio che si vorrebbe aprire e del regime fiscale ad essa legato. Si è poi preso in esame ogni possibile ambito organizzativo, sia in caso di passaggio generazionale di uno studio monoprofessionale dal dentista che cessa l'attività al neolaureato che gli subentra, volgendo l'attenzione su tutti gli aspetti strettamente burocratici del processo, (quale cessione dell'autorizzazione sanitaria e passaggio delle consegne in ambito di responsabilità ai fini di smaltimento dei rifiuti, di privacy e, se presenti dipendenti, della sicurezza sul lavoro), sia in caso di attività esercitata in forma ambulatoriale, per cui è stata esaminata la moltitudine di responsabilità legate all'assunzione dell'incarico di direttore sanitario. Gli ultimi incontri del percorso hanno invece interessato l'organizzazione degli aspetti più quotidiani dell'attività, quali la gestione dell'agenda degli appuntamenti, il magazzino, l'approvvigionamento dei farmaci, la manutenzione delle attrezzature e la corretta compilazione della cartella clinica anche ai fini di una eventuale necessità di tutela legale del professionista. Il corso, che ha rilasciato ai partecipanti 22 crediti ECM, ha visto la partecipazione di 27 giovani odontoiatri, provenienti dalla provincia di Bologna ma anche da fuori Regione, a dimostrazione dell'interesse dei giovani laureati verso una tematica che raramente è oggetto di un corso di formazione pur affrontando argomenti di rilevante importanza.

CONVEGNO ANNUALE ASSOCIAZIONE ONCONAUTI (VII EDIZIONE) SOPRAVVIVERE AD UN TUMORE NELLE DIVERSE ETÀ DELLA VITA. (STESSI FARMACI. DIVERSE STORIE E STILI DI VITA. TECNOLOGIE INNOVATIVE)

8 novembre 2019 - Biblioteca del Convento San Domenico, Bologna

L'Associazione Onconauti, che promuove percorsi di riabilitazione integrata oncologica, ha voluto dedicare il suo VII convegno annuale alla discussione sulla concreta possibilità di un nuovo approccio in Oncologia. Un nuovo approccio che sappia integrare il sapere tradizionale scientifico in ambito medico con il recupero di abitudini salutari appartenenti a diverse culture (come la dieta mediterranea, l'esercizio fisico e le pratiche mente-corpo). Si è così discusso di una nuova strategia, in grado di trovare un bilanciamento tra scienza e valori dell'uomo; dieta mediterranea ed industria alimentare; tecnologia ed ambiente; ospedale e territorio; profili di assistenza e profili di cura mente e corpo. Ci si è focalizzati in particolare sul tema della sopravvivenza ad un tumore nelle diverse età della vita, cercando di dare un piccolo contributo allo sviluppo di questa nuova Scienza del Ritorno al Benessere, evitando che guarire da un tumore si traduca, per molte persone, in una nuova forma di disabilità e di rischio per la salute. L'evento si è svolto l'8 Novembre 2019, alla presenza di circa 140 partecipanti, presso la biblioteca del convento San Domenico (Sala della Traslazione) Piazza San Domenico 13 Bologna, con il patrocinio di: Regione Emilia-Romagna, Città Metropolitana, Comune di Bologna, Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri di Bologna, Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna, "Datti una mossa", Sipiss- Società italiana di Psicoterapia Integrata per lo Sviluppo Sociale, SUMAI-Aiom, FareRete Innovazione Bene Comune, F.A.V.O, Salute è Bologna, Alma mater Studiorum Università di Bologna. L'evento è stato realizzato anche grazie al supporto dei nostri Partner: Pr Rubino, CDL, Granarolo e BioenergeticLab.

