

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLI - N° 11 NOVEMBRE 2010

PUBBLICAZIONE MENSILE - SPEDIZIONE IN A.P. 45% - ARTICOLO 2 COMMA 20/B LEGGE 662/96 FILIALE DI BOLOGNA

IN QUESTO NUMERO

- **Obblighi deontologici del medico e pratica psichiatrica nei Servizi Pubblici**, Pietro Abbati, pag. 3
- **L'Equity in Health Manager, nuova figura del manager della Salute Pubblica. Innovativo Master dell'Università di Bologna**, Claudio Tentoni, Pasqualino Maietta Latessa e Giovanni Paruto, pag. 8
- **Nuovi orientamenti terapeutici per l'Infezione da Helicobacter pylori: la Terapia Sequenziale**, Berardino Vaira, pag. 9
- **Cautela nell'uso di ACE+ARB in pazienti con danno renale**, Claudio Campieri, pag. 15
- **Giovani odontoiatri quale futuro?**, Andrea Dugato, pag. 16
- **Affidata all'avv. Alberto Santoli la tutela legale dei medici iscritti all'Ordine di Bologna**, pag. 17
- **L'arte ceroplastica fiorentina nelle collezioni anatomiche dell'Università di Bologna: le opere di Clemente Susini**, Alessandro Ruggeri e Nicolò Nicoli Aldini, pag. 19





SIES DAY 2010
LA GIORNATA FONDAMENTALE DELLA MEDICINA ESTETICA

video live demonstration
VISO | COLLO | MANI

Sheraton Conference Center - Bologna

27 novembre 2010

Segreteria Scientifica
SIES

Società Italiana di Medicina e Chirurgia Estetica
www.sies.net - informazioni@sies.net

Segreteria Organizzativa
CPMA - VALET

Via dei Fornaciai, 29/b - 40129 Bologna
Tel. + 39 051 63 88 334
Fax +39 051 326 840
www.valet.it - congresso@valet.it

BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE

Dott. Luigi Bagnoli

COMITATO DI REDAZIONE

Dott. Pietro Abbati
Dott. Massimo Balbi
Dott. Carlo D'Achille
Dott. Andrea Dugato
Dott. Flavio Lambertini
Dott. Sebastiano Pantaleoni
Dott. Stefano Rubini
Dott.ssa Patrizia Stancari

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
Spedizione in A.P. - 45%
art. 2 comma 20/b - legge 662/96
Filiale di Bologna

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Contiene I.P.

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di ottobre 2010
è stato consegnato in posta
il giorno 05/10/2010

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

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO XLI - NOVEMBRE 2010 N° 11

ARTICOLI

Obblighi deontologici del medico e pratica psichiatrica nei Servizi Pubblici • **3**

L'Equity in Health Manager, nuova figura del manager della Salute Pubblica. Innovativo Master dell'Università di Bologna • **8**

Nuovi orientamenti terapeutici per l'infezione da Helicobacter pylori: la terapia sequenziale • **9**

Cautela nell'uso di ACE+ARB in pazienti con danno renale • **15**

Giovani odontoiatri quale futuro? • **16**

Affidata all'avv. Alberto Santoli la tutela legale dei medici iscritti all'Ordine di Bologna • **17**

L'arte ceroplastica fiorentina nelle collezioni anatomiche dell'Università di Bologna: le opere di Clemente Susini • **19**

ODONTOIATRI

Attività della Commissione Albo Odontoiatri • **21**

Etica, Aggiornamento, Tutela della Salute: per un'Odontoiatria sempre più al servizio della Società • **21**

Notifica decisione della Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie del 10 maggio 2010, n. 20/2010, sul ricorso proposto dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di La Spezia • **22**

NOTIZIE

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **25**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **26**

CONVEGNI CONGRESSI • 27

PICCOLI ANNUNCI • 31

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente

Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente

Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario

Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere

Dott. VITTORIO LODI

Consiglieri Medici

Prof. FABIO CATANI

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

Dott. CARMELO SALVATORE STURIALE

Consiglieri Odontoiatri

Dott. CARLO D'ACHILLE

Dott. ANDREA DUGATO

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. CARLO D'ACHILLE

Segretario: Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Componenti: Dott. EMANUELE AMBU

Dott. PIETRO DI NATALE

Dott. ANDREA DUGATO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dott. ENNIO CARMINE MASCIELLO

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO

Dott.ssa CATERINA GALETTI

Supplente: Dott. ANDREA BONFIGLIOLI

Obblighi deontologici del medico e pratica psichiatrica nei Servizi Pubblici

Pietro Abbati

Il Codice di Deontologia, approvato dal Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici della Provincia di Bologna con Delibera 45 del 13 Febbraio 2007, al Titolo II - Doveri generali del Medico; Capo III - Obblighi peculiari del medico - **Art. 14** prescrive che **“Il medico garantisce impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare”**. Al Titolo VI - Rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale e con Enti Pubblici e Privati - **Art. 70** prescrive ancora che **“Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni nonché sul rispetto delle norme deontologiche.**

Il medico deve altresì esigere che gli ambienti di lavoro siano decorosi e adeguatamente attrezzati nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa compresi quelli di sicurezza ambientale.

Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato”.

Il doveroso rispetto di questi due articoli del Codice Deontologico impone alcune considerazioni:

- gli specialisti in psichiatria che operano nel Servizio Pubblico non dispongono di un chiaro riferimento relativo al numero massimo di pazienti che ciascuno di essi può curare.

Questa condizione, associata alla constatazione che sempre più spesso gli specialisti in psichiatria vengono coinvolti in procedimenti penali come imputati di responsabilità colposa per reati commessi dai loro assistiti, rende necessaria ed urgente la definizione di parametri di riferimento cui il singolo professionista possa e debba adeguarsi.

Infatti, mentre nell'esercizio della professione di psichiatra in ambito privato è il singolo specialista che determina il limite della propria

operatività e gestisce i termini ed i limiti del rapporto con il proprio assistito, in ambito pubblico il professionista è inserito in un sistema di assistenza che, sulla carta, dovrebbe rispondere a qualsiasi richiesta di assistenza di natura psichiatrica afferisca al Dipartimento di Salute Mentale.

Da ciò deriva una obiettiva condizione di grave esposizione del singolo professionista che, chiamato a rispondere civilmente e penalmente in merito a condotte delittuose eventualmente messe in atto dal proprio assistito, deve farsi carico singolarmente di tutti gli oneri di natura legale, psicologica ed economica che derivano dalla condizione di aver prestato assistenza.

È infatti l'aver prestato assistenza a quell'individuo che poi ha commesso il reato che consente, giuridicamente, l'imputazione di responsabilità colposa del professionista che opera nel Servizio Pubblico. Questo professionista però è istituzionalmente sottoposto a vincoli operativi che sono determinati da esigenze socio-politiche sulle quali non ha alcuna voce in capitolo.

Ciò determina una contraddizione insanabile dal momento che il medico è deontologicamente tenuto a prestare assistenza ma non dispone di strumenti di controllo, né psicoterapeutici né farmacologici, che “garantiscono” socialmente le condotte del proprio assistito, così come non può opporsi ad una imposizione politico-amministrativa concernente l'organizzazione dei servizi stessi.

Ai due articoli del Codice Deontologico n° 14 e n° 70 citati in precedenza, fa da corollario l'**Art. 68** relativo agli obblighi deontologici del Medico dipendente o convenzionato che afferma che **“Il medico che presta la propria opera a rapporto d'impiego o di convenzione, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine anche in riferimento agli obblighi connessi al rapporto di impiego o convenzio-**

nale... Il medico qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini.

In attesa della composizione della vertenza egli deve assicurare il servizio, salvo i casi di grave violazione dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale".

È quindi obbligo deontologico del medico verificare e vigilare sulla conformità delle condizioni in cui opera sia in ambito pubblico sia presso le strutture private convenzionate. A tale proposito desidero segnalare alcune criticità:

- è irrealistico immaginare che con le attuali disponibilità di risorse e personale il Servizio Pubblico possa dare adeguata risposta a "tutta" la domanda di assistenza psichiatrica espressa dal territorio provinciale bolognese di competenza;
- il fabbisogno di personale per il corretto funzionamento dei servizi di salute mentale viene stabilito in sede regionale e si fonda su parametri generali che a mio avviso non tengono in adeguato conto della reale domanda di assistenza espressa dal territorio. La definizione del numero di posti letto necessari si basa su di un rapporto pari a 1:10.000 abitanti. L'esperienza ha dimostrato, soprattutto nel nostro territorio, che tale rapporto non è realistico e che dovrebbe invece essere calibrato sulle esigenze realmente espresse dalla popolazione insistente nell'ambito del presidio di cura;
- l'evoluzione organizzativa dei Servizi e Dipartimenti di Salute Mentale della provincia ha condotto a strutture estremamente articolate in cui viene posta la massima attenzione al lavoro in équipe che comporta, come noto, un naturale e spesso dispersivo frazionamento delle responsabilità assistenziali sulle varie figure professionali coinvolte¹. Ciò determina una obiettiva limitazione dell'autonomia decisionale del medico in ordine alle scelte assi-

stenziali da adottare per il proprio paziente, mentre tutta la responsabilità civile e penale relativa agli esiti dell'assistenza erogata e addirittura delle condotte assunte dai pazienti psichiatrici ricade in via esclusiva sul medico titolare del caso e non viene suddivisa pro quota su tutte le figure professionali coinvolte siano esse infermieri, educatori, assistenti sociali, responsabili di struttura semplice, complessa, dirigenti dei dipartimenti etc.

Quantificare il tempo necessario al medico per garantire adeguata assistenza alla singola persona è compito assai arduo. Infatti questo è sottoposto a grande variabilità in relazione alla natura della patologia, allo stato della stessa ed alle condizioni socio-ambientali in cui questa si esprime. Ciononostante ritengo possa essere utile fare alcune riflessioni su come determinare il numero massimo di persone che il singolo specialista in psichiatria può assistere in regime di sicurezza operativa.

Per la determinazione di tale numero ho preso in considerazione le classi diagnostiche di cui i Dipartimenti di Salute Mentale si occupano prevalentemente e le ho raccolte nella Tabella 1. Per ciascuna classe diagnostica ho quindi suddiviso una fase acuta ed una di compenso clinico come espresso nella Tabella 2. Ho quindi attribuito una frequenza auspicabile nella gestione dei controlli medici per ciascuna di esse limitando la stima alle diagnosi di Asse I° nella Tabella 3. In Figura 1 il grafico che esprime l'impegno mensile auspicabile per singolo paziente appartenente alle classi diagnostiche considerate.

Tabella 1

Disturbi d'ansia Disturbi del tono dell'umore Disturbi schizofrenici Disturbi di personalità

Tabella 2

Disturbi d'ansia compensati Disturbi del tono dell'umore compensati Disturbi schizofrenici compensati Disturbi d'ansia fase acuta Disturbi del tono dell'umore fase acuta Disturbi schizofrenici fase acuta Disturbi di personalità

¹ Per esempio la figura professionale dell'infermiere che, al momento della promulgazione della Legge 180, era considerata gregaria alla figura del medico, ha assunto progressiva autonomia e con l'istituzione della Laurea in Scienze Infermieristiche ha dato luogo ad una linea organizzativa e gerarchica completamente autonoma e separata da quella dei medici.

Tabella 3

Per ogni paziente con	Frequenza controlli in giorni
Disturbi d'ansia compensati	60
Disturbi del tono dell'umore compensati	30
Disturbi schizofrenici compensati	15
Disturbi d'ansia fase acuta	15
Disturbi del tono dell'umore fase acuta	7
Disturbi schizofrenici fase acuta	1

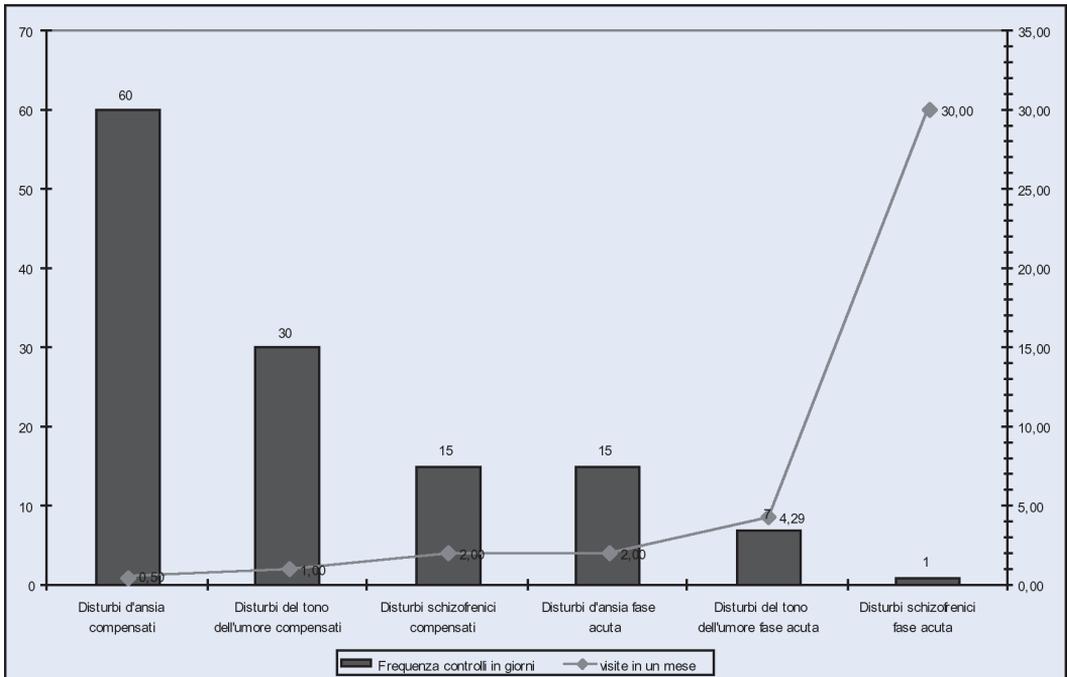


Figura 1

Per il calcolo del tempo disponibile per attività clinica del singolo professionista per settimana lavorativa ho utilizzato un criterio molto semplificato assumendo che ciascun medico lavori sei giorni alla settimana e quindi 52 giorni su 60 escludendo le domeniche.

Dal momento che l'orario di lavoro di un medico nel Servizio Pubblico è di 38 ore settimanali di cui quattro da dedicare alla formazione e che devono essere incluse ferie, malattie e riduzioni di orario dovute ad altre cause (riunioni, congressi, legge 104, guardie) l'ipotesi che possa disporre di cinque ore al giorno per l'attività clinica mi è apparsa ragionevole ancorché ottimistica. Ciò significherebbe che il massimo numero di visite di 30 minuti che il singolo professionista può effettuare in un mese è di 136.

La Tabella 4 propone la possibile composizione per classe diagnostica dei pazienti di cui uno psichiatra si occupa nel Servizio Pubblico quando il numero complessivo di casi assegnati sia 100.

Tabella 4

	n°pz
Disturbi d'ansia compensati	45
Disturbi del tono dell'umore compensati	27
Disturbi schizofrenici compensati	18
Disturbi d'ansia fase acuta	5
Disturbi del tono dell'umore fase acuta	3
Disturbi schizofrenici fase acuta	2
Totale	100

A costanza di tempo disponibile del medico e di durata delle visite, nella Tabella 5 e nella Figura 2 propongo il confronto tra numero di visite teoricamente disponibili e numero di visite teoricamente necessarie.