Il Convegno è stato aperto dai saluti delle Autorità. Ha aperto i lavori Giuliano Barigazzi (Assessore alla Sanità - Comune di Bologna), che si è complimentato con l'Associazione per la complessità del tema trattato. Il numero crescente della popolazione di anziani sul territorio (20.000 persone hanno più di 85 anni) rappresenta infatti una sfida per l'organizzazione sanitaria con un aumento del bisogno di assistenza domiciliare. Adriana Giannini (Responsabile Prevenzione Sanità Pubblica Emilia Romagna) ha proseguito sottolineando l'importanza della prevenzione in modo che il concetto di "cura" non implichi solo le pratiche di diagnosi e terapia, ma vada a comprendere anche la diffusione degli screening e l'informazione sui corretti stili di vita che possono aiutare a combattere diabete ed obesità. Il Dr Paolo Pandolfi (Direttore U.O.C. Epidemiologia-Ausl Bologna) ha concluso questa prima parte focalizzandosi sulla importanza di costruire percorsi di "salute" che tengano conto della diversità dei contesti e delle caratteristiche personali.

Il Professor Enrico Roda ha preceduto la prima sessione della mattina con la sua Open Lecture che ha portato un dato sostanziale: nonostante le recenti e sempre più moderne innovazioni, le maggiori cause di morte sono le malattie cardiovascolari ed il tumore. Questo significa che la medicina non è riuscita ancora ad incidere

sui maggiori fattori di rischio (obesità, fumo e sedentarietà), strettamente legati allo stile di vita. Manca quasi del tutto una cultura della prevenzione da lui definita "manutenzione del soggetto sano"; il pianeta sta invecchiando ed occorre ridurre gli sprechi e trovare fonti alternative.

La prima sessione della mattina dal titolo "Superare un tumore nelle diverse età della vita: storie di medici e di onconauti" ha avuto come moderatori il Dr. A. Panetta ed il Dr. A. Perrone. Il Dr Antonio Maestri, Direttore U.O.C - AUSL Imola, ha affrontato la tematica della "Diagnosi nei ragazzi e giovani adulti" presentando alcuni studi scientifici riguardanti l'incidenza delle principali neoplasie nell'età compresa tra 15 e 39 anni: frequenza, prognosi, mortalità e lungo-sopravvivenza. Dopo aver sottolineato i rischi per i lungosopravvivenenti, il Prof. Maestri si è soffermato sul ruolo del "paziente esperto" e sull'importanza della Riabilitazione Oncologica sottolineandone gli obiettivi: riduzione rischio recidive, seconda neoplasia, complicanze relative ai trattamenti; promozione della salute psico-fisica. Laura Patrucco ha portato la sua testimonianza come "paziente esperto" colui che consapevolmente riesce ad estrarre dalla propria esperienza di salute, quel valore di conoscenza dato dall'esperienza utile per l'orientamento delle scelte decisionali ed organizzative sia in ambito di assistenza, sia di ricerca sia di responsabilità sociale. Nel significato di "paziente esperto" sono fondamentali i processi di "empowerment e di engagement" perché il valore esperienziale del paziente orienti e determini la ricerca di nuove terapie, la loro sostenibilità ed accessibilità. La Dott.ssa Stefania De Lorenzo e il Dott. Giovanni Brandi del Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica Sperimentale hanno affrontato il tema della "Diagnosi in età adulta". Si è sottolineato come l'invecchiamento sia un fattore determinante nello sviluppo del cancro ed infatti l'incidenza aumenta in modo evidente con l'età. Infatti, con l'avanzare dell'età si accumulano nel nostro organismo i fattori cancerogeni, mentre dall'alto lato diminuiscono le capacità di difesa e l'attività dei meccanismi di riparazione. Fumo e abuso di alcol, l'alimentazione e l'obesità rappresentano fattori di rischio. La prima sessione della mattina si è conclusa con l'intervento sulla "Diagnosi negli anziani" del Dott. Stefano Giordani, Direttore Scientifico Associazione Onconauti, Oncologia territoriale e Cure Palliative-AUSL Bologna, Area Ovest. Il Dr Giordani, sulla base di dati scientifici, ha rilevato che in caso di tumore in fase precoce, negli anziani le terapie causano più tossicità e risultati peggiori rispetto alla media statistica. Gli anziani → 75/80 anni sono fortemente sottorappresentati negli studi clinici. Infine, sono spesso sottovalutate tre caratteristiche della popolazione anziana: la ridotta aspettativa di vita, la fragilità, e i diversi stili di vita rispetto alla popolazione dei giovani. Come testimonianza di questo tipo di popolazione è intervenuta Marisa Mancini che ha portato la sua esperienza, focalizzandosi sui benefici riscontrati grazie ai percorsi riabilitativi post terapia che hanno migliorato non solo l'umore ma anche le sue capacità cognitive e fisiche.

La seconda sessione della mattina, sul tema "Integrare gli interventi sullo Stile di vita nel trattamento e nella riabilitazione oncologica: il modello Onconauti", ha avuto come moderatori il Dott. P. Pandolfi e il Dott. Scagliarini e ha avuto inizio con l'intervento del Dott. Maurizio Porqueddu, medico chirurgo agopuntore, che ha parlato del valore della dieta mediterranea e ha analizzato gli studi sul digiuno nelle varie fasi del percorso oncologico (in particolare, nella fase preparativa alla chemioterapia e durante la chemioterapia). La sessione è proseguita con l'intervento su "La gestione dello stress nelle età della vita: effetto placebo, effetto nocebo" della Dott.ssa Pezzella, che ha sostituito il Dott. Gioacchino Pagliaro direttore U.O.C di Psicologia Clinica Ospedaliera - AUSL Bologna, come sua collaboratrice. Sono stati evidenziati gli studi sperimentali e clinici che riportano le emozioni, i traumi, gli eventi stressanti sono in grado di intervenire fortemente sul nostro equilibrio con ripercussioni importanti sulla nostra salute. Se da un lato, tutto questo provoca il famoso effetto "nocebo" è possibile compensare tale condizione con l'effetto placebo che viene rinforzato in particolare da alcune attività che migliorano la resilienza: psicoeducazione, psicoterapia, mindfulness e pratiche mente-corpo. Questo argomento è stato ripreso dall'intervento dal titolo "Pratiche mente-corpo e oncologia Integrata: effetti clinici, genetici e sulla qualità della vita" affrontato dal Dott. Stefano Giordani e la Dott.ssa Chiara Teneggi Docente Yoga Associazione Onconauti. Il Dott. Stefano Giordani ha spiegato alcuni studi scientifici che dimostrano come la pratica dello Yoga, condotta almeno per 3 mesi e una volta a settimana, riesca a disattivare il gene NF-kB che svolge un ruolo primario nella regolazione dell'infiammazione e del sistema immunitario. Inoltre, un altro studio ha rilevato che dopo una pratica di 60 minuti di Iyengar Yoga si verificava un incremento dei livelli cerebrali di GABA con conseguente miglioramento degli stati ansiosi. La Dott.ssa Chiara Teneggi ha spiegato in che modo la pratica dello yoga, attraverso le pratiche di respirazione, possa influire sul sistema nervoso, creando un bilanciamento tra il sistema nervoso autonomo ortosimpatico e quello parasimpatico, con conseguente attivazione del nervo vago che, in diversi studi scientifici, viene correlato ad un basso stato di infiammazione. In considerazione delle crescenti evidenze scientifiche, l'intervento si è concluso consigliando ai partecipanti di fare entrare lo yoga tra le pratiche che aiutano a migliorare lo stile di vita. La seconda sessione del mattino si è conclusa con l'intervento su "Esercizio fisico e sport competitivi: benefici ed effetti biomolecolari in giovani ed anziani" tenuto dalla Dott.ssa Carolina Simioni Dipartimento di Scienze Mediche-Unife e Il Dott. Luca Maria Neri Dipartimento di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale- Unife. Sono stati evidenziati alcuni dati sulle cause della mortalità in Italia: i tumori sono la seconda causa di morte (29% di tutti i decessi), dopo le malattie cardio-circolatorie (37%). Il tumore che ha fatto registrare nel 2015 il maggior numero di decessi è quello al polmone (33.836), seguito da colon-retto (18.935), mammella (12.381), pancreas (11.463) e fegato (9.675). Un dato incoraggiante è che il 27% dei pazienti vivi dopo la diagnosi torna ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale: nel 2010 erano 704.648, nel 2018 sono saliti a 909.514, con un incremento del 29%. Infatti, il cancro ad oggi può essere affrontato con una ampia varietà di trattamenti che comprendono la chirurgia, la radioterapia, la chemioterapia, la terapia ormonale, la terapia biologica e le terapie a bersaglio molecolare (targeted therapies). Tuttavia, si può includere anche anche l'esercizio fisico e sportivo tra i trattamenti che rinforzano il sistema immunitario dell'organismo. Ed infatti, la sedentarietà, in aumento, sta divenendo uno dei fattori principali di rischio di mortalità globale e cardiovascolare. Eliminando questo indicatore di rischio si ottiene una riduzione delle malattie cardiovascolari del 15-39%, di ictus del 33%, di cancro del colon del 22-33%, di fratture