Tabella 5

	n°pz	visite disponibili per 60 gg	controlli necessari in 60 gg
Disturbi d'ansia compensati	45	46,22	45
Disturbi del tono dell'umore compensati	27	55,47	54
Disturbi schizofrenici compensati	18	73,96	72
Disturbi d'ansia fase acuta	5	20,54	20
Disturbi del tono dell'umore fase acuta	3	26,50	25,8
Disturbi schizofrenici fase acuta	2	49,31	48
Totale	100	272	264,8

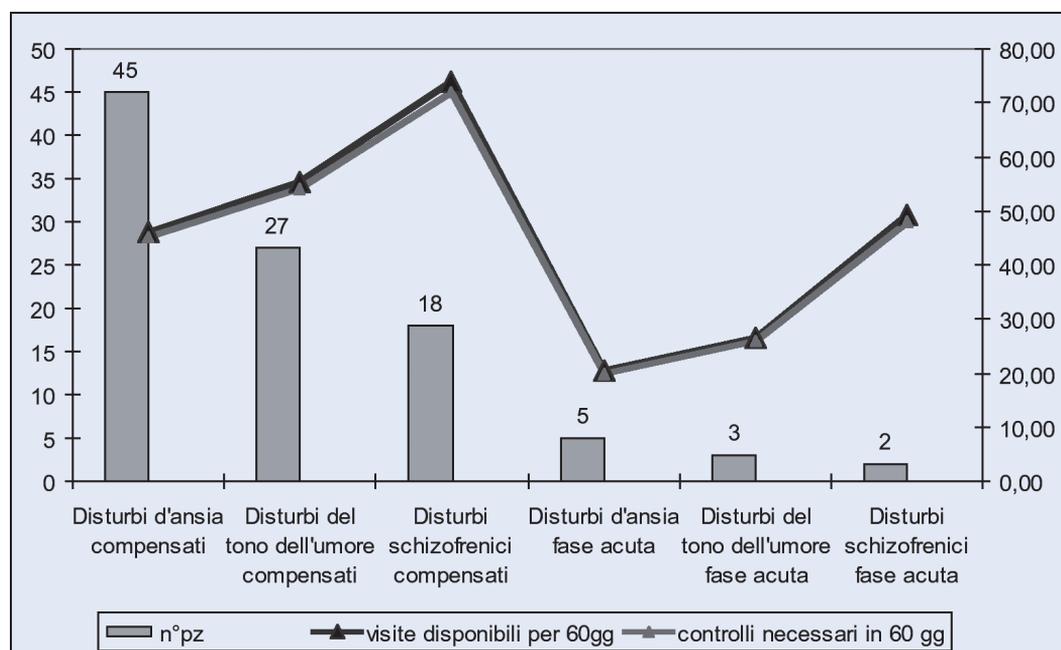


Figura 2

Dall'esame della Tabella 5 e della Figura 2 si comprende come la disponibilità di tempo del singolo professionista possa essere adeguata alla esigenza di controlli periodici per 100 pazienti in carico.

L'esperienza comune è però che raramente il

numero di pazienti in carico al singolo professionista sia questo. Più di spesso i pazienti in carico al singolo professionista sono tra i 150 ed i 200.

Vediamo quindi come varia la situazione in questo caso nella Tabella 6 e nella Figura 3:

Tabella 6

	n°pz	visite disponibili per 60 gg	controlli necessari in 60 gg
Disturbi d'ansia compensati	90	46,22	90
Disturbi del tono dell'umore compensati	54	55,47	108
Disturbi schizofrenici compensati	36	73,96	144
Disturbi d'ansia fase acuta	10	20,54	40
Disturbi del tono dell'umore fase acuta	6	26,50	51,6
Disturbi schizofrenici fase acuta	4	49,31	96
Totale	200	272	529,6

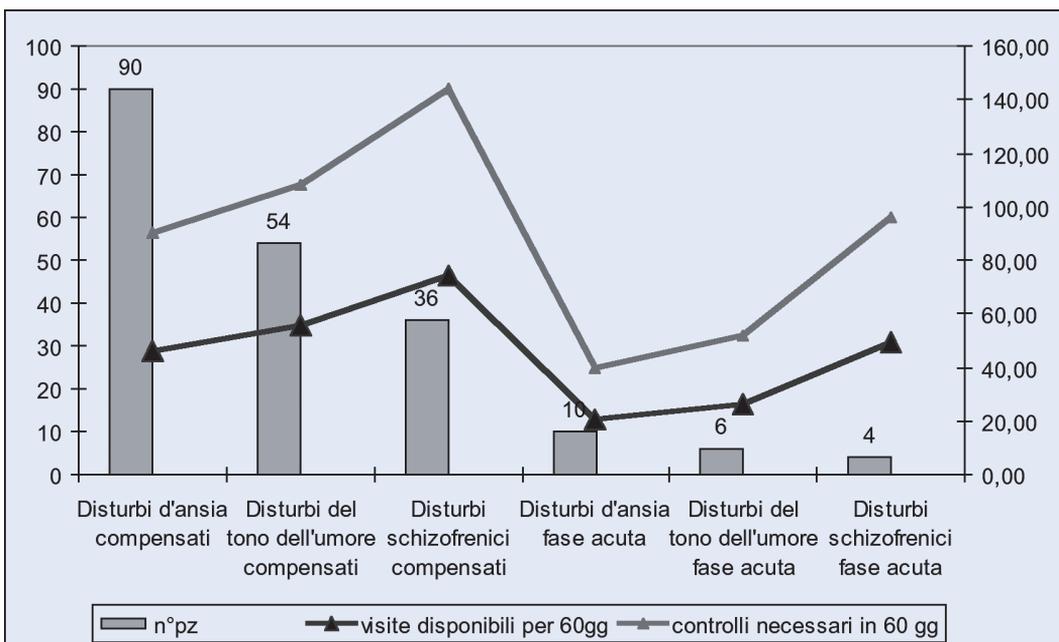


Figura 3

Il numero di visite disponibili e quelle teoricamente necessarie è, in questo caso, drammaticamente insufficiente e costituisce, a mio giudizio, una quota di rischio operativo che ricade direttamente ed in maniera del tutto impropria sul professionista.

È evidente infatti che la responsabilità di questo sovraccarico è organizzativa anche se le eventuali conseguenze di tale mancanza ricadono in via esclusiva sul professionista.

In conclusione penso che la convergente influenza dall'aumento delle richieste di assistenza psichiatrica, così come il mutato atteggiamento sociale verso i medici e verso la psichiatria in particolare insieme alla complessiva esigenza di riduzione della spesa sanitaria nel settore pubblico stiano determi-

nando una condizione di allarmante rischio professionale per gli psichiatri operanti nel settore pubblico. Questi infatti diventano il terminale unico di tutte queste criticità che, inevitabilmente, determinano insoddisfazione e a volte conseguenze drammatiche.

A questo stato di cose è necessario reagire. Prima di tutto attraverso la difesa delle prerogative, responsabilità, competenze e limiti della professione. In secondo luogo affidando all'Ordine Professionale, che ci rappresenta e che è garante della qualità della nostra preparazione, il compito di sollecitare una revisione meno demagogica e più ancorata alla realtà della organizzazione e delle competenze dell'assistenza psichiatrica pubblica.

L'Equity in Health Manager, nuova figura del manager della Salute Pubblica. Innovativo Master dell'Università di Bologna

Claudio Tentoni, Pasqualino Maietta Latessa e Giovanni Paruto

La promozione dell'attività fisica e lo sviluppo di un ambiente fisico e sociale favorevole al vantaggio della salute pubblica è diventato anche un obiettivo a livello Europeo, come dimostrano le recenti iniziative della Commissione e del Parlamento Europeo. Un esempio è dato dal Libro Bianco della Commissione Europea dal titolo "Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità" (2007), che ha come obiettivo la definizione di un approccio integrato europeo destinato a ridurre i problemi sanitari causati da un'alimentazione scorretta, dal sovrappeso e dall'obesità. Questo documento, che sottolinea l'importanza di adottare misure preventive e dinamiche per arrestare il calo dell'attività fisica riscontrata negli ultimi decenni è stato la base di un'idea: quella di formare soggetti con caratteristiche manageriali nel settore della promozione della salute.

In questi giorni è stato pubblicato sul sito dell'Università degli Studi di Bologna il bando per la partecipazione al **Master Annuale di II Livello "Sviluppo dell'Attività Motoria e Promozione della Salute"**. Il Master, nato da un'idea del dott. Fausto Felli, Presidente dell'Equity in Health Institute, è stato presentato, per la sua realizzazione, al prof. Carlo Bottari, Preside della Facoltà di Scienze Motorie dell'Università di Bologna e successivamente approvato dal Consiglio di Facoltà e dagli Organi Accademici dell'Ateneo Bolognese.

La titolarità dei corsi che caratterizzano il master è stata affidata ad esperti di chiara fama e specialisti di settore. Inoltre, sono stati previsti alcuni seminari tematici e su temi specifici e caratterizzanti ad integrazione dei moduli di insegnamento. Al fine di perfezionare la preparazione dei partecipanti è stata inoltre prevista una formazione in aziende del settore.

Il master intende formare una nuova figura manageriale, lo "Equity in Health Manager", la cui competenza sarà quella di collocarsi

nell'azione dei distretti consentendogli di governare la graduale crescita di una funzione indispensabile nell'era della longevità di massa. Le figure professionali di riferimento sono i Medici e laureati in Scienze Motorie, Giuridiche ed Economiche che operano già in strutture pubbliche o private.

Il Piano Didattico si compone di Materie di Insegnamento e Seminari, che sono parte integrante e qualificante del Master.

Le Materie di Insegnamento sono: *Povertà e Salute; La Disciplina del Benessere Fisico; Municipalità e Produzione della Salute; Produzione della Salute nel Servizio Sanitario Nazionale; Attività Motoria e Benessere Fisico; Produzione della Salute su Larga Scala; Urbanistica e Salute; Impatto del Produrre Salute nel Settore Sanitario; Come Promuovere l'Equità della Salute; L'Attività Motoria come Nuovo Modello del Servizio Sanitario Nazionale.*

Le Materie dei Seminari sono: *La fondazione della ricerca scientifica e la medicina generale: progetti possibili; La qualità del management quale fattore di successo dei programmi di Health Promotion su Larga Scala; Health Promotion nel governo degli eventi prevedibili ed evitabili; Le Medicine Non Convenzionale nel Programma Salute dell'Unione Europea; Health Promotion: il ruolo propulsore dell'Europa; L'associazionismo quale valore aggiunto del produrre salute su larga scala; Produrre salute su larga scala: l'approccio sistemico al management; Il ruolo del medico di medicina generale nel produrre salute su larga scala; L'architettura funzionale di SSN, SSR e ASL; Il produrre salute nel paziente anziano complesso: la nutrizione.*

La struttura proponente e sede delle lezioni del Master è la Facoltà di Scienze Motorie in via San Vitale, 38.

Il master approfondirà la funzione terapeutica dell'attività motoria, analizzerà e svilupperà le strategie che aumentano la diffusione dell'attività fisica quali obiettivi di sanità pubblica importanti che possono essere raggiunti attraverso politiche sanitarie mirate, individuando

le competenze e le responsabilità. Il master inoltre svilupperà progetti di integrazione socio-sanitaria in ambiente termale e curerà le caratteristiche, le doti e le qualità che il manager in sanità pubblica deve avere.

Verranno inoltre analizzate le tecniche per affrontare il tema della salute nell'ambito delle scelte di finanza pubblica mediante l'inquadramento della salute come rilevante segmento della spesa pubblica (attraverso una panoramica dei modelli e dell'impatto quantitativo sui conti pubblici). In questo quadro saranno approfonditi gli effetti della crisi del welfare sulla domanda e sull'offerta di salute e le distorsioni ipotizzabili. Successivamente verrà inquadrato il tema delle risorse destinate alla tutela della salute nella decisione di finanza pubblica attraverso la descrizione dei principali passaggi normativi e temporali del sistema italiano, con particolare riferimento alla evoluzione della forma di stato (federalismo fiscale, piani di rientro, modalità di finanziamento).

A livello europeo verranno analizzate in particolare sia le azioni che gli Stati dell'Unione intraprenderanno, sia la le ricadute sui diversi paesi. Verrà inoltre fornito il quadro giuridico generale della politica dell'Unione Europea sulla Sanità Pubblica basata sul Trattato dell'Unione Europea.

Il master intende formare manager che pro-

gettino un modello di sanità accanto al cittadino, che lavorino per l'introduzione di un terzo pilastro nei sistemi di gestione della sanità, promuovendo il miglioramento dei sistemi di gestione per l'efficienza sanitaria, attraverso misure preventive rivolte alla riduzione delle disuguaglianze nella salute.

La direzione del Master è stata affidata dal consiglio scientifico al prof. Claudio Tentoni, Associato di Metodi e Didattiche delle Attività Motorie, da anni sostenitore, insieme al dott. Fausto Felli, dello sviluppo dell'attività motoria e della promozione della salute su larga scala. Tutors del Master sono il prof. Pasqualino Maietta Latessa, Associato di Metodi e Didattiche delle Attività Motorie e il dr. Giovanni Paruto, Coordinatore della Facoltà di Scienze Motorie.

Riferimenti:

Scadenza bando: venerdì 10 dicembre 2010

Crediti formativi: 60 CFU; stage 12 CFU; prova finale 4 CFU

Numero minimo: 15 iscritti; prevista anche la partecipazioni di cinque uditori.

Per informazioni 051.2095554 giovanni.paruto@unibo.it

http://www.unibo.it/Portale/Offerta+formativa/Master/2010-2011/Sviluppo_dell_attivita_motoria_e_promozione_della_salute.htm#caratteristiche

Nuovi orientamenti terapeutici per l'Infezione da *Helicobacter pylori*: la terapia sequenziale

Berardino Vaira

***Helicobacter pylori* e malattia peptica**

• L'infezione da *Helicobacter pylori* è la principale causa di gastrite, di malattia peptica, ed è correlata in modo significativo ai linfomi gastrici a basso grado, e più in generale al cancro gastrico, essendo considerato un carcinogeno di classe I.

• La triplice terapia con inibitori di pompa protonica, amoxicillina, e claritromicina o metronidazolo è stata considerata per lungo tempo la terapia di riferimento per l'eradicazione dell'infezione. Tuttavia, diverse meta-analisi hanno evidenziato una riduzione della sua performance, con eradicazione media di circa il 70%.

• Recentemente è stato proposto un nuovo

schema terapeutico, denominato terapia sequenziale, che si basa sulla somministrazione di inibitori di pompa protonica e amoxicillina per 5 giorni, seguito da claritromicina, tinidazolo ed inibitori di pompa protonica per altri 5 giorni. Una recente meta-analisi ha analizzato tutti gli studi randomizzati controllati dove la terapia sequenziale è stata paragonata alla triplice terapia, evidenziandone la superiorità in termini di eradicazione, con incidenza di effetti collaterali sovrapponibili a quelli osservati nella triplice terapia.

Prima della scoperta dell'*Helicobacter pylori* (*H. pylori*), la malattia peptica veniva spesso rias-

sunta nella massima “no acido, no ulcera”¹, con il risultato che molti pazienti assumevano una anti-acido terapia per molti anni. Dopo la scoperta che l’infezione da *H. pylori* rappresentava la principale causa di malattia peptica, la gestione di questa patologia è cambiata significativamente. Sia la terapia acido-soppressiva che l’eradicazione dell’infezione sono efficaci nella guarigione delle ulcere peptiche, le quali però è probabile che possano recidivare se la terapia eradicante non debella l’infezione.

Una revisione sistematica della letteratura^{2,3}, che ha identificato 27 studi randomizzati controllati che paragonavano in 2509 pazienti con ulcera duodenale l’eradicazione dell’infezione versus nessun trattamento, ha mostrato che i pazienti randomizzati all’eradicazione presentavano un rischio relativo di ricomparsa della malattia peptica molto più basso di quelli randomizzati a non ricevere nessun trattamento (relative risk [RR] : 0.2; 95% IC: 0.15 - 0.26), con un numero di pazienti da trattare (number need to treat [NNT]) per prevenire una recidiva di malattia peptica pari a 2.6 (95% IC: 1.9 - 4.5). Mentre vi sono pochi dubbi sull’efficacia della terapia eradicante nella malattia peptica, è importante valutare se questo trattamento presenti un rapporto di costo-efficacia favorevole. La forte efficacia clinica di un trattamento relativamente poco costoso quale l’eradicazione sembra suggerire che il trattamento dell’*H. pylori* in questo contesto rappresenti un efficiente uso delle risorse. Infatti, modelli economici hanno chiaramente indicato che la terapia eradicante rappresenta un trattamento con un rapporto costo-efficacia favorevole quando paragonato a nessun trattamento, o alla sola terapia acido-soppressiva^{3,4}.

A conferma di ciò, due studi randomizzati controllati eseguiti rispettivamente negli Stati Uniti⁵, ed in Inghilterra⁶, hanno dimostrato che l’eradicazione dell’infezione nei pazienti con ulcera duodenale era statisticamente più efficace ed economica della terapia di mantenimento con antagonisti dei recettori H₂, con un risparmio di più di \$500 nello studio americano, e più di £40 nello studio inglese.