ossee secondarie ad osteoporosi del 18%. Un altro dato importante è che l'attività fisica migliora anche gli stati dell'umore andando a contrastare anche una tendenza depressiva che si scatena spesso dopo il tumore. Dopo il pranzo offerto dalla Associazione Onconauti, la sessione del pomeriggio sul tema "L'integrazione delle spezie nella alimentazione anti-cancro in tutte le età" è stata aperta dalla Lectio magistralis del Prof. Bharat Aggarwal dell' Anderson Cancer Center che ha centrato il suo intervento sull'importanza della nutraceutica nella riduzione della infiammazione. Infatti, i farmaci possono bloccare un solo tipo di gene alla volta, mentre la natura mette a disposizione varie sostanze che agiscono in modo più complessivo. Diverse sono ormai le pubblicazioni che correlano l'utilizzo di alcune spezie con un migliore assorbimento dei chemioterapici. La sessione è proseguita con gli interventi del Dott. Mauro Mantovani - Chimico sperimentale e Biologo - e con quello di Federica Badiali - Biologa Nutrizionista della Associazione Onconauti - che hanno approfondito il valore dell'utilizzo delle spezie in cucina. Una attenzione particolare è stata data alla curcumina che diminuisce lo stress ossidativo, aumentando l'ossigenazione.

A seguire, si è aperta la tavola rotonda sul tema "Non ci ammalieremo più di cancro grazie alle nuove tecnologie?" con la presenza dei moderatori Dott. F. Foglietta e Dott. E. Guberti.

Il primo intervento "Oncologia di precisione e immunoterapia: a che punto siamo?" ha avuto come relatore il Dott. Massimiliano Salati - Dottorato di ricerca in Oncologia. L'immunoterapia è oggi considerata l'ultima frontiera della lotta ai tumori, essa si basa sul concetto rivoluzionario di combattere i tumori "armando" il sistema immunitario del paziente in maniera tale da riconoscere le cellule tumorali e annientarle. Un'altra strategia, di ultimissima generazione e denominata CAR-T (Chimeric Antigen Receptor), si basa invece sull'ingegnerizzazione genetica dei linfociti T al fine di potenziarli. Nello specifico, le cellule T vengono prelevate dal sangue del paziente, modificate geneticamente in modo tale da esprimere sulla loro superficie il recettore CAR capace di aumentare la risposta immunitaria, e reinfuse nel paziente stesso. Come secondo intervento la Dott.ssa Patrizia Brigidi Dipartimento di Farmacia e Biotecnologie ha affrontato il tema "La nutraceutica di precisione orientata sul microbiota". La Dott.ssa ha illustrato studi scientifici su come il microbiota intestinale influisca sulla efficacia della immunoterapia e come la manipolazione del microbiota (oggi possibile) sia predittiva, prima delle terapie, di una risposta positiva ed a lungo termine. Il Dott. Mauro Grigioni Istituto Superiore di Sanità ha introdotto il tema "L'intelligenza artificiale" per migliorare diagnosi e terapia nella Sanità. Si è valutata la necessità di applicare nelle immagini diagnostiche nuove metodiche innovative proprie del campo dell'astrofisica per l'analisi di matrici di dati tridimensionali. Nello stesso tempo, si parla anche di applicare metodologie di assicurazione di qualità, per la determinazione di standard di riferimento adeguati a rendere efficace e appropriato l'utilizzo delle tecniche dell'intelligenza artificiale sulle immagini stesse.