Questa situazione rappresenta uno dei rari casi in economia sanitaria dove un nuovo intervento è più efficace e meno costoso del vecchio intervento: ovvero l’eradicazione dell’infezione nei pazienti con ulcera peptica rappresenta dal punto di vista di costo efficacia la strategia dominante. Non va inoltre dimenticato che la malattia peptica determina

una significativa riduzione della qualità di vita per i pazienti⁷, e che l’eradicazione dell’*H. pylori* migliori inoltre la qualità di vita di questi in maniera più efficiente rispetto alla terapia acido-soppressiva⁸.

Helicobacter pylori e dispepsia funzionale

I pazienti con assenza di patologie organiche (malattia da reflusso gastroesofageo, malattia peptica, neoplasie, etc.) all’esofago-gastro-duodenoscopia, ma che lamentano sintomi come dolore epigastrico, nausea, sensazione di ripienezza post-prandiale, sono classificati come pazienti con dispepsia funzionale.

L’eziologia di tali sintomi è incerta: è probabile che sia multifattoriale, determinata da diverse componenti quali l’alterazione della distensione o della motilità dello stomaco, o della percezione dolorifica⁹.

La natura multifattoriale della dispepsia funzionale suggerisce che sia improbabile che un solo trattamento sia in grado di trattare tutti i pazienti.

Tuttavia, l’infezione da *H. pylori* determina una flogosi cronica nella mucosa gastrica, ed è plausibile perciò che questa giochi un ruolo anche nella dispepsia funzionale¹⁰.

Diversi studi randomizzati controllati hanno paragonato l’eradicazione dell’infezione rispetto a nessun trattamento nei pazienti con dispepsia funzionale con risultati negativi, e le prime revisioni sistematiche della letteratura hanno inoltre determinato risultati contraddittori^{11,12}. Le discrepanze fra queste revisioni sono state riviste ed analizzate¹³, e quando tutti i dati a disposizione sono stati utilizzati, si è evidenziato un piccolo ma statisticamente significativo effetto positivo in favore della terapia eradicante.

Un’altra revisione sistematica della letteratura¹⁴, ha identificato 17 studi randomizzati controllati, che includevano 3566 pazienti con dispepsia funzionale, riportando un effetto significativo a favore della terapia eradicante (RR 0.90; 95% IC: 0.86 - 0.94) con un NNT di 14 (95% IC: 10 - 25). A differenza della malattia peptica, l’impatto dell’eradicazione dell’*H. pylori* sulla dispepsia funzionale non è grande, ed anche se vi è una differenza statisticamente significativa, l’impatto clinico risulta essere meno certo. In queste situazioni, gli studi di economia sanitaria sono particolarmente utili per decidere se il relativo beneficio determinato dall’eradicazione nella dispepsia funzionale è costo-efficace.

Purtroppo, non vi sono studi randomizzati

controllati che valutano tale aspetto, poiché la numerosità del campione necessaria per ottenere un potere dello studio adeguato sarebbe molto grande. Per tale motivo, l'unico strumento a disposizione è rappresentato dai modelli di economia sanitaria. In tali modelli, l'eradicazione dell'*H. pylori* può essere comparata o con il non fare nulla, o con la terapia acido-soppressiva, la quale ha dimostrato di avere un piccolo ma significativo effetto positivo nel ridurre la sintomatologia dei pazienti con dispepsia funzionale¹⁵.

In uno studio che ha utilizzato un modello di Markov dove venivano paragonate l'eradicazione e la terapia con inibitori di pompa protonica, si è evidenziato che la terapia eradicante risultava essere più *cost-effective*¹⁶. Questo perché la terapia con inibitori è efficace, ma richiede che il paziente continui a prendere il farmaco in cronico, mentre la terapia eradicante dura in genere 7 o 10 giorni, riducendo la sintomatologia anche dopo un anno dalla fine del trattamento¹³.

Come accennato in precedenza, è inoltre importante paragonare in questo contesto la terapia eradicante al non far nulla. Tale valutazione è stata fatta in Inghilterra, 11 e successivamente aggiornata considerando i costi in diversi paesi europei e negli Stati Uniti. Il modello di Markov che è stato costruito comparava i costi e l'effetto clinico della terapia eradicante con la terapia anti-acida (ovvero che non prevedeva l'utilizzo di antagonisti dei recettori H₂, o inibitori della pompa protonica), considerata alla stregua di un placebo, per un periodo di tempo pari a 12 mesi. Tale modello suggeriva che l'eradicazione dell'infezione determinava rispetto all'antiacido un periodo extra libero da sintomi dispeptici di 0.61 mesi ad un costo extra di \$16. Considerando anche le diverse variazioni di probabilità relative ai costi ed ai risultati delle strategie testate, si evidenziava che l'eradicazione risultava essere costo-efficace nella dispepsia funzionale con una probabilità del 95%, a patto che il paziente fosse disposto a pagare \$51 per mese libero da sintomi.

Quando questo modello è stato applicato nei diversi paesi europei (compresa l'Italia) ha evidenziato che i risultati erano fra loro simili, e che il costo determinato risultava essere inferiore a quello che i pazienti avevano dichiarato di essere disposti a pagare per curare i propri sintomi dispeptici^{17,18}, facendo perciò della terapia eradicante una strategia costo-efficace.

Quando questo modello è stato invece applicato agli Stati Uniti, l'eradicazione era costo-efficace nella dispepsia funzionale con una probabilità del 95%, solo se il paziente fosse stato disposto a pagare \$300 per mese libero da sintomi. Tale differenza fra il modello americano e quello europeo è determinata fondamentalmente dal costo della terapia, e sottolinea come, a seconda dei costi vigenti nei diversi paesi, le strategie terapeutiche possono avere impatti di costo efficacia differenti.

***Helicobacter pylori* e dispepsia non investigata**

Nella dispepsia funzionale considerata precedentemente, il paziente veniva sottoposto ad una esofago-gastro-duodenoscopia. Tuttavia la dispepsia nella sua accezione più generale è un problema piuttosto comune, con percentuali di prevalenza che possono arrivare fino a valori del 40% della popolazione¹⁹. Con questi dati, non è quindi possibile pensare di eseguire un'endoscopia in tutti i pazienti. È stato stimato che in Inghilterra venga speso circa un miliardo di dollari ogni anno²⁰ per la gestione della dispepsia, e si stima che i costi siano destinati ad aumentare, con l'aumentare delle richieste di endoscopia²¹.

Ogni sistema sanitario perciò deve razionalizzare in qualche modo l'accesso all'endoscopia. La ragione principale di eseguire questo esame invasivo è quella di identificare precocemente patologie neoplastiche²². All'incirca un terzo delle endoscopie sono eseguite in pazienti con età inferiore ai 50 anni, ed in questa popolazione l'incidenza di cancro gastrico è estremamente rara²³. Un approccio sensato sarebbe quindi quello di ridurre il numero di endoscopie eseguite nei pazienti con età inferiore ai 50 anni.

Tutte le linee guida dei paesi sviluppati suggeriscono che i pazienti che lamentano sintomi dispeptici in assenza di segni di allarme e con un'età inferiore ai 55-50 anni, non dovrebbero essere sottoposti in maniera routinaria ad endoscopia^{24,25,26,27}. Chi non condivide questo approccio ritiene che l'endoscopia possa aiutare a razionalizzare l'approccio terapeutico, e uno studio randomizzato controllato mostra che investigazioni precoci sono più costo-efficaci della terapia empirica con acido-soppressiva con antagonisti dei recettori H₂²⁸.

Tuttavia questo studio è stato condotto prima che la strategia *test & treat*, ovvero testare la presenza dell'infezione da *H. pylori* con un test non invasivo come il ¹³C-UBT o il test fecale, venisse proposta.

Questa strategia prevede il trattamento dell'infezione nei casi di test positivi, ed invece il trattamento con terapia acido-soppressiva con inibitori di pompa protonica, nei casi di test negativi o nei casi di pazienti infetti che rimangono sintomatici dopo una terapia eradicante che ha efficacemente curato l'infezione²⁹.

La strategia *test & treat* ha dimostrato di ridurre il volume di lavoro dell'unità di endoscopia per almeno 5 anni³⁰. Inoltre, in contrasto con la malattia peptica e la dispepsia funzionale, vi sono diversi studi randomizzati controllati che hanno valutato la costo-efficacia della strategia *test & treat* rispetto all'esecuzione di un'endoscopia.

Una revisione sistematica della letteratura ha evidenziato 5 studi randomizzati controllati eseguiti in Inghilterra, Olanda, Danimarca, che paragonavano queste due strategie, coinvolgenti circa 2000 pazienti^{31,32,33,34}. Per una valutazione accurata dei risultati di questi studi, i dati dei singoli pazienti sono stati analizzati (individual patient data systematic review), evidenziando che l'endoscopia era più efficace della strategia *test & treat* nel curare la dispepsia in un anno, anche se l'effetto stimato era piccolo (RR di rimane sintomatico con l'endoscopia 0.95; 95% IC: 0.92-0.99). L'endoscopia inoltre era anche più costosa del *test & treat* che costava \$389 (95% IC: \$275 - \$502) meno per paziente curato ad un anno, usando i costi americani³⁵. Veniva stimato quindi che, in media, il costo del trattamento della dispepsia ad un anno con l'endoscopia era di circa \$9.000 rispetto alla strategia *test & treat*. Se vengono considerati anche le incertezze riguardanti le stime dei costi e dell'efficacia dei trattamenti analizzati, ne risulta che sarebbe necessario che il paziente fosse disposto a pagare circa \$180.000 per curare la dispepsia ad un anno, perché ci fosse una certezza del 95% che la strategia dell'endoscopia sia costo-efficace.

Questi costi sono troppo alti per qualunque società, e l'analisi suggerisce che la meno efficace ma più economica strategia *test & treat* possa essere una valida alternativa, ed, infatti, questo viene attualmente raccomandato dalle più recenti linee guida sulla gestione della dispepsia^{24,25,26,27,36}.

5 studi randomizzati controllati hanno inoltre valutato se la strategia *test & treat* fosse più costo-efficace della terapia empirica con inibitori di pompa protonica^{37,38,39,40}. Purtroppo gli studi sono molto eterogenei fra loro per permettere un pooling dei dati. Uno degli studi

migliori è rappresentato da un lavoro danese⁴⁰, dove sono state paragonate fra loro la terapia empirica con inibitori di pompa protonica, la strategia *test & treat*, e la terapia empirica con inibitori di pompa protonica in quei pazienti che rimanevano sintomatici dopo il *test & treat*. 722 pazienti dispeptici sono stati inclusi nello studio, e non sono state trovate differenze per quanto riguarda i sintomi, la soddisfazione del paziente, o la qualità di vita fra le 3 strategie. L'utilizzo dell'endoscopia era significativamente più alto nei pazienti trattati empiricamente con inibitori di pompa protonica, ed i costi di gestione della dispepsia erano più bassi per la strategia *test & treat*, sebbene non vi fosse una significatività statistica⁴⁰. I sintomi dispeptici inoltre miglioravano in maniera più marcata nei pazienti infetti che ricevevano la terapia eradicante. Questi risultati sono simili a quelli ottenuti in 3 studi randomizzati controllati^{41,42,43}, che hanno paragonato la terapia eradicante con terapia costituita da inibitori di pompa protonica più antibiotici placebo in pazienti infetti. Nel complesso questi dati suggeriscono che la strategia *test & treat* è più costo-efficace della terapia empirica con inibitori di pompa protonica nei pazienti dispeptici con infezione da *H. pylori*. Poiché la prevalenza dell'infezione nella popolazione sta diminuendo, è però probabile che nel lungo periodo la terapia empirica con inibitori di pompa protonica possa diventare il trattamento più appropriato⁴⁴.

Helicobacter pylori e cancro gastrico

Il cancro gastrico è la seconda causa di mortalità per neoplasia al mondo⁴⁵. *L.H. pylori* viene considerato un fattore di rischio importante per il cancro gastrico distale⁴⁶, poiché determina una gastrite cronica attiva che porta a cambiamenti nella mucosa quali metaplasia intestinale, atrofia, ed infine displasia (66).

Recenti studi randomizzati controllati hanno evidenziato che l'eradicazione dell'infezione potrebbe determinare un arresto o addirittura una regressione delle lesioni pre-neoplastiche nella mucosa^{47,48,49}.

Il punto è quindi capire se nella popolazione, la strategia *test & treat* sia in grado di ridurre la mortalità dal cancro gastrico⁵⁰. Vi sono stati studi randomizzati controllati che hanno valutato questo aspetto^{48,49,51}, ma nessuno aveva un potere tale da dimostrare un effetto significativo dell'eradicazione nella prevenzione del cancro gastrico distale. Due studi randomizzati

controllati hanno inoltre valutato l'impatto economico di tale strategia, dimostrando che questa era in grado di determinare una significativa riduzione dei costi^{52,53}. Diversi modelli economici, ipotizzando diversi scenari ed utilizzando varie tecniche di analisi^{52,54,55,56,57,58,59,60}, suggeriscono che la strategia test & treat è costo-efficace, per cui sono necessari trials clinici per verificare tali dati.

Bibliografia

- ¹ Farthing MJ. Helicobacter pylori infection: an overview. *Br Med Bull* 1998;54:1-6.
- ² Ford A, Delaney B, Forman D, et al. Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD003840.
- ³ Ford AC, Delaney BC, Forman D, et al. Eradication therapy in Helicobacter pylori positive peptic ulcer disease: systematic review and economic analysis. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1833-55.
- ⁴ Briggs AH, Sculpher MJ, Logan RP, et al. Cost effectiveness of screening for and eradication of Helicobacter pylori in management of dyspeptic patients under 45 years of age. *BMJ* 1996;312:1321-5.
- ⁵ Sonnenberg A, Schwartz JS, Cutler AF, et al. Cost savings in duodenal ulcer therapy through Helicobacter pylori eradication compared with conventional therapies: results of a randomized, double-blind, multicenter trial. *Gastrointestinal Utilization Trial Study Group. Arch Intern Med* 1998;158:852-60.
- ⁶ Tavakoli M, Prach AT, Malek M, et al. Decision analysis of histamine H₂-receptor antagonist maintenance therapy versus Helicobacter pylori eradication therapy: a randomized controlled trial in patients with continuing pain after duodenal ulcer. *Pharmacoeconomics* 1999;16:355-65.
- ⁷ Crawley J, Frank L, Joshua-Gotlib S, et al. Measuring change in quality of life in response to Helicobacter pylori eradication in peptic ulcer disease: the QOLRAD. *Dig Dis Sci* 2001;46:571-80.
- ⁸ Bytzer P, Aalykke C, Rune S, et al. Eradication of Helicobacter pylori compared with long-term acid suppression in duodenal ulcer disease. A randomized trial with 2-year follow-up. The Danish Ulcer Study Group. *Scand J Gastroenterol* 2000;35:1023-32.
- ⁹ Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional Gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1466-79.
- ¹⁰ Bercik P, De Giorgio R, Blennerhassett P, et al. Immune-mediated neural dysfunction in a murine model of chronic Helicobacter pylori infection. *Gastroenterology* 2002;123:1205-15.
- ¹¹ Moayyedi P, Soo S, Deeks J, et al. Systematic review and economic evaluation of Helicobacter pylori eradication treatment for non-ulcer dyspepsia. *Dyspepsia Review Group. BMJ* 2000;321:659-64.
- ¹² Laine L, Schoenfeld P, Fennerty MB. Therapy for Helicobacter pylori in patients with nonulcer dyspepsia. A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2001;134:361-9.
- ¹³ Moayyedi P, Deeks J, Talley NJ, et al. An update of the Cochrane systematic review of Helicobacter pylori eradication therapy in nonulcer dyspepsia: resolving the discrepancy between systematic reviews. *Am J Gastroenterol* 2003;98:2621-6.
- ¹⁴ Moayyedi P, Soo S, Deeks J, et al. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD001960.
- ¹⁵ Moayyedi P, Delaney BC, Vakil N, et al. The efficacy of proton pump inhibitors in nonulcer dyspepsia: a systematic review and economic analysis. *Gastroenterology* 2004;127:1329-37.
- ¹⁶ Moayyedi P. Helicobacter pylori eradication in non-ulcer dyspepsia: the case for. In Hunt RH & Tytgat GNJ (eds.) *Helicobacter pylori: basic mechanisms to clinical cure* 2002. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher 2002, pp. 265-274.
- ¹⁷ Kleinman L, McIntosh E, Ryan M, et al. Willingness to pay for complete symptom relief of gastroesophageal reflux disease. *Arch Intern Med* 2002;162:1361-6.
- ¹⁸ Kartman B. Utility and willingness to pay measurements among patients with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2001;96:S38-43.
- ¹⁹ Moayyedi P, Forman D, Brauholtz D, et al. The proportion of upper gastrointestinal symptoms in the community associated with Helicobacter pylori, lifestyle factors, and no steroidal anti-inflammatory drugs. Leeds HELP Study Group. *Am J Gastroenterol* 2000;95:1448-55.
- ²⁰ Asante M, Lord J, Mendall M, et al. Endoscopy for Helicobacter pylori sero-negative young dyspeptic patients: an economic evaluation based on a randomized trial. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999;11:851-6.
- ²¹ Delaney BC, Moayyedi P. Dyspepsia. Health care needs assessment 3rs series. Department of Health, UK; 2003, <http://hcna.radcliffe-oxford.com/dysframe.html>.
- ²² Hallissey MT, Allum WH, Jewkes AJ, et al. Early detection of gastric cancer. *BMJ* 1990;301:513-5.
- ²³ Sue-Ling HM, Martin I, Griffith J, et al. Early gastric cancer: 46 cases treated in one surgical department. *Gut* 1992;33:1318-22.
- ²⁴ Veldhuyzen van Zanten SJ, Bradette M, Chiba N, et al. Evidence-based recommendations for short-