Alla fine dell'intervento suddetto, è seguito il confronto tra i professionisti ed il pubblico.

CONCLUSIONI:

"Gli interventi sullo stile di vita per le persone con malattie croniche" ad opera dei relatori

Dott. Paolo Pandolfi - Dipartimento Igiene Epidemiologia e Sanità - AUSL Bologna e

Dott. Stefano Giordani, Direttore Scientifico Associazione Onconauti, Oncologia territoriale e Cure Palliative-AUSL Bologna, Area Ovest

Gli interventi dei relatori hanno messo in luce i seguenti punti:

- 1) Spesso i tumori che si riscontrano nelle persone anziane hanno caratteristiche peculiari e richiedono trattamenti molto personalizzati che devono tenere conto dell'età biologica oltre che anagrafica, delle comorbidità ed anche delle condizioni psico-sociali.
- 2) L'aspettativa delle persone con più di 80 anni non va considerata necessariamente breve (13 anni in media nelle donne). Tuttavia, presentando una ampia variabilità, essa non può essere considerata l'unico parametro per valutare il risultato dei trattamenti oncologici. La mortalità per le persone over 80 anni è infatti condizionata soprattutto da fattori non oncologici.
- 3) I trattamenti complementari danno ottimi risultati anche nella popolazione degli anziani, soprattutto dal punto di vista del miglioramento della qualità della vita che rappresenta probabilmente il parametro di efficacia dei trattamenti oncologici più importante, considerando la limitata aspettativa di vita. Inoltre, la possibilità di ridurre l'intensità degli effetti collaterali delle terapie con i trattamenti complementari che riducono la tossicità può avere una importanza strategica nella popolazione anziana.
- 4) L'analisi genetica del microbiota si sta rivelando anche negli anziani un parametro di grande importanza per predire l'efficacia dei trattamenti oncologici.

* * *

USO DELL'OZONOTERAPIA E DEI GAS MEDICALI NELLA MALATTIA ONCOLOGICA E DELLE VARIE OPPORTUNITÀ TERAPEUTICHE DEGLI STESSI

9 novembre 2019, Bologna

Il giorno 9/11/2019, si è tenuto a Bologna il secondo congresso della Fondazione Maria Guarino Amor Onlus, il cui tema centrale è stato l'uso dell'ozonoterapia e dei gas medicali nella malattia oncologica e delle varie opportunità terapeutiche degli stessi. Vari i relatori come Prof. Nabissi (dell'università di Camerino), Dott. Fanelli A. del centro ecomedica di Empoli, Prof. Palazzoni dell'università Gemelli di Roma, Prof. Sabatino e Maione e Michele d'Amico (dell'Università degli studi della Campania Vanvitelli di Napoli) la dott.ssa Marzetti Di Bologna, il Prof Fenizia (Istituto degli studi di Milano) hanno esposto come oggi il cancro può essere affrontato e combattuto a 360°.

Il Prof. Luongo presidente della fondazione nonché veterano sull'ossigeno ozonoterapia, già professore associato della Università degli studi della Campania L. Vanvitelli ha aperto i lavori parlando della funzione e dello stato dell'arte dell'ossigeno ozonoterapia. Nella prima sessione dei lavori si è parlato di cannabis terapeutica con intervento del Prof. M. Nabissi che ha esposto i primi dati preliminari inerenti al progetto di ricerca che Università di Camerino ha con La Fondazione su Adk Pancreas ossigeno ozono cannabis e melatonina. Il professor Nabissi da anni si interessa di ricerca all'Università di Camerino sull'interazione che ha la cannabis con le chemio/radioterapie. In seguito hanno relazionato, la dott.ssa Boccella, che ha sostituito il Prof. L. Luongo (assente per improrogabili imprevisti) sul ruolo che ossigeno ozono e la cannabis hanno nel dolore oncologico e il Dott. Marco Bertolotto (capo dipartimento Asl Sv) che ha concluso la prima sessione discutendo di evidenze cliniche sul dolore trattato con cannabis terapeutica.