- and long-term management of uninvestigated dyspepsia in primary care: an update of the Canadian Dyspepsia Working Group (CanDys) clinical management tool. *Can J Gastroenterol* 2005;19:285-303.
- ²⁵ Talley NJ, Vakili NB, Moayyedi P. American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 2005;129:1756-80.
- ²⁶ Talley NJ, Vakili N. Guidelines for the management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2005;100:2324-37.
- ²⁷ NICE. Dyspepsia: managing adults in primary care. London UK: National Institute of Clinical Excellence, 2004.
- ²⁸ Bytzer P, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB. Empirical H₂-blocker therapy or prompt endoscopy in management of dyspepsia. *Lancet* 1994;343:811-6.
- ²⁹ Gisbert JP, Badia X, Roset M, et al. The TETRA study: a prospective evaluation of *Helicobacter pylori* 'test-and-treat' strategy on 736 patients in clinical practice. *Helicobacter* 2004;9:28-38.
- ³⁰ Sreedharan A, Clough M, Hemingbrough E, et al. Cost-effectiveness and long-term impact of *Helicobacter pylori* 'test and treat' service in reducing open access endoscopy referrals. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16:981-6.
- ³¹ Arents NL, Thijs JC, van Zwet AA, et al. Approach to treatment of dyspepsia in primary care: a randomized trial comparing "test-and-treat" with prompt endoscopy. *Arch Intern Med* 2003;163:1606-12.
- ³² Lassen AT, Pedersen FM, Bytzer P, et al. *Helicobacter pylori* test-and-eradicate versus prompt endoscopy for management of dyspeptic patients: a randomized trial. *Lancet* 2000;356:455-60.
- ³³ McColl KE, Murray LS, Gillen D, et al. Randomized trial of endoscopy with testing for *Helicobacter pylori* compared with non-invasive H pylori testing alone in the management of dyspepsia. *BMJ* 2002;324:999-1002.
- ³⁴ Duggan AE, Elliot CA, Hawkey CJ. Does initial management of patients with dyspepsia alter symptom response and patients satisfaction? Results of a randomized trial. *Gastroenterology* 1999;116 (supplement 4):G0654.
- ³⁵ Ford AC, Qume M, Moayyedi P, et al. *Helicobacter pylori* "test and treat" or endoscopy for managing dyspepsia: an individual patient data meta-analysis. *Gastroenterology* 2005;128:1838-44.
- ³⁶ Dyspepsia: A national clinical guideline (SIGN 68). Scottish Intercollegiate Guidelines Network, March 2003. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign68.pdf>.
- ³⁷ Ladabaum U, Fendrick AM, Glidden D, et al. *Helicobacter pylori* test-and-treat intervention compared to usual care in primary care patients with suspected peptic ulcer disease in the United States. *Am J Gastroenterol* 2002;97:3007-14.
- ³⁸ Allison JE, Hurley LB, Hiatt RA, et al. A randomized controlled trial of test-and-treat strategy for *Helicobacter pylori*: clinical outcomes and health care costs in a managed care population receiving long-term acid suppression therapy for physician-diagnosed peptic ulcer disease. *Arch Intern Med* 2003;163:1165-71.
- ³⁹ Manes G, Menchise A, de Nucci C, et al. Empirical prescribing for dyspepsia: randomized controlled trial of test and treat versus omeprazole treatment. *BMJ* 2003;326:1118.
- ⁴⁰ Jarbol DE, Kragstrup J, Stovring H, et al. Proton pump inhibitor or testing for *Helicobacter pylori* as the first step for patients presenting with dyspepsia? A cluster-randomized trial. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1200-8.
- ⁴¹ Chiba N, Van Zanten SJ, Sinclair P, et al. Treating *Helicobacter pylori* infection in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian adult dyspepsia empiric treatment-*Helicobacter pylori* positive (CADET-Hp) randomized controlled trial. *BMJ* 2002;324:1012-6.
- ⁴² Stevens R, Baxter G. Benefits of *Helicobacter pylori* eradication in the treatment of ulcer-like dyspepsia in primary care. *Gastroenterology* 2001;120:260.
- ⁴³ Farkkila M, Sarna S, Valtonen V, et al. Does the 'test-and-treat' strategy work in primary health care for management of uninvestigated dyspepsia? A prospective two-year follow-up study of 1552 patients. *Scand J Gastroenterol* 2004;39:327-35.
- ⁴⁴ Bytzer P. Management of the dyspeptic patient: anything goes? *Am J Gastroenterol* 2006;101:1209-10.
- ⁴⁵ Pisani P, Bray F, Parkin DM. Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *Int J Cancer* 2002;97:72-81.
- ⁴⁶ Malfertheiner P, Sipponen P, Naumann M, et al. *Helicobacter pylori* eradication has the potential to prevent gastric cancer: a state-of-the-art critique. *Am J Gastroenterol* 2005;100:2100-15.
- ⁴⁷ Kuipers EJ, Nelis GF, Klinkenberg-Knol EC, et al. Cure of *Helicobacter pylori* infection in patients with reflux esophagitis treated with long term omeprazole reverses gastritis without exacerbation of reflux disease: results of a randomized controlled trial. *Gut* 2004;53:12-20.
- ⁴⁸ You WC, Brown LM, Zhang L, et al. Randomized double-blind factorial trial of three treatments to reduce the prevalence of precancerous gastric lesions. *J Natl Cancer Inst* 2006;98:974-83.
- ⁴⁹ Mera R, Fontham ET, Bravo LE, et al. Long term follow up of patients treated for *Helicobacter pylori* infection. *Gut* 2005;54:1536-40.

50 Moayyedi P, Hunt RH. Helicobacter pylori public health implications. *Helicobacter* 2004;9 Suppl 1:67-72.

51 Wong BC, Lam SK, Wong WM, et al. Helicobacter pylori eradication to prevent gastric cancer in a high-risk region of China: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:187-94.

52 Mason J, Axon AT, Forman D, et al. The cost-effectiveness of population Helicobacter pylori screening and treatment: a Markov model using economic data from a randomized controlled trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:559-68.

53 Lane JA, Murray LJ, Noble S, et al. Impact of Helicobacter pylori eradication on dyspepsia, health resource use, and quality of life in the Bristol helicobacter project: randomized controlled trial. *BMJ* 2006;332:199-204.

54 Roderick P, Davies R, Raftery J, et al. The cost-effectiveness of screening for Helicobacter pylori to reduce mortality and morbidity from gastric cancer and peptic ulcer disease: a discrete-event simulation model. *Health Technol Assess* 2003;7:1-86.

55 Leivo T, Salomaa A, Kosunen TU, et al. Cost-benefit analysis of Helicobacter pylori screening. *Health Policy* 2004;70:85-96.

56 Rupnow ME, Owens DK, Shachter R, et al. Helicobacter pylori vaccine development and use: a cost-effectiveness analysis using the Institute of Medicine Methodology. *Helicobacter* 1999;4:272-80.

57 Parsonnet J, Harris RA, Hack HM, et al. Modelling cost-effectiveness of Helicobacter pylori screening to prevent gastric cancer: a mandate for clinical trials. *Lancet* 1996;348:150-4.

58 Sonnenberg A. What to do about Helicobacter pylori? A decision analysis of its implication on public health. *Helicobacter* 2002;7:60-6.

59 Sonnenberg A, Inadomi JM. Review article: Medical decision models of Helicobacter pylori therapy to prevent gastric cancer. *Aliment Pharmacol Ther* 1998;12 Suppl 1:111-21.

60 Harris RA, Owens DK, Witherell H, et al. Helicobacter pylori and gastric cancer: what are the benefits of screening only for the CagA phenotype of H. pylori? *Helicobacter* 1999;4:69-76.

Cautela nell'uso di ACE+ARB in pazienti con danno renale

Claudio Campieri

La replica del Dr. Antonio Santoro al mio l'articolo "**Cautela nell'uso di ACE+ARB in pazienti con danno renale**" merita una integrazione. Egli mi attribuisce il ruolo di chi "lancia un allarme sull'uso sconsigliato" dell'associazione ACE-inibitori e di Sartani nei pazienti con danno renale. Nell'articolo, se attentamente letto, si raccomanda solamente "cautela" ed i termini "sconsigliato" e "slogan" appartengono esclusivamente allo scritto del Dr. Santoro.

Il mio contributo vuole portare alla conoscenza di tutti i colleghi, specialmente non nefrologi, e soprattutto Medici di Medicina Generale un contributo del luglio 2009 del Prof. Macaulay Onuigbo, Direttore della Northeastern Region del Mayo Health System, negli Stati Uniti¹.

Non avendo avuto modo, nell'anno intercorso fra la pubblicazione originale e quella del Bollettino, di leggere altre comunicazioni-avvisi di Società Scientifiche Italiane (nefro-cardiodiabetologiche) o di iniziative regionali di prevenzione renale sul tema, ho ritenuto di aiutare almeno i colleghi di Bologna, passando loro

una informazione ed un invito alla cautela, dopo aver informato dei termini del problema anche la Commissione Provinciale del Farmaco di cui faccio parte. Questo articolo, pubblicato su "Nephron Clinical Practice", mi pare particolarmente utile perché "è sempre meglio sapere che non sapere" e soprattutto aiuta sia i medici che i pazienti a praticare e, rispettivamente ricevere, buone cure in un clima di cautela e prudenza.

Il Dr. Santoro segnala poi che nel trattamento di associazione dello studio Ontarget si rilevava un trend non significativo verso il deterioramento della funzione renale richiedente la dialisi. Se però leggiamo attentamente i dati dell'Ontarget² possiamo osservare:

Cause di sospensione permanente del trattamento

Vedono per il "Renal impairment" un Rischio relativo 1.58 ($p < 0.001$) per coloro trattati con ACE+ARB (Ramipril 10 mg+ Telmisartan 80 mg) $RR=1.58$ significa che la probabilità dell'evento è del 158% rispetto a coloro che

usano singolarmente il ramipril oppure il telmisartan.

Esiti del trattamento

Renal impairment RR 1.33 $p < 0.001$ ci indica che tale evento si è verificato in 1148 pazienti ACE+ARB contro gli 871 ACE o i 906 ARB-trattati

Insufficienza renale necessitante di dialisi RR 1.37 ci indica che tale evento si è verificato in 65 pazienti ACE+ARB contro i 48 ACE ed i 52 ARB-trattati.

Ritengo che, con tutta l'attenzione alla elaborazione statistica ed alle eventuali mancate significatività, un Rischio Relativo di 1.3 o superiore ci segnala che il 30% in più dei pazienti trattati dalla terapia combinata hanno ricevuto un danno renale che ha necessitato dialisi, per effetto dello stesso trattamento combinato.

Il Prof. Onuigbo, dopo aver consigliato cautela nel 2009, di recente ha indicato la sospensione-test del trattamento con ACE/ARB per verificare un possibile miglioramento della funzionalità renale, anche nei pazienti con insufficienza renale avanzata³, riferendo e commentando i dati dell'articolo originale di Aïmun K. Ahmed⁴.

In tale contributo si può leggere, ed io come nel caso precedente faccio solo il traduttore-messaggero ed il Dr. Santoro non me ne voglia, che 52 pazienti con Insufficienza Renale (CKD di grado 4 e 5) presentarono un incremento del VFG superiore al 25% nel 61% dei casi e superiore al 50% nel 36% dei casi per effetto della sospensione di tali trattamenti.

La proteinuria non fu influenzata ma il miglioramento della funzionalità renale si mantenne per oltre 1 anno, dato non banale conoscendo l'evoluitività intrinseca al danno renale avanzato. La conclusione del Dr. Santoro "La terapia

combinata di blocco del SRA dovrebbe restare, a giudizio di un largo numero di nefrologi, una valida scelta grazie ai suoi effetti antiproteinurici, antipertensivi e nei riguardi della insufficienza cardiaca" dovrebbe, a mio avviso essere integrata, alla luce dei dati offerti da Ahmed-Onuigbo, con una ulteriore cautela: "dopo aver verificato l'impossibilità ad ottenere un recupero della funzione renale dopo una sospensione-test".

I pazienti renali hanno il diritto di avere Medici-Nefrologici che siano sempre più efficaci ed i Medici di Medicina Generale dovrebbero poter ricevere informazioni che li mettano prontamente in guardia su eventi sfavorevoli farmaco-associati.

Per queste considerazioni ritengo che la pubblicazione sul Bollettino sia stata una scelta innovativa, estremamente lungimirante ed utile per una pronta comunicazione fra colleghi su di un tema "critico".

Bibliografia

¹ Onuigbo M. A. - Analytical Review of the Evidence of Renoprotection by Renin-Angiotensin-Aldosterone System Blockade in Chronic Kidney Disease - A Call for Caution. *Nephron Clin Pract* 113:c63-c70, 2009.

² The Ontarget Investigators - Telmisarta, Ramipril, or Both in Patients at High Risk for Vascular Events. *The New England Journal of Medicine* 358:1547-1559, 2008.

³ Onuigbo M. A. - The impact of stopping inhibitors of the renin-angiotensin system in patients with advanced chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 25:1344-1362, 2010.

⁴ Ahmed A. K. - The impact of stopping inhibitors of the renin-angiotensin system in patients with advanced chronic kidney disease. *NDT Advance Access published October 10, 2009.*

Giovani odontoiatri quale futuro?

Andrea Dugato

È stato pubblicato da parte di una importante organizzazione sindacale odontoiatrica un interessante libro dal titolo "Lo stato dell'odontoiatria in Italia", suddiviso in vari capitoli. Mi è sembrato doveroso soffermarmi su quello intitolato "Profilo socio demografico dei dentisti" dal quale si evidenzia immediatamente lo sbalorditivo numero di 53.526 dentisti

iscritti all'Albo degli Odontoiatri sul territorio italiano nel 2009.

Da grande farò il dentista: sembra essere questo il desiderio di molti ragazzi italiani, infatti anche l'ultimo concorso per accedere alla facoltà di odontoiatria ha visto la partecipazione di numerosissimi candidati.

Secondo i dati del Council of European Dentists

in Gran Bretagna troviamo un dentista ogni 1974 abitanti, in Spagna uno ogni 1887 e in Francia uno ogni 1556. In Italia è in alcune province di un dentista ogni 745 abitanti, con una media di circa un dentista ogni 1000 abitanti. È da evidenziare anche che il numero degli iscritti all'Albo continua a crescere a ritmi ingiustificati (8% nel triennio 2006/2009).

Il convincimento che sia una professione redditizia spinge molti giovani a cercare di accedere alle facoltà odontoiatriche italiane (o spagnole per poi trasferirsi). Dobbiamo però tenere presente i dati dell'indagine ISTAT sui laureati in odontoiatria: la percentuale di giovani odontoiatri che a tre anni dalla laurea non ha lavoro è in forte crescita.

Incrociando i dati ISTAT sulla popolazione residente in Emilia-Romagna aggiornati al primo gennaio 2010 con il numero dei dentisti iscritti all'Albo (dati FNOMCeO 2009) si evidenzia a Bologna un dentista ogni 750 abitan-

ti, a Modena 1 ogni 1193, a ReggioEmilia 1 ogni 1694, a Parma 1 ogni 954, a Forlì 1 ogni 1133, a Ravenna 1 ogni 1386, a Ferrara 1 ogni 906, a Rimini 1 ogni 1019 e a Piacenza 1 ogni 1190.

Da questi dati, dalla considerazione che il turismo odontoiatrico (verso i paesi dell'est) è ormai una realtà diffusa, dal fatto che il particolare momento economico ha ridotto drasticamente la richiesta di prestazioni odontoiatriche e dal fatto che l'odontoiatria pubblica non offre numerosi posti di lavoro, abbiamo il dovere di divulgare ed evidenziare questa realtà perché i giovani possano essere ben consapevoli della loro futura attività professionale.

Seguire un piano di studi che possa entusiasmare è una bellissima ambizione, ma attenzione, perché una volta raggiunta la laurea, considerando che l'offerta odontoiatrica è cresciuta soprattutto grazie alle società di capitale, il rischio che possa essere l'unica o la principale possibilità di lavoro è da tenere in considerazione.

Affidata all'avv. Alberto Santoli la tutela legale dei medici iscritti all'Ordine di Bologna

SEDUTA del 7 settembre 2010 - Delibera n. 139

OGGETTO: Affidamento incarico Avv. Alberto Santoli tutela legale dei medici

L'anno duemiladieci del giorno 7 settembre alle ore venti e quarantacinque si è riunito il Consiglio Direttivo così composto:

		Presenti	Assenti
Presidente	Dott. Giancarlo Pizza	X	
Vice Presidente	Dott. Luigi Bagnoli	X	
Segretario	Dott. ssa Patrizia Stancari	X	
Tesoriere	Dott. Vittorio Lodi	X	
Consigliere	Prof. Fabio Catani		X
Consigliere	Dott. Eugenio Roberto Cosentino	X	
Consigliere	Dott. Carlo D'Achille	X	
Consigliere	Dott. Angelo Di Dio		X
Consigliere	Dott. Andrea Dugato	X	
Consigliere	Dott. ssa Marina Grandi	X	
Consigliere	Dott. Giuseppe lafelice	X	
Consigliere	Dott. Flavio Lambertini	X	
Consigliere	Dott. Paolo Roberti di Sarsina	X	
Consigliere	Dott. Stefano Rubini	X	
Consigliere	Dott. Claudio Servadei	X	
Consigliere	Dott. Carmelo Salvatore Sturiale		X

Sono presenti n. 13 Consiglieri, assenti n. 3.

Il Presidente, preso atto della sussistenza del numero legale, dichiara aperta la seduta.

IL CONSIGLIO DIRETTIVO

- considerata la crescente richiesta da parte di numerosi iscritti all'Albo dei medici di quest'Ordine di varia assistenza di natura prettamente legale;
- ricordato che questo Consiglio dell'Ordine, rispondendo alle esigenze di informazione ed indirizzo giuridico-normativo, ormai strettamente necessarie al corretto, consapevole e responsabile esercizio della professione medica, ha già istituito un servizio di consulenza legale on-line, ottemperato dal legale fiduciario dell'Ordine avv. Alberto Santoli;
- rilevato che tale servizio on-line, perfettamente adeguato in caso di primo contatto per quesiti di natura generale, risulta viceversa meno efficace in casi di specifica e particolare complessità, per i quali è stata segnalata dagli iscritti l'opportunità di un incontro personale e diretto, finalizzato alla compiuta esposizione delle problematiche lamentate ed all'analisi di eventuale documentazione, non sempre agevolmente trasmissibile per via telematica;
- che, in particolare, è stata sottolineata da numerosi medici operanti in strutture sanitarie, ospedaliere o convenzionate, la necessità di una assistenza legale specifica, per le problematiche relative al contenzioso promosso da pazienti e legato al rischio operativo, aggiuntiva o meno rispetto a quella ordinariamente fornita in regime convenzionale dalle Aziende e strutture sanitarie di riferimento sulla base del rapporto contrattuale assicurativo;
- che l'Ordine professionale è sempre più chiamato normativamente ed istituzionalmente a porsi collaborativamente come un punto di riferimento mediato favorente anche il superamento di problematicità e criticità coinvolgenti i molteplici e diversi aspetti delle contrappositività originate dall'infortunio operativo latu sensu intendibile e producibile nel sistema assistenziale;
- che di ciò ne è altro segno l'emersa indicazione normativa favorente la costituzione di organismi di conciliazione presso gli ordini professionali, intenzionalità e linea di indirizzo legislativo già anticipata e favorita da quest'Ordine con l'istituzione nel 2007 della Camera di Confronto e di Conciliazione;
- che favorire il contatto tra iscritto ed Ordine anche in relazione a problematiche pur soggettivamente caratterizzate può nondimeno rappresentare occasione e mediata opportunità per l'approccio ed il tentativo di diverse so-

lutività di vicende contrappositive i diversi interessi ed istanze dei soggetti coinvolti in casi di reputato infortunio e responsabilità professionale;

– verificata, da parte del legale fiduciario dell'Ordine, avv. Alberto Santoli, la disponibilità a ricevere i medici iscritti all'albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Bologna presso la sede dell'Ordine Provinciale in Bologna, via Zaccherini Alvisi n. 4, ad orario pomeridiano predeterminato.

DETERMINA

– Di istituire un servizio di "Assistenza Legale", riservato ai medici iscritti all'albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Bologna che dovessero farne richiesta.

– Il servizio di "Assistenza Legale" così istituito viene affidato al consulente fiduciario dell'Ordine avv. Alberto Santoli e dovrà svolgersi presso la sede dell'Ordine sita in Bologna, via Zaccherini Alvisi n. 6, negli spazi e negli orari pomeridiani individuati dal personale di quest'Ordine, senza che ne derivi intralcio alcuno alle altre attività ordinarie e compatibilmente con gli impegni preventivamente comunicati dal professionista indicato che, in linea di massima, garantirà la piena disponibilità per almeno un pomeriggio alla settimana.

– In merito alle questioni giuridiche affrontate nell'ambito del servizio di "Assistenza Legale" sarà garantita da quest'Ordine, così come dal legale indicato, la più stretta riservatezza, fermo restando che nessuna assistenza potrà essere prestata dal legale incaricato in relazione a comportamenti o a situazioni soggettive anche solo potenzialmente in conflitto con gli interessi e doveri di quest'Ordine e/o con i principi e doveri deontologici e professionali del medico.

– Viene espressamente previsto e stabilito, quale condizione indispensabile del servizio, che nessuna obbligazione economica nei confronti del professionista incaricato, per l'attività da quest'ultimo svolta a favore dell'iscritto richiedente, dovrà ricadere direttamente o indirettamente su quest'Ordine.

– Ai fini dell'immediata attivazione del servizio di "Assistenza Legale" come specificato, dovrà richiedersi all'Avv. Alberto Santoli la sottoscrizione per adesione di copia della delibera da tenersi agli atti.

Il Presidente - Giancarlo Pizza

L'arte ceroplastica fiorentina nelle collezioni anatomiche dell'Università di Bologna: le opere di Clemente Susini

Alessandro Ruggeri e Nicolò Nicoli Aldini

Precedenti articoli apparsi su questo Bollettino si sono occupati delle origini della Scuola Ceroplastica Bolognese e dei suoi sviluppi fra Settecento ed Ottocento, soffermandosi in particolare su alcune figure di grande rilievo come Ercole Lelli, Anna Morandi Manzolini e Cesare Bettini e sulle loro opere, oggi conservate nel Museo di Palazzo Poggi e nel Museo delle Cere Anatomiche "Luigi Cattaneo" presso l'Istituto di Anatomia Umana. Tuttavia non si deve dimenticare che fra i preparati oggi raccolti in questi musei spiccano anche per la loro particolare bellezza e finezza di realizzazione un gruppo di modelli in cera realizzati dalla scuola fiorentina di Clemente Susini.

Clemente Michelangelo Susini (1754-1814) era entrato nel 1773 a far parte dell'officina ceroplastica della Specola di Firenze, fondata da Felice Fontana (1730-1805), divenendone presto il primo modellatore.

La sua fama si affermò rapidamente e ad essa contribuì la commissione di Giuseppe II d'Austria che desiderava avere per l'Università di Vienna una collezione completa di preparati anatomici in cera. L'imperatore, fratello di Leopoldo II Granduca di Toscana, aveva visitato il Museo della Specola nel 1780, rimanendo profondamente colpito dalle cere anatomiche e dall'utilità che esse potevano avere negli studi medici. Il lavoro per la commissione imperiale iniziò nel 1781 con la consulenza scientifica dell'anatomista Paolo Mascagni. La collezione, composta da circa ottocento pezzi, fu ultimata nel 1786. I preparati raggiunsero Vienna valicando le Alpi a dorso di mulo tanto che alcuni si ruppero a causa del freddo. Le cere furono esposte allo Josephinum di Vienna, dove si trovano tuttora. Questa impresa fece sì che il nome del Susini si diffondesse tra i chirurghi e gli anatomici, procurandogli numerose richieste di preparazioni. Per le sue capacità artistiche ed organizzative, Susini riuscì a trasformare la pratica artigianale dell'ar-

te ceroplastica in un procedimento capace di riprodurre in infinite varianti i prototipi. I prodotti del suo laboratorio furono venduti a molte università e musei di città italiane e straniere, tra cui Torino, Pavia, Genova, Pisa, Siena, Perugia, Cagliari, Montpellier, Losanna, il Cairo. Anche il Museo di Bologna venne dunque in possesso di preparati del Susini. Il fascino delle sue opere nasceva dalla loro duplice collocazione tra le categorie dell'arte e della scienza, unendo lo sforzo di rappresentare nel modo più realistico possibile le ultime scoperte della scienza anatomica alla ricerca estetica di una bellezza sensuale e decadente, in piena sintonia con le tendenze proromantiche del momento. Questa duplice dimensione viene sottolineata nei giudizi dell'epoca: Adolph Murray, professore di Anatomia all'Università di Uppsala, in visita alla Specola nel 1780, elogiò l'esattezza dei preparati del Susini ed allo stesso tempo Antonio Canova, famoso scultore neoclassico, sottolineò il talento artistico del suo operato. Le cere del Susini entusiasmarono quindi sia il medico che l'artista creando un binomio difficilmente scindibile.

La stessa vita del ceroplasta fiorentino si divise infatti tra l'officina della Specola e l'Accademia di Belle Arti di Firenze, ove insegnò dal 1799 disegno dal vero. Susini si trovò anche a lavorare, tra gli altri, per l'anatomista dell'Università di Cagliari Francesco Boi, che gli commissionò molti preparati spediti nel capoluogo sardo tra il 1803 e il 1805. Nei Musei dell'Alma Mater sono conservate numerose opere del ceroplasta fiorentino. Un primo gruppo è rappresentato dalle cere della collezione di Lord Cowper, acquistate nel 1789 dal Cardinale Gioannetti per l'Istituto delle Scienze. Tra queste arrivò a Bologna solo la "Statua di donna giacente", detta Venerina, il cui tronco è formato da più parti amovibili raffiguranti gli organi interni. La Venerina è attualmente esposta nelle camere anatomiche dell'Accade-

mia delle Scienze in Palazzo Poggi. Un secondo gruppo di opere di Susini, costituito dal sistema linfatico e da alcune cere dimostranti l'apparato dell'udito, dell'equilibrio e della vista, fu acquistato per l'Università di Bologna dal prof. Alessandro Moreschi dopo il 1810. La differenza tra le cere della scuola bolognese fondata da Ercole Lelli e quelle del Susini consisteva nella struttura portante: le preparazioni bolognesi erano modellate a partire dallo scheletro naturale, mentre il ceroplasta fiorentino utilizzava solamente la cera rinforzata da sostegni in ferro. L'uso di stampi permise una grande diffusione dei preparati con minor dispendio di energie e di tempo.

Dopo la scomparsa di Clemente Susini avvenuta nel 1814, la sua opera venne continuata, seppure con minore successo, dagli allievi Francesco e Carlo Calenzuoli e Luigi Calamai.

Note bibliografiche

1) A. Ruggeri. *La ceroplastica anatomica in Bologna*. Bollettino Notiziario dell'Ordine dei Medici della Provincia di Bologna, Gennaio 2009.

2) N. Nicoli Aldini, A. Ruggeri. *Anna Morandi Manzolini la prima anatomista e ceroplasta della*

Scuola bolognese. Bollettino Notiziario dell'Ordine dei Medici della Provincia di Bologna, Settembre 2009.

3) A. Ruggeri, N. Nicoli Aldini. *Cesare Bettini, disegnatore e modellatore anatomico nello Studio Bolognese dell'Ottocento*. Bollettino Notiziario dell'Ordine dei Medici della Provincia di Bologna, Ottobre 2010.

4) AA.VV. *Le cere anatomiche bolognesi del Settecento*. CLUEB ed., Bologna, 1981.

5) A. Riva. *Cere*. Le anatomie di Clemente Susini dell'Università di Cagliari. Ilisso ed., 2007.

6) A. Ruggeri, Luigi Calori. *Una vita dedicata alla scienza*. Medimond ed., Bologna, 2007.

7) M. Pigozzi, A. Ruggeri. *Cesare Bettini (1814-1886) disegnatore e modellatore anatomico, pittore e litografo bolognese*. Ed. Tip.Le.Co., Piacenza, 2010.

Autori:

Alessandro Ruggeri - Ordinario di Anatomia Umana dell'Alma Mater - Direttore del Museo delle Cere Anatomiche "Luigi Cattaneo".

Nicolò Nicoli Aldini - Storico della Medicina. Istituto Ortopedico Rizzoli.

In copertina:

Ritratto di Clemente Susini.

VILLA BARUZZIANA

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
NEUROPSICHIATRICO**

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri

Medico Chirurgo

Specialista in Psicologia, Medica, Igiene e Medicina Preventiva

BOLOGNA - V. DELL'OSSERVANZA, 19

CENTRALINO: TEL. 051 580 395

TEL. 051 338 411

UFFICIO PRENOTAZIONI RICOVERI:

TEL. 051 644 0324 - FAX: 051 580 315

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

Aut. San. n. 44940 del 13/03/2003

Attività della Commissione Albo Odontoiatri

Questa fine estate, ed inizio stagione autunnale 2010, si sono caratterizzate per avvenimenti assai rilevanti per la nostra Professione e che, probabilmente, ne condizioneranno il decorso per i prossimi anni.

Innanzitutto, **in data 24 settembre**, il Consiglio dei Ministri n. 107, su proposta del Ministro della Salute, Ferruccio Fazio ha approvato il DDL **"Sperimentazioni cliniche e altre disposizioni in materia sanitaria"** nel quale si prevede: **Che venga istituito un Ordine specifico per la professione odontoiatrica, nel rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli Albi dei medici chirurghi e degli odontoiatri, fermo restando l'obbligo di iscrizione per l'esercizio specifico della professione.**

Altro punto di considerevole rilevanza contenuto in questo DDL riguarda **"L'abrogazione delle attuali norme che indicano il diploma di specializzazione in odontoiatria quale requisito necessario per accedere al profilo professionale dirigenziale di odontoiatra e per il conferimento dell'incarico di responsabile di struttura complessa del Servizio sanitario nazionale"**. In questo modo verrebbe a cadere la discriminazione per la laurea in Odontoiatria per i concorsi in questione.

In data 3 settembre us, in tutto il nostro Paese, si è svolto il concorso di ammissione ai Corsi di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria (LM 46). Vale a dire, per la prima volta, la Laurea in odontoiatria, che compie 25 anni (1985-2010), è divenuta Laurea Magistrale, della durata di sei anni, in analogia con il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

In data 24 settembre us, durante il Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM, in via preliminare, si è parlato dell'istituzione di una Commissione per la riforma dello statuto dell'ente previdenziale, al fine di istituire una rappresentanza istituzionale odontoiatrica, all'interno dell'ente stesso, eletta dagli Odontoiatri.