Nella seconda sessione della mattina si è parlato del ruolo del microbiota intestinale e dell'alimentazione. Sono intervenuti la dott.ssa C. Marzetti di Bologna, la dott.ssa A. di Giusto di Roma, la dott.ssa V. Maschi di Treviso. Nella terza sessione, dopo la chiusura dei lavori con coffee break, si è parlato del ruolo dell'immunoterapia con Prof. C. Fenizia dell'università degli studi di Milano, che ha riportato enorme ruolo degli ultimi studi e protocolli in essere. Il dott. A. Fanelli ha esposto la differenza di opportunità tra radioterapia classica e radioterapia stereotassica e l'effetto sinergico che essa ha con ossigeno ozonoterapia. Nella sessione pomeridiana ha discusso dott. Ivano Ferri parlando del ruolo delle terapie integrate in ambito oncologico, seguito dal Dott. A. Frassinetti che ha relazionato sul ruolo di un composto nutraceutico e dei dati preclinici che questo composto sta ottenendo. Infine la Dott.ssa Luongo, Vicepresidente della Fondazione Maria Guarino Amor ETS, ha esposto i dati sui GBM ossigeno ozono cannabis e melatonina, chiamando a testimoniare vari pazienti in cura presso la fondazione, i quali hanno esposto i benefici che stanno ottenendo e come hanno affrontato le chemio pre e post ossigeno ozonoterapia. Ha terminato la dott.ssa Galli che ha parlato dell'importanza del percorso psicoterapeutico nel malato oncologico.

Test ecm e questionario di gradimento.

Il congresso è stato coordinato dal Provider Lamb che si è interessato dell'accREDITAMENTO con 6 ECM.

Il numero dei partecipanti è stato alto → 100.

* * *

IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA SCOLIOSI OGGI

15-16 novembre 2019 - Istituto Ortopedico Rizzoli I.R.C.C.S. - Aula Anfiteatro, Bologna

Il Convegno tenutosi all'Istituto Ortopedico Rizzoli 15-16 Novembre 2019 sulle innovazioni ed i miglioramenti dei risultati del trattamento chirurgico delle deformità della colonna vertebrale, ha coinvolto un gruppo multispecialistico (chirurgo vertebrale, anestesista, neurologo, fisiatra) che si occupano del trattamento chirurgico della scoliosi. La partecipazione e impegno scientifico sono stati ampi con coinvolgimento di specialisti nazionali che rappresentavano il larga parte la società scientifica nazionale (SICV&GIS) ed internazionali (Michael Paul Grevitt Gran Bretagna, Henry Halm Holanda, Rene M. Castelein Olanda) che hanno risposto ed interagito anche con tutti gli specialisti di altre discipline e con la platea dei discenti. Gli argomenti si sono concentrati principalmente sul trattamento delle scoliosi idiopatiche dell'adolescenza, le scoliosi secondarie e dell'adulto, sempre con un confronto multidisciplinare fra esperti nel campo del trattamento chirurgico delle deformità del rachide.

La proiezione di filmati di tecniche innovative hanno particolarmente stimolato la discussione per tutta la durata del convegno. Al termine della seconda giornata è stato formulato un test di valutazione ECM con quiz raccolti da ogni relatore e attinenti all'argomento trattato.

RICERCA DI PERSONALE MEDICO STAGIONALE PRESSO STRUTTURE ESTIVE PER MINORI

JOIN US!