L'Onorevole Alfano si è pronunciato in modo del tutto favorevole a riformare la norma attuale in materia di abusivismo. Attualmente l'art. 348 del Codice Penale prevede l'ipotesi delittuosa di **esercizio abusivo della professione** punendo con la reclusione fino a 6 mesi o **con la multa da Euro 103,00 a 516,00** chiunque abusivamente eserciti una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato. **Appare chiaro che € 103 di multa non possono costituire un deterrente per un delitto che mette seriamente in pericolo la salute della cittadinanza.**

La CAO Nazionale e le CAO Provinciali si stanno adoperando per traghettare la nostra professione verso un'autonomia finalizzata a tutelare in modo sempre più efficace la salute dei Cittadini e la professione, questo è emerso durante l'ultimo Consiglio Nazionale dei Presidenti CAO che si è tenuto a Taormina **in data 17 settembre us**.

Etica, Aggiornamento, Tutela della Salute: per un'Odontoiatria sempre più al servizio della Società

"Un Convegno che ha dato il segno dell'importanza del ruolo ordinistico dell'Odontoiatria".

Così il presidente della Cao nazionale, Giuseppe Renzo, ha definito, a conclusione dei lavori, la due giorni dedicata a *"Odontoiatria e Società: Etica, Aggiornamento e Tutela della Salute"*, che si è svolta, il 17 e 18 settembre, a Giardini Naxos (Messina), e alla quale hanno partecipato oltre quattrocento professionisti.

"L'incontro – ha continuato Renzo – ha consentito alla Professione odontoiatrica di confrontarsi su temi così importanti quali la Deontologia, la Formazione, la Riforma delle Professioni, la Lotta all'abusivismo, temi che tutti si riconducono alla Tutela della Salute dei cittadini".

"Non finiremo mai di ringraziare il ministro alla Salute Ferruccio Fazio e il suo referente Enrico Gherlone per il loro interesse e impegno e per la loro capacità di comprendere le problematiche dell'Odontoiatria, che hanno reso possibili gli attuali scenari su tutti questi fronti" ha aggiunto il presidente Cao.

"Un grazie va anche al ministro per l'Attuazione del Programma, Gianfranco Rotondi, che ha voluto seguire di persona tutte le discussioni di questa giornata dedicata alla formazione pre e post laurea, confermando l'impegno del Governo sugli argomenti in gioco, ognuno affidato al ministro di competenza".

E proprio Rotondi ha aperto, questa mattina, una nuova direttrice di discussione, quella con il ministro dell'Istruzione Maria Stella Gelmini, per quanto riguarda le problematiche inerenti alla

formazione universitaria. Rotondi ha, infatti, dichiarato il suo impegno affinché possa avvenire al più presto un incontro tra il ministro Gelmini e i protagonisti del mondo accademico.

"Infine – ha concluso Renzo – accogliamo con gioia le dichiarazioni del ministro alla Giustizia, Angelino Alfano, che proprio in queste ore ha assicurato l'appoggio del Governo alla proposta di Legge del Pdl – primo firmatario l'odontoiatra Giuseppe Marinello – che prevede di inasprire le pene contro l'esercizio abusivo della Professione".

"Il fatto che il Governo condivide queste proposte parlamentari – ha commentato il ministro Rotondi – su temi così importanti, che toccano da vicino la salute dei cittadini, dà loro una marcia in più. E anche l'Europa deve fare la sua parte, soprattutto in campo sanitario: il sistema formativo deve essere unico a livello comunitario, garantendo standard uniformi di preparazione".

Notifica decisione della Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie del 10 maggio 2010, n. 20/2010, sul ricorso proposto dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di La Spezia - Via Veneto 165 - 19100 La Spezia

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 68 e 79 del Regolamento approvato con DPR 5 aprile 1950, n. 221, per l'esecuzione del d. lgs. C.p.S. 13 settembre 1946, n. 233 sulla ricostituzione degli Ordini professionali e per la disciplina delle professioni sanitarie, si notifica la decisione n. 20/2010 adottata dalla Commissione Centrale nella seduta del 10 maggio 2010, depositata presso questa Segreteria il 30 luglio 2010.

Si avverte che può essere proposto: entro sessanta giorni dalla presente notifica, ricorso alla Corte Suprema di Cassazione ai sensi dell'art. 325, ultimo comma, del Codice di procedura civile (sulla disapplicazione del termine di 30 giorni previsto dall'art. 68, D.P.R. 221/1950, vedi sentenze della Suprema Corte di Cassazione n. 687-2813/1967, n. 6327/1981, n. 11127/1997).

Detto ricorso non ha effetto sospensivo.

Il Dirigente - D.ssa Maria Teresa Camera

Per informazioni:

Segreteria CCEPS tel. 06/5994.2101, 2164

Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie
Decisione n. 20 anno 2010 - RICORSO n. 5.50/2009

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, composta dai Signori:

Dott. Gerardo Mastrandrea	Presidente
Dott. Giuseppe Celotto	componente
Dott. Alessandro Milonis	componente
Dott. Giorgio Carrara	componente
Dott. Giuseppe Costa	componente
Dott. Giovanni Del Fra	componente
Dott. Massimo Ferrera	componente
Dott. Salvatore Rampulla	componente
Dott. Giuseppe Guarneri	componente
Dott. Pasquale Pracella	componente
Dott. Ernesto Guarneri	componente

con l'assistenza del Segretario, dott.ssa Maria Teresa Camera;
visti gli atti;

udito l'Avv. Srefanelli per il ricorrente;

sentita la relazione del componente relatore, dott. Giuseppe Celotto;
ha pronunciato nell'adunanza del 10 maggio 2010 la seguente

DECISIONE

sul ricorso proposto dal dott., domiciliato presso lo studio dell'Avv. in avverso la delibera dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di La Spezia dell'1 settembre 2009, con la quale gli è stata irrogata la sanzione disciplinare della sospensione dall'esercizio professionale per mesi sei.

Ritenuto

IN FATTO

In data 30.3.2009 l'Ordine di Genova segnalava la pubblicità sanitaria effettuata dalla struttura denominata Cliniche *Vitaldent* alla commissione albo odontoiatri della Provincia di La Spezia, di cui un suo iscritto, il dott., risultava essere direttore sanitario. L'Ordine rilevava la non rispondenza di tale forma di pubblicità alle linee guida al vigente Codice deontologico stabilite dalla FNOMCeO.

In data 31.3.2009 il presidente della commissione odontoiatri invitava, a norma dell'art. 39 del DPR n. 221/1950, invitava il dott. a presentarsi il 23.4.2009 per essere sentito sui seguenti fatti:

- sospetta violazione dell'art. 69 C.d. per non aver comunicato all'Ordine il proprio incarico di direttore sanitario della Genoveva Uno s.r.l.;

- sospetta violazione dell'art. 65 C.d. per aver esercitato l'attività in forma societaria senza aver notificato l'atto costitutivo e lo Statuto;

- sospetta violazione degli artt. 55 e 56 C.d. per aver effettuato pubblicità in forme e modi non consentiti dalla legislazione vigente.

Nel corso dell'audizione tenutasi il 13.5.2009, il sanitario affermava di essere effettivamente il direttore sanitario delle strutture Genoveva 1 e 2 s.r.l., ma di non sapere doverlo dichiarare all'Ordine; che la pubblicità di dette strutture veniva gestita a livello centrale (Milano) dalla società *Dental franchising*, che era a conoscenza dell'invio di volantini esclusivamente nelle cassette postali dei condomini e anche presso esercizi pubblici; di non essere socio di Genoveva 1 e 2 s.r.l.; di non aver inviato comunicazioni preventive sul contenuto del messaggio pubblicitario all'Ordine in quanto non sapeva fosse necessario. Inoltre, il dott. si riservava di produrre ulteriori elementi con una nota scritta.

Nella seduta del 19.5.2009 la commissione odontoiatri decideva l'avvio di un procedimento disciplinare nei confronti del dott. per sospetta violazione degli artt. 69, 55 e 56 del Codice di deontologia medica.

Nel giudizio disciplinare, svolto si il 16.6.2009, l'incolpato presentava memoria difensiva affermando la non configurabilità degli illeciti disciplinari ipotizzati e chiedendo l'archiviazione del procedimento. La commissione gli contestava l'utilizzo, nei messaggi pubblicitari, del testo: "Prima visita, diagnosi, radiografia e preventivo gratuiti"; il sanitario rispondeva che un potenziale paziente veniva visitato e a seguito della diagnosi scaturita, anche con esami Rx, gli veniva proposto un piano di trattamento e un preventivo di spesa.

La commissione inoltre, respingeva l'asserzione secondo la quale il direttore sanitario delle società che operano in *franchising* con *Vitaldent* non era imputabile in quanto ciò costituirebbe, di fatto, una sorta di immunità e di scarico di responsabilità gravanti su tale figura.

Quanto all'affermazione del sanitario, secondo cui la c.d. legge Bersani avrebbe liberalizzato testi e modi pubblicitari, la commissione richiamava la nota del Ministero della Salute del 30 aprile 2008, nella quale venivano precisati i limiti posti alla pubblicità sanitaria.

Il giudizio veniva rinviato ad una successiva seduta; in data 1.9.2009 la commissione, sulla base di una comparazione degli elementi accusatori e di quelli difensivi prodotti dal dott., rilevava la sua responsabilità e il suo comportamento deontologicamente scorretto per mancanza di trasparenza e veridicità della pubblicità effettuata, mancata comunicazione all'Ordine del proprio incarico di direttore sanitario delle Società Genoveva 1 e 2 S.r.l.; pertanto, irrogava all'inquisito la sanzione della sospensione per mesi sei.

Con il ricorso in epigrafe, il dott. chiede l'annullamento della decisione impugnata, per i seguenti motivi:

1) la sanzione inflitta è gravissima in relazione a fatti la cui lesività è minima e che non sono neppure da attribuirgli alla luce dei principi di imputabilità e reperibilità;

2) nella contestazione degli addebiti si afferma genericamente la violazione delle norme sulla pubblicità sanitaria e solo nel corso della seduta di giudizio era stato messo a conoscenza che nelle brochure *Vitaldent* oggetto di giudizio i messaggi ritenuti ingannevoli e non trasparenti erano

il termine "estetica" e la frase "prima visita gratuita, diagnosi, radiografia e preventivo gratuiti";
3) i fatti per cui è procedimento non sono attribuibili a lui in quanto tutta l'attività di comunicazione e promozione viene effettuata non dalla singola struttura affiliata ma in maniera centrale dall'affiliante *Dental franchising* e che ero stato comunque assicurato che le pubblicità realizzate da *Vitaldent* erano conformi alla disciplina vigente e al Codice deontologico;

4) la valutazione di ingannevolezza del messaggio è infondata in quanto attualmente i modi e i mezzi con cui i professionisti del settore sanitario possono farsi pubblicità non sono più quelli della L. 175/1992, ma sono invece quelli della L. 248/2006 e quelle delle Linee Guida emanate sul punto dalla FNOMCeO; inoltre, in carenza di decisioni specifiche post-Bersani una metodologia corretta di valutazione è – a suo avviso – quella di richiamarsi ai criteri ed alle decisioni assunte in via generale in ambito di autodisciplina (decisioni IAP) ed in materia di pubblicità (art. 20 del Dlg 206/05 - Codice del Consumo nonché il "considerando" n. 18 Dir. 2005/29/CE) per poi adattare tali criteri alla specifica materia della pubblicità sanitaria;

5) il termine "estetica" deve essere inteso dal paziente come estetica in odontoiatria e che al riguardo il Comitato nazionale di Bioetica ha emanato il documento "Bioetica in odontoiatria (pubblicato il 24.6.2005) nel quale espressamente si raccomanda una particolare attenzione all'impatto estetico e psicologico che la prestazione odontoiatrica può avere sul paziente;

6) quanto alla frase "Prima visita gratuita, diagnosi, radiografia e preventivo gratuiti", l'Ordine non ha tenuto conto del fatto che l'ingannevolezza va valutata alla luce della percezione che il paziente riceve dal messaggio e che decisioni su casi analoghi hanno statuito che, quando un messaggio utilizza espressioni di carattere tecnico, le stesse devono venire interpretate non già secondo il significato che esse assumono nel linguaggio specialistico, ma secondo il significato eventualmente diverso che rivestono nel linguaggio comune (Giuri, n. 77/06);

7) è stato violato il principio di proporzionalità della sanzione applicata rispetto ai fatti (Corte Costituzionale 21 gennaio 1999, n. 2, Con. Stato Sez. IV, 17/02/2004, n. 619).

L'Ordine ha prodotto controdeduzioni, chiedendo il rigetto del ricorso promosso dal dott. e la conferma della sanzione inflitta dalla commissione odontoiatri.

Considerato

IN DIRITTO

I motivi di ricorso attinenti alla dedotta correttezza del messaggio sono infondati sulla base della circostanza che la L. n. 248/2006 (c.d. legge Bersani), la quale ha diversamente regolamentato, rispetto alla legge n. 175/1992, la pubblicità sanitaria, non trova applicazione alle società di capitali, che rimangono pertanto assoggettate alla precedente disciplina. Risulta dunque accertato che la società Genoveva ha effettuato pubblicità in violazione di un preciso divieto di legge.

Parimenti infondato è il secondo motivo di ricorso, con il quale viene lamentata la genericità della contestazione degli addebiti e la violazione del diritto alla difesa, risultando, dall'istruttoria del procedimento, che il sanitario ha avuto piena conoscenza degli addebiti che gli sono stati mossi.

Va ricordato, a questo proposito, il consolidato orientamento secondo il quale la genericità degli atti della procedura non è di per sé motivo di illegittimità della stessa, occorrendo invece che il vizio procedurale si sia tradotto in una ingiusta limitazione della facoltà di difesa del soggetto incolpato, circostanza quest'ultima non risultante dagli atti e non altrimenti dimostrata.

Con l'ultimo motivo di censura, il ricorrente deduce la propria mancanza di responsabilità in ordine ai contenuti del messaggio pubblicitario in quanto la realizzazione dello stesso era affidato ad altri.

Al riguardo, questa Commissione Centrale osserva che, pur in presenza di una disposizione del Codice deontologico (art. 69) che espressamente attribuisce al direttore sanitario l'onere di garantire il rispetto di tali dettami nell'esercizio dell'attività professionale, tale onere va comunque calato nelle circostanze del caso concreto.

Alla luce di tali circostanze, appare credibile che l'incolpato abbia assunto un ruolo non di primo piano nella realizzazione del messaggio in questione; in ragione di ciò, questa Commissione Centrale ritiene di attenuare la misura sanzionatoria applicata dall'Ordine.

P. Q. M.

LA COMMISSIONE CENTRALE PER GLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE

accoglie il ricorso per quanto di ragione e, per l'effetto, riduce la sanzione irrogata alla sospensione dall'esercizio professionale per mesi cinque.

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 16 ottobre 2010

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ARCELLI ALESSANDRA	Via Gubellini, 14 – Bologna	051/44.44.59
AVENIENTE ANNALISA	Via Savena Vecchia, 42 – Baricella	348/10.04.159
BARBERIO GIUSEPPE	Via Giambologna – Bologna	338/66.15.460
BARTONCELLI MARCO	Via Mondolfo, 9 – Bologna	051/45.26.17 – 339/22.98.893
BELLUSI FEDERICA	Via Zanolini, 10 – Bologna	349/25.63.128
BONIFACCI SILVIO	Via Bendini 1/A – Imola (BO)	333/48.60.987
BRUNETTO ESPEDITO	Via Pizzardi, 69 – Bologna	349/45.19.201
BUCCIONE DANIELA	Via del Ponte, 8 – Lanciano	339/19.93.798
CASTELLANI LUCIA	Via Agnesi, 13 – Bologna	335/65.78.182
CASTIELLO EMANUELA	Via de' Gombruti,3 – Bologna	328/13.61.422
CIUCA CRISTINA	Via Alidosi, 19 – Bologna	329/30.93.465
COLLINI BARBARA	Via S. Vincenzi, 44/7 – Bologna	051/34.75.53 – 348/57.02.710
COSTANZO ELISABETTA	Via P. Pietromellara, 35 – Bologna	051/25.45.61 – 333/71.33.638
DABABNEH HUSSAM MUSA SALEM	Via S. Donato, 138 – Bologna	320/81.20.227
DAVOLI FABIO	Via Misa, 2 – Bologna	349/15.97.046
DEL FORNO SIMONA	Via Vizzani, 45/2 – Bologna	328/89.48.806
DI CIOMMO MARIA LUISA	Via Fondazza, 89 – Bologna	347/23.03.113
DI DONATO NADINE	Via Einaudi, 37 – Bologna	051/56.86.93 – 338/94.45.343
DI GIGLIO JUDIT	Via dei Lamponi, 43 – Bologna	051/44.46.
DI PIETRO GIAN CARLO	Via Paleotto 9/4 – Bologna	339/67.37.272
DUCA MADDALENA	Via S. Donato, 17 – Bologna	051/25.55.50 – 335/22.01.43
FATTI GIANLUCA	Via Luigi Pirandello, 16- Arezzo	328/69.48.269
FERRARO GIULIA	Via S. Stefano, 43 – Bologna	051/09.70.351 – 328/21.12.823
FINIGUERRA DAVIDE	Via G. Marconi, 45 – Bologna	392/20.75.068
FORMARO SILVANA	Via Koch, 1/3 – Bologna	347/78.27.325
GAGLIARDI CHRISTIAN	Via Zamboni, 4 – Bologna	333/88.46.881
GHETTI GABRIELE	Via Ruscello, 1 – Bologna	051/63.42.416 – 339/18.40.278
GHIRMAY TEWELDE AL'AZAR	Via Suor Teresa Veronesi – S. Agata Bolognese	328/70.83.207
GIUNCHI GIULIA	Via Zappoli, 4 – Bologna	340/59.14.124
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	051/59.22.80 – 338/16.14.287
GOVI ANNAMARIA	V.le Jolanda, 40 – Cento	329/43.72.720
GUIDASTRI MONICA	Via da Palestrina – Bologna	051/47.03.42 – 334/25.96.651
JORDAN NIURKA	Via Lumachina, 13 – Budrio	051/69.20.074 – 333/26.40.839
KAJO ENKELEDA	Via Stoppani, 35 – Pesaro	0721/39.24.47 – 329/06.200.51
KAREMANI ALDI	Via Brizzi, 3 – Bologna	348/92.10.072
INDRIO CAMILLA	Via Nicolò da Fano, 11 – Fano	0721/80.96.45 – 333/49.56.276
LATERZA CLAUDIO	Via Toscana, 32/2 – Bologna	051/47.48.45 – 335/71.02.090
LEVADA FRANCESCO	Via Martiri Libertà, 26 – Massa Lombarda (RA)	349/71.83.699
MARCHETTI MICHELE	Via Mentana, 5/D – Imola	0542/32.082 – 340/51.65.664
MILANI ANDREA	Via F.lli Musolesi, 5 – Monzuno	051/67.71.556 – 339/84.05.149
MINGARDI FRANCESCA	Via T. Ruffo, 1 – Bologna	051/62.34.952 – 339/29.18.999
NATALI FRANCESCA	Via Garibaldi,5 – Bologna	338/15.70.405
ORTOLANI ALESSANDRO	Via Fosse Ardeatine, 9 – Ozzano Emilia (BO)	051/199.80.629 – 392/27.62.453
PALAIÀ VINCENZO	Via Libia, 60/2 – Bologna	051/28.15.922 – 340/66.86.310
PAPADOPOULOS DIMITRIS	Via S. Donato, 30 – Bologna	328/311.53.78
PETRUCCI ALESSANDRO	Via Barcelli – Fossombrone	349/53.77.340
PIGNANELLI FRANCESCA	Via Epomeo, 496 – Napoli	329/61.97.039

PIRAZZINI PIERPAOLO	Via S. Donato, 21 – Bologna	333/46.29.799
PIROZZI FEDERICO	Via Dè Coltelli, 8 – Bologna	051/09.51.736 - 347/62.41.956
PLANTERA PAMELA	Via A. Saffi, 16/03 – Bologna	380/63.49.252
PORTUNATO ALESSANDRO	Via del Canaletto, 271 – La Spezia	328/42.13.573
RAGUSA FRANCESCA	Via delle Lame, 69 – Bologna	349/44.66.995
RICOTTA LARA	Via Castiglione, 47/2 – Bologna	377/25.13.983
ROMANI PAOLO	Via L. Alberti, 81 – Bologna	051/39.33.23 - 328/60.17.959
SALCE CATERINA	Via Zamboni, 59 – Bologna	333/31.37.119
SANFILIPPO SILVIA	Via Emilia Levante, 22 – Bologna	347/04.90.477 - 389/39.76.890
SARTINI ALESSANDRO	Via E. Mattei, 15/4 – Bologna	051/53.81.99 - 347/92.39.701
SCUTO LUDOVICA	Via delle Belle Arti, 28 – Bologna	339/44.61.838
SECLI' ROBERTO	V.le degli Studenti – Galatina (LE)	328/0019122
SERRA MAURO	Via Agnesi, 14 – Bologna	051/08.69.687 - 349/40.45.916
SHUKULLI ENRIGERTA	Via D. C. Gnocchi, 5 – Bologna	331/20.91.796
SILVESTRO GIUSEPPINA	Via S. Vitale, 77 – Bologna	338/71.00748
SGRO' FEDERICA	Via Gino Cervi, 13 – Bologna	338/74.87.968
SPINELLI MARICA	Via Simeana, 112 – Francavilla	328/19.27.332
STIPA CARLOTTA	Via Palmieri, 7 – Bologna	051/58.71.872 - 329/58.66.089
SUPRESSA STEFANIA	Via F. Zanardi, 389 – Bologna	328/36.22.888
TAMBURINI MARIA VITTORIA	Via Battindarno, 35 – Bologna	051/38.31.77 - 349/50.27.064
TANKOH MBONGHU EVELYN	Via Don Gnocchi, 5 – Bologna	348/88.74.755
TESTA GABRIELLA	Via Libero Testa , 77 – Isernia	328/45.77.138
TONVERONACHI EVA	Via Massarenti, 85 – Bologna	339/56.32.325



MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
BONIFACCI SILVIO	Ortopedia e Traumatologia Fisiokinesiterapia Ortopedica Medicina dello Sport	333/48.60.987
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16 - 340/85.50.870
CAIVANO ANTONIO	Chirurgia - Chirurgia dell'Infanzia	0532/80.91.18 - 335/81.28.675
DE CATALDIS ANGELO	Chirurgia Generale	051/24.05.69 - 347/13.49.603
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
LONGHI LUDOVICA	Odontoiatria	338/87.63.880
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MASSA FLORINDO	Ostetricia e Ginecologia	338/50.62.768
MASSOUDIAN HABIBOLLAH	Ematologia	389/11.68.937 - 320/05.82.140
MENNUCCI ELENA	Audiologia e Foniatria	328/90.09.117
NISTA MICHELE	Medicina del Lavoro	368/33.96.068
OSTI MARIA IRENE	Pediatria	333/21.39.377
PEGREFFI FRANCESCO	Ortopedia e Traumatologia	338/32.43.27
PERRONE LILIANA GIGLIOLA	Corso Formazione in Medicina Generale	328/21.68.981
RUGHI MORENA	Dermatologia	333/47.48.242
SANGIORGI MATTEO	Odontoiatria	347/75.53.167 - 347/75.53.167
SETTI ALBERTO	Odontoiatra	334/85.47.749

Comunicare la Salute: dalle proposte per la collettività agli interventi sul singolo

Bologna
6 novembre 2010

Promuovere la salute puntando l'attenzione sui corretti stili di vita, sull'alimentazione equilibrata e sull'attività fisica più idonea per ciascuno. È quello che si propone ASAS che in questo primo convegno vuole confrontarsi con gli esperti e suggerire alla popolazione percorsi concreti e realizzabili che possano contribuire realmente alla tutela della salute. Promuovere la salute significa, soprattutto, aumentare la consapevolezza dei cittadini a partire dalle piccole scelte quotidiane che anticipano cambiamenti sostanziali e poco faticosi. Sono questi che rappresentano il primo passo di un percorso virtuoso in direzione della salute.

Comunicare la Salute: come intervenire sulla collettività?

- Le sfide degli operatori sanitari nel mondo globalizzato.
- L'educazione fisica nelle scuole: modelli europei a confronto.
- Azioni per una vita in salute.
- Terra 3.0: per uno stile di vita sostenibile.
- I Gruppi di cammino risorsa per la promozione della salute.
- La prescrizione dell'esercizio fisico nelle malattie correlate al processo d'invecchiamento.

Comunicare la Salute: come intervenire sul singolo?

- Le scelte inconsapevoli indotte dalla quotidianità.
- La gestione del paziente obeso in Medicina Generale: proposte realistiche per un intervento efficace.

- Il trattamento dell'obesità: aspetti psicologici.
- Counselling e problem solving.

Sede del Corso

Aula Magna - Dip. di Biochimica "G. Moruzzi"
Via Irnerio 48, Bologna

Segreteria Organizzativa

ADB EVENTI&CONGRESSI
Via Tagliapietre 12 b - 40123 Bologna
Tel. 051 4072960 - Fax 051 4072964
info@adbcongressi.it - www.adbcongressi.it

A.M.A.B. - Associazione Medici Agopuntori Bolognesi, Scuola Italo Cinese di Agopuntura, aderente alla Federazione Italiana delle Società di Agopuntura (FISA)
CORSO QUADRIENNALE DI AGOPUNTURA

Bologna
18 dicembre

con il patrocinio dell'Ordine dei Medici e Chirurghi di Bologna, in convenzione con l'AUSL Città di Bologna, in collaborazione con la Facoltà di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino

Obiettivi formativi

Formare realmente professionisti nel campo dell'Agopuntura e della Medicina Tradizionale Cinese nell'ottica dell'integrazione con la Medicina Occidentale. Trasmettere la capacità di scegliere, di fronte ad un quadro patologico, se operare con gli strumenti della Medicina Occidentale, con quelli della Medicina Tradizionale Cinese o con l'integrazione di entrambe, sempre secondo i criteri di efficacia, di minor effetti iatrogeni e di minor costi.

Casa di Cura
Ai Colli

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE MENTALI**

Direttore Sanitario: Dott.ssa Giuliana Fabbri - Medico Chirurgo
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

Primario: Dott. Paolo Baroncini - Medico Chirurgo
Specialista in Psichiatria e Psicologia Medica

40136 BOLOGNA
VIA SAN MAMOLO, 158 - TEL. 051 581073 - FAX 051 6448061
Sito internet: www.aicolli.com - E-mail: casadicura@aicolli.com

P.G. 141330/03 - 01/02/2008

Durata: Ciascun anno di corso prevede 90 ore di insegnamento a carattere teorico e pratico, più 30 ore di pratica clinica obbligatoria presso ambulatori pubblici e privati tenuti da insegnanti della Scuola. L'attività didattica si svolge a cadenza mensile nei weekend.

Il passaggio all'anno successivo è subordinato al superamento di un esame. La Scuola organizza stage di studio presso ospedali e università cinesi.

Attestato: Al termine del quarto anno, dopo la discussione di una tesi, sarà rilasciato l'Attestato Italiano di Agopuntura della F.I.S.A. Tale attestato soddisfa i requisiti per l'iscrizione ai Registri degli Agopuntori istituiti presso gli Ordini dei Medici Chirurghi provinciali e al Registro dei Medici Agopuntori della F.I.S.A. (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura).

ECM: L'AMAB - Scuola Italo Cinese di Agopuntura è registrata presso il Ministero della Sanità come Ente organizzatore di eventi formativi nell'ambito della Educazione Continua in Medicina (ECM). Gli eventi formativi della Scuola saranno accreditati da parte del Ministero, in base alla loro durata e alla loro qualità.

Stages di studio in Cina: La Scuola organizza stages di studio presso ospedali e università cinesi.

Quota annuale di 1.400,00 euro (IVA compresa) + 50,00 euro iscrizione AMAB.

Per maggiori dettagli: www.amabonline.it

Termine di presentazione della domanda di iscrizione: 15 dicembre 2010

Per ulteriori informazioni:

Segreteria AMAB - Scuola Italo Cinese di Agopuntura - Lunedì - Martedì ore 12.00 - 16.00 - Cell. 340 9553985

Via Torino, 37 San Lazzaro di Savena (BO)

e-mail: segreteria@amabonline.it

Sede del Corso

Policlinico Sant'Orsola e Ordine dei Medici di Bologna

XXXVII Corso di Agopuntura - Sede di Bologna - Accademia di Medicina Tradizionale Cinese - Centro Studi So Wen

**Bologna
27 novembre**

Con il patrocinio dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna

FORMAZIONE D'AULA - E-LEARNING - TUTORING - PRATICA CLINICA ASSISTITA

Lezioni teorico-pratiche svolte nei fine settimana, da Novembre 2010 a Giugno 2011, formazioni a distanza certificata, senza vincoli di tempo e/o di luogo (standard internazionali SCORM). Monte ore quadriennale minimo: 600 ore (480 ore di teoria - minimo 120 ore di pratica). Programma di studio personalizzabile. Esami di merito annuali. Al termine del quadriennio, dopo la discussione di una tesi finale, viene rilasciato un Attestato di Formazione in Agopuntura che soddisfa i requisiti di cui alla deliberazione FNOMCeO. Singole giornate in corso di accreditamento ai fini ECM. Corsi di perfezionamento in Cina presso le Università e le Cliniche Universitarie convenzionate di Henan e Liaoning.

Iscrizione: entro il 14 novembre 2010

Inizio corso: 27 novembre 2010

Per informazioni: www.accademia-mtc.eu
Segreteria Bologna: ore 08,30-12,30 e 14,30-18,30 dal lunedì al venerdì tel. 051255111
segreteria@accademia-mtc.eu
cell. 3475894413 (Sig.ra Nevia Rossi)

Diagnosi in psichiatria dell'età evolutiva dalle condizioni di rischio alla prognosi

**Bologna
30 novembre - 1 dicembre 2010**

Obiettivo formativo

Gli argomenti del Congresso sono emersi dal lavoro della Sezione di Psichiatria tenendo conto delle indicazioni dei Soci. Il tema della diagnosi è stato quello maggiormente proposto, quello dei disturbi di personalità è stato individuato come quadro psicopatologico grave, esito di precedenti condizioni di rischio; su questo argomento saranno portati anche i risultati di una analisi di casistica multicentrica.

Particolare attenzione viene riservata alla presentazione della realtà clinica e organizzativa della psichiatria infantile e delle aree disciplinari ed operative con cui essa ha rapporto, riservando uno spazio specifico alla discussione dei poster i cui Abstract compariranno negli Atti del Congresso. Come ulteriore tema saranno trattati i percorsi di formazione e quelli diagnostici, terapeutici e preventivi realizzati nei servizi allo scopo di favorire un confronto fra il momento formativo accademico e la realtà operativa della psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Si intende anche dare rilievo all'aspetto semiologico, sia rispetto alla finalizzazione del tratta-

mento, sia dal punto di vista dell'apporto che i diversi approcci teorici possono fornire.

30 Novembre 2010

I Sessione - Diagnosi in psichiatria dell'età evolutiva. La questione del disturbo di personalità

- Dimensione clinica ed esistenziale nel percorso diagnostico in psichiatria dell'età evolutiva.
- Psicopatologia dello Sviluppo e Disturbi di Personalità.
- Segnali precoci e diagnosi di disturbo di personalità: studio multicentrico su casistica in adolescenza.

II Sessione - Sessione Poster

- Discussione generale.

III Sessione - Percorsi clinici e formativi in psichiatria dell'età evolutiva

- La formazione in psichiatria infantile: tra storia e prospettive.
- Percorsi diagnostici, terapeutici e preventivi nei servizi.
- Assemblea dei Soci SINPIA per approvazione del bilancio societario.

1 Dicembre 2010

IV Sessione - Semeiologia clinica e approcci teorici

- La semeiologia clinica nel momento diagnostico e la terapia in psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.
- Semeiologia diagnostica e approccio teorico psicodinamico.
- Semeiologia diagnostica e approccio teorico dal punto di vista sistemico.
- Conclusioni Questionario di valutazione.

Sede del Corso

Centro Congressi CNR - Area della Ricerca
Via Gobetti, 101 - Bologna

Segreteria Scientifica

Giancarlo Rigon (Responsabile Sezione di Psichiatria), Mauro Ferrara, Gabriel Levi, Anna Peloso, Giorgio Rossi.