TOJOB

D.O.C. seleziona nelle principali città italiane personale per soggiorni estivi al mare e in montagna.

servizi educativi & animazione

servizi alberghieri

servizi sanitari

info e iscrizioni
011 21 67 990
cooperativadoc.it
job@cooperativadoc.it

@cooperativadoc DDC via

Da oltre trent'anni la Cooperativa D.O.C. s.c.s. si dedica al turismo, al welfare e alla fragilità sociale e opera nel settore della residenzialità per studenti e nell'erogazione di servizi educativi. Con oltre dodicimila minori ospitati ogni estate nei propri soggiorni vacanza in Italia e all'estero, D.O.C. s.c.s. è tra le principali organizzazioni nazionali impegnate nelle prassi e negli studi pedagogici legati all'infanzia, preadolescenza e adolescenza. Per la stagione estiva 2020 ricerchiamo 50 medici. In qualità di collaboratrice con l'Ufficio Selezioni del Personale. Nella stagione estiva 2020 avvieremo circa venti soggiorni vacanza su tutto il territorio nazionale, più due centri all'estero, e tramite Voi vorremmo sensibilizzare giovani laureati alle nostre offerte di lavoro. Terremo diverse date nei mesi di Marzo, Aprile e Maggio per selezionare personale medico. Sarà possibile iscriversi alle selezioni attraverso la sezione Lavora con noi sul sito www.cooperativadoc.it scegliendo la data e la città di partecipazione.

Tel. 0112167990 - E-mail: job@cooperativadoc.it



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



CERTIFICATA



Aut.San. PG.N. 25139/2017

Propenso all'aggregazione professionale, odontoiatra affitta locali di ambulatorio odontoiatrico di 250mq a colleghi desiderosi. Palazzina sui viati davanti ai Giardini Margherita, Piano ammezzato e parcheggio auto. Contattare Roberto Calandriello 335/391752 - roberto@calandriello.com.

Medico chirurgo odontoiatra con doppia iscrizione all'albo e con esperienza chirurgica implantare ultratrentennale offresi per consulenze implantologiche e chirurgiche. Cell. 346/5069276.

Odontoiatra con esperienza pluriennale collaborerebbe presso studi dentistici in conservativa, endodonzia, protesi e piccola chirurgia. Tel. 348/4728895, preferibilmente dopo le 19, 30.

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

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

Canelli Piermatteo, specialista in medicina interna. Medico disponibile per attività. Per info tel. 338/1477311.

Poliambulatorio chirurgico Bologna Porta Europa, costituito da ambulatorio diagnostico e saletta operatoria, con tre bagni, ufficio e sterilizzazione, autorizzazione del 2007, causa cessata attività a fine 2020, valuta interesse per affitto/cessione. Per contatti mandare un SMS ad al 335/6910240.

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

Medico Chirurgo Odontoiatra, titolare Studio Dentistico dal 1992, collaborerebbe con studi o strutture odontoiatriche in Bologna e Provincia; purché max serietà si valuta anche Direzione Sanitaria. Per info 339/6973381.

Cercasi Medico palliativista per Hospice. Opera Santa Maria della Carità cerca medico palliativista per l'unità di offerta

Hospice all'interno del Centro Servizi Nazaret di Mestre (VE). L'impegno richiesto è per un massimo di circa 30 ore settimanali. Consideriamo anche la possibilità di un impegno inferiore, qualora l'incarico fosse ripartito con altro medico. Per maggiori informazioni contattare i seguenti recapiti: Alvisè Cian (Responsabile del Personale) - tel. 041/3420507 - cell. 346/0640192 - email alvisè.cian@osmc.org - Patrizia Scalabrin (Direttrice del Centro Servizi Nazaret) - tel. 041/5055988 - email patrizia.scalabrin@osmc.org.

Per la stagione estiva 2020 D.O.C. s.c.s. seleziona Medici laureati abilitati e iscritti all'ordine professionale da inserire nelle proprie strutture ricettive estive dedicate a minori. DISPONIBILITÀ MINIMA DI 15 GIORNI. D.O.C. s.c.s., azienda leader nel settore, opera in ambito turistico e sociale con particolare attenzione alla ricerca, allo studio e alla progettazione di iniziative indirizzate ai giovani. Innovazione e progettazione in ambito educativo, ambientale e culturale definiscono il profilo di un lavoro trentennale su piano nazionale cui hanno contribuito migliaia di operatori "del tempo libero" e professionisti. Se interessato invia il tuo curriculum vitae a job@cooperativadoc.it [oggetto della mail MEDICI - 2020] o contattaci al numero 011.2167990.