Segreteria Organizzativa

Planning Congressi srl
Via Guelfa 9 - Bologna
Alessia Arena
Tel. 051 300100 int.162 - Fax 051 309477
E-mail: a.arena@planning.it

Seminari della Scuola di Specializzazione in Reumatologia

Bologna

2 dicembre 2010

Programma

Giovedì 9 Settembre

Diagnosi e terapia dell'infezione tubercolare nel paziente reumatologico.

Giovedì 16 Settembre

La disfunzione lacrimale nelle patologie autoimmuni. Percorso diagnostico e gestione terapeutica.

Giovedì 21 Ottobre

M. di Behcet.

Giovedì 28 Ottobre

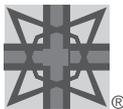
Imaging delle articolazioni sacroiliache.

Giovedì 4 Novembre

Sclerosi Sistemica: diagnosi precoce e terapia: update.

Giovedì 18 Novembre

Raccomandazioni EULAR per il monitorag-



OSPEDALE PRIVATO
SANTA VIOLA



Direttore Sanitario:

DOTT. GIUSEPPE GUERRA MEDICO CHIRURGO

Specialista in Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale e delle Assicurazioni

STRUTTURA SANITARIA PER LUNGODEGENZE ACCREDITATA

Aut. San. PG 160609 del 07/10/2002

Via della Ferriera n. 10 • 40133 Bologna • Tel. 051 383824 • Fax 051 4141266

gio clinico dei pazienti affetti da LES e qualità della cura nel LES.

Giovedì 2 Dicembre

Il dolore nella medicina occidentale.

I Seminari sono stati accreditati presso la commissione ECM come unico Corso ed è pertanto importante dare visibilità a questo aspetto poiché ai fini dell'ottenimento dei Crediti è indispensabile la partecipazione a tutti e 10.

Sede del Seminario

Policlinico S. Orsola-Malpighi
Aula A - Padiglione 2 Albertoni
Via Albertoni, 15 - 40138 Bologna
(si consiglia l'entrata da Via Albertoni 15 o da via P. Palagi)

Solo per il Seminario del 2 Dicembre 2010

Aula Labò Barbara - Pad. 5 Nuove Patologie
Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna

Segreteria Organizzativa

I&C s.r.l.
Via A. Costa, 202/6 - 40134 Bologna
Tel. 051.614.4004 - Fax 051.614.2772
E-mail: chiara.cilione@iec-srl.it - www.iec-srl.it

La sensazione vitale: tecniche per arrivare col paziente alla sua "Vital sensation" esplorando piante e minerali

Bologna 13-14 novembre 2010

ARGOMENTO

Il seminario verterà sulle tecniche che l'omeopatia può adottare perché il paziente possa espri-

mere la sua sensazione vitale; il tutto esemplificato da casi clinici che attingeranno al regno minerale e vegetale.

Sabato 13 novembre 2010

Sessioni, pranzo e coffee break

Domenica 14 novembre 2010

Sessioni, pranzo e coffee break

Sede del Corso

Sala Girasole dell'Hotel Relais Bellaria
Via Altura, 11/bis
40068 San Lazzaro di Savena - Bologna
Tel. +39 051 453103 - Fax +39 051 6278796
E-mail: info@hotelrelaisbellaria.com
Sito web: www.hotelrelaisbellaria.com

Floriterapia Clinica

Bologna 30 Gennaio, 27 Febbraio, 20 Marzo, 10 Aprile, 8 Maggio, 5 Giugno 2011

Obiettivi

Si propone di fornire al medico le evidenze scientifiche e le competenze per l'efficace gestione dei disturbi emotivi, psicosomatici e somatopsichici nella pratica clinica della medicina di base e specialistica. Il corso, finalizzato all'immediata applicazione, si svolge attraverso lezioni frontali, case-study, role-play e supervisioni cliniche.

Segreteria Organizzativa

Società Italiana di Floriterapia
Tel. 051 441020 - 333 3857130
E-mail: info.sif@libero.it



POLIAMBULATORIO PRIVATO
con Day Surgery
Dott. Oppici
Direttore sanitario Dott. Lauro Oppici
Medico Chirurgo - Odontoiatra

n° prot. PG66586 del 16.04.2003 Aut. San. PG.136081 del 28.07.2003
40134 Bologna - Via Andrea Costa, 160

Tel. 051 6152754 - 6154769 Fax 051 6148438

www.poliambulatoriodaysurgery.com - www.studiooppici.com
info@studiooppici.com

Vendesi centro via Castiglione 1° piano in palazzina bolognese ristrutturata: ingresso, soggiorno c/letto, camera matrimoniale, cucina, bagno, cantina. Riscaldamento autonomo, aria condizionata, arredato con mobili di pregio. € 275.000,00. Telefono 348/4071799 - 335/475225.

In prestigioso stabile, centro storico S. Stefano, disponibile, a giornate, studio consulenza medica con servizio di segreteria. Ore ufficio 328/7182772.

Poliambulatorio Bonazzi, sito in Cento (FE), via IV Novembre 11, autorizzato e certificato ISO 9001, con servizio di segreteria, accesso handicap e fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Per informazioni tel. 051/902236.

Vendesi letto sanitario (con materasso) Völker 3080 in ottime condizioni, usato pochi mesi. 3.000 euro trattabili. Per contatti 051/6557609 - 3381286636 - gabriellarusso@gmail.com

Vendesi appartamento Murri alta via Molinelli, 120 mq. composto da: ingresso, sala doppia, cucina abitabile, 2 camere matrimoniali, 2 bagni, 3 balconi, lavanderia, cantina grande, garage, porta blindata, ascensore, allarme, aria condizionata. Tel. 335/7059281.

In studio medico polispecialistico sito in Piazza dei Martiri, fuori ZTL e vicino a stazione, si rende disponibile locale. Sono possibili frazionamenti (mezza giornata/una giornata o più, per settimana/mese). Per informazioni telefonare ore ufficio allo 051/255111 oppure al 347/3011600.

Vendesi via Nadi (zona Mazzini/S. Orsola) appartamento luminoso di 75 mq., posto al 5° piano con ascensore, composto da: tinello, cucinotto, 2 camere matrimoniali, bagno, balcone, cantina ciclabile. Libero subito: € 230.000,00. Per informazioni tel. 339/4405393.

Vendesi garage mq. 13 con basculante presso Poliambulatorio Tiarini e stazione centrale. € 31.000,00. Per informazioni tel. 339/4405393.

Madonna di Campiglio, Rio Falzè, attico panoramico, signorile, arredato, 6 posti letto, libero subito, in multiproprietà, ultima settimana di febbraio. Richiesta 10.000 €. Telefonare allo 051/441571.

Poliambulatorio autorizzato, non accreditato (C.D.O. s.r.l. via Ortolani 34/F Bologna) piano terra, a norma, accesso handicap, con fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Il Poliambulatorio è dotato di recentissimo ecografo Aloka Prosound alfa 74 sonde. Per informazioni tel. 051/547396. Vedi sito www.cdosrl.it

Via Guido Reni, vendesi garage composto di n. 4 posti auto; per informazioni telefonare ore pasti al n. 339/7243559.

Imola, vendesi casa colonica con ampia area cortiliva; per informazioni telefonare ore pasti al n. 339/7243559.

Via Bellinzona, affittasi a studenti/studentesse referenziati/e 3 camere, cucina e bagno; per informazioni telefonare ore pasti al n. 339/7243559.

Cedesi studio odontoiatrico, piano terra (no muri), zona centro, fuori ZTL, n. 1 riunito con possibilità di aggiugnere il 2°, sala attesa e servizi, a norma, autorizzato, avviamento trentennale. Tel. 339/5934071 oppure 337/477012.

Cedesi, per avanzata età dei soci, poliambulatorio, numero 8 vani attrezzati, ampia reception, più 2 sale attesa, nei pressi della stazione di Bologna con disponibilità di parcheggio in area pubblica. Trattative riservate. Tel. 335/8151901.

Cercasi medico neo-laureato per periodo di collaborazione presso un centro ortopedico-traumatologico e polispecialistico con sedi a Pozza di Fassa Canazei (Trento); eventuale possibilità anche di collaborazione come medico generico convenzionato. Assicurarsi anche alloggio. Per informazioni Dr. Giuseppe Lapira tel. 338/8910994.

Poliambulatorio autorizzato, zona centro (V. Giorgio Ercolani 10/c - Bologna) piano terra, rende disponibili ambulatori a medici spe-

cialisti (e non) anche per singole giornate o mezze giornate (mattino e/o pomeriggio). Per informazioni tel. 051/557366 dal lunedì al venerdì 9,30-12,30/14,30-19,30.

Viale Masini, primo piano affittasi studio dentistico di pregio già autorizzato, adatto a studio associato, composto da reception e sala attesa, 3 studi, sala sterilizzazione, sala con ortopantomografo digitale, ufficio privato, spogliatoio e 2 bagni. Disponibili anche 3 posti auto. Ambiente ampio adatto anche come Poliambulatorio. Tel. 335/5615625. Foto visibili su <http://www.flickr.com/photos/studiomed/>

In prestigioso stabile, centro storico S. Stefano, disponibile, a giornate intere o mezza giornata, studio consulenza medica con servizio di segreteria. Prezzo realmente interessante. Ore ufficio 328/7182772.

Affittasi studio medico sito nelle vicinanze Osp. Sant'Orsola Bologna. Tel. 338/5893272.

Affittasi ambulatorio medico sito in Bologna, via Mazzini n. 2. Telefonare al 335/390860 o 051/6360566.

Cercasi assistente per reparto di ortopedia e traumatologia. Telefonare al 335/390860 o 051/6360566.

Cedo studio dentistico (no muri) sito in Imola quartiere Cappuccini. Consiste di 2 unità operative completamente attrezzate, sala d'attesa, servizi. Ben accetto anche giovane odontoiatra per affiancamento. Studio naturalmente autorizzato. Tel. 349/5576572 - 051/6510035.

Causa trasferimento, medico odontoiatra offre a colleghi subentro in studio dentistico autorizzato in zona via Bellaria, canone di affitto conveniente, contesto signorile, libero da maggio 2011. Per informazioni tel. 328/5812566.

Bologna Piazza Trento e Trieste. Affittasi Locale fronte strada di 300mq con 7 vetrine e 10 posti auto privati piu' locale accessorio annesso di 120 mq. Soluzione ideale per poliambulatori con palestra e parcheggio clienti. Tel. 335/375737 - 051/343388.

Offresi studio medico a professionista convenzionato USL. Posizione centrale, piano terra. Per info contattare 333/3397199 - 348/7287477.

Norme editoriali

L'editoriale e il dossier saranno pubblicati su richiesta dell'editore.

Articoli: formato word, times new roman 12, spazio singolo, giustificato, sono graditi gli articoli a carattere sanitario e a rilevanza locale. Gli articoli a carattere scientifico saranno inviati a referee nazionali scelti dalla redazione. Ogni articolo non dovrà superare di norma le 16.000 battute e contenere massimo 3 immagini in bianco e nero.

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

Congressi/convegni/seminari (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)

Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.

Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nominativi, telefoni, e-mail)

Annunci: testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: ASSOMNIA SAS di DE BERNARDIS CLAUDIO E C.
17 via Ranzani - 40127 Bologna - telefono e fax 051 241379



Via Santo Stefano:

a due passi da Piazza Santo Stefano, in palazzo signorile con portierato, appartamento dagli ampi spazi composto da, ingresso arredabile, salone doppio, cucina abitabile con balcone, 4 camere, 2 balconcini, 3 bagni e studio con accesso indipendente ma collegato internamente all'appartamento in oggetto. Completano l'immobile una cantina ed un garage di pertinenza. Libero subito!
Trattative Riservate.



Viale Oriani:

In contesto signorile ed esclusivo con affacci suggestivi e panoramici, proponiamo luminoso appartamento di oltre 200 mq così composto: Ampio ingresso accogliente, grande cucina abitabile con zona cottura e zona pranzo, salone di circa 70 mq con camino, 3 grandi camere matrimoniali con armadio a muro, studio, spogliatoio, bagno padronale e bagno di servizio finestrato. Completa l'immobile un comodissimo terrazzo di oltre 35 mq che corre su 2 lati dell'appartamento. Palazzo in perfetta condizioni di manutenzione, ideale per chi cerca vani spaziosi razionalmente suddivisi. Trattative Riservate



Porta Saragozza:

Villa indipendente di ampia metratura dotata di garage, cantine, serra e veranda, con giardino di proprietà in posizione appartata, silenzioso e immerso nel verde, soluzione ideale per chi è alla ricerca di un immobile con più unità abitative. Libero subito. Prezzo interessante
Trattative Riservate



Sardegna:

Sull'affascinante costa occidentale, esattamente tra la splendida Alghero ed Oristano, appartamenti di varie tipologie e metrature con terrazzi, portici, giardini e posti auto.

Es. Tipologia Ingresso su sala con cucina a vista, 2 camere, porticato esterno con predisposizione per barbecue o camino esterno, posto auto, € 130.000.



New York:

Il vostro investimento a New York con tutte le garanzie che può offrire solo una struttura che dispone di una sede operativa e di professionisti ubicata direttamente a Manhattan. L'organizzazione è in grado di seguire il cliente sotto ogni aspetto: dalla organizzazione del viaggio, alla ricerca dell'immobile fino alle pratiche e alle formalità burocratiche e contrattualistiche necessarie per acquistare negli U.S.A. Siamo in grado di garantire un acquisto sicuro e redditizio, nonché la gestione diretta della locazione degli immobili acquistati.



Miami Beach:

Proponiamo appartamenti di nuova realizzazione con la massima attenzione agli spazi verdi ed alla tranquillità all'ingresso del viver bene, in piccola struttura a due passi dal mare e dalle passeggiate tra i negozi ed i locali più alla moda. Prezzi a partire da 165.000 €



Isola D'Elba:

Disponiamo di un'ampia gamma di soluzioni immobiliari; monolocali, appartamenti sul mare, ville, nei centri storici caratteristici, immersi nella natura incontaminata o affacciati sulle meravigliose spiagge dell'isola. Grazie all'impegno con cui svolgiamo la nostra attività nel mercato immobiliare dell'Isola d'Elba, possiamo garantirvi investimenti sicuri per l'acquisto di immobili sia per affitti vacanze, sia per chi cerca una casa da abitare tutto l'anno. Prezzi a partire da 180.000 €

Viale Carducci, 2/3 - 40125 Bologna
tel. 051 636 7669 fax 051 429 5408
E-mail: gynepro@gynepro.it

IL TEAM DI GYNEPRO RIPRODUZIONE

Prof. MARCO FILICORI
Dott.ssa Graciela E. Cognigni
Dott. Walter Ciampaglia
Dott.ssa Fanny Infante
Dott.ssa Patrizia Pocognoli
Dott.ssa Gabriella Rifelli
Dott.ssa Emilia Sganga
Dott.ssa Stefania Taraborrelli

Il Poliambulatorio GynePro è all'avanguardia nel campo ginecologico, nel settore della diagnosi e terapia della sterilità e nella procreazione medicalmente assistita, avvalendosi della collaborazione di professionisti di fama internazionale e di nuove e raffinate tecnologie biomediche.

DIAGNOSI E TERAPIA DELLA STERILITA' PROCRAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

- Fecondazione in Vitro
- Inseminazione intrauterina
- ICSI (Iniezione Intracitoplasmatica degli Spermatozoi)

Ginecologia e Ostetricia
**Ecografia ginecologica transaddominale, transvaginale
e tridimensionale**
Sonoisterografia e sonosalpingografia
Ecografia mammaria
Andrologia - Disturbi sessuali
Diagnosi e terapia dell'aborto ricorrente

Poliambulatorio GynePro S.r.l. Ginecologia e Riproduzione - Viale Carducci, 2/3 - 40125 Bologna
Direttore Sanitario Dott.ssa Patrizia Pocognoli Medico Chirurgo Specialista in Ginecologia ed Ostetricia
AUT PG 306581 del 24.12.2007



DAY SURGERY
Via T. Cremona, 8 - 40137 Bologna
tel. 051 442 094 fax 051 441 135
E-mail: medical@gynepro.it

IL TEAM DI GYNEPRO PRENATALE

Prof. GIANLUIGI PILU
(Professore Associato di Ginecologia
ed Ostetricia, Università di Bologna)
Dott.ssa Lara Alesi