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

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

Cercasi Medici Specialisti Italiani per Paesi Scandinavi. Stiamo cercando di assumere giovani medici specialisti dall'Italia per lavorare negli ospedali pubblici nei paesi Scandinavi con contratto regolare come dirigente Medico. Se desideri vivere e lavorare con la tua famiglia (o da solo) in Svezia, Danimarca o Norvegia, inviaci il curriculum e ti contatteremo con proposte concrete. Contatto: e.mara@lireco.se

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 (nomi, 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

FIRST ANNOUNCEMENT



PROGRAMMA: "ARTE, STORIA, CULTURA, ECONOMIA, TESTIMONIANZE CIVILI E RELIGIOSE, DIALOGO INTERCULTURALE E COOPERAZIONE SANITARIA-SOCIALE IN PAESI DEL MONDO "

1 Repubblica Azerbaijan, GIOVEDI' 15 10 2020

Arte, Storia, Cultura, Religioni, Chiese, in Azerbaijan, Baku
Lettura Laica dell'Azerbaijan Moderno



2 Repubblica Uzbekistan, GIOVEDI 12 11 2020

Arte, Religioni, Storia, Cultura, Chiese, in Uzbekistan
Tashkent Samarcanda Bukara: Lettura Laica dell'Uzbekistan Moderno

3 Arte Cultura Politica Scambi Scientifici, Culturali Economici e di Sanita' Lungo la Via della Seta...

Giovedì 03 12 2020

Politica Economia e Scambi Commerciali sulla via della seta Arte
Cultura Storia, Religioni;
Modelli di Sistema Paese Italia, Cooperazioni Sanitarie ed Attivita'
Economiche, Corporate Welfare.

4 Repubblica Kazakhstan, GIOVEDI 14 01 2021

Arte, Storia, Cultura, Religioni, Chiese, in Kazakhstan
Nursultan; Almaty : Lettura Laica del Kazakhstan Moderno



Segreteria scientifica: Prof. Franco Naccarella
proffranconaccarellanew@gmail.com

Nuova Polizza Responsabilità Professionale Medici Chirurghi ed Odontoiatri

In linea con le previsioni della legge 24/2017
(Legge Gelli)

Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Libera Professione "pura" **(COMPARTO LP)**

Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza del S.S.N., con inclusa Attività Intramoenia **(COMPARTO SSN)**

Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza del S.S.N., con inclusa Attività Extramoenia **(COMPARTO SSN)**

Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza del S.S.N., con inclusa Attività Amministrativa **(COMPARTO SSN)**

Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza di Strutture Sanitarie Private **(COMPARTO SSP)**

Polizza Infortuni ed Invalidità Permanente Malattia. **(COMPARTO INFORTUNI E IPM)**

Polizza Tutela Legale per Medici in Libera Professione **(COMPARTO T.L.LIB)**

Polizza Tutela Legale per Medici Dipendenti S.S.N. **(COMPARTO T.L.DIP)**

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

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

Quanto sopra potendo disporre di CONTENUTE CONDIZIONI ECONOMICHE specificatamente ottenute sul mercato assicurativo, per tutte le specializzazioni mediche e chirurgiche, dal medico di medicina generale, all'odontoiatra, al ginecologo, al chirurgo ortopedico, etc.!

INOLTRE È LA PRIMA ASSICURAZIONE RCP MEDICI CHE PREVEDE, AD UN COSTO RIDOTTO, LA COPERTURA PER LA SOLA RESPONSABILITÀ EXTRA CONTRATTUALE PER I SANITARI CHE LAVORANO COME LIBERI PROFESSIONISTI SOLO PRESSO STRUTTURE SANITARIE.

Per **informazioni scrivere a**
info@sorimed.com **specificando nome, numero di telefono ed in quale**
tipologia professionale rientrate. Verrete prontamente ricontattati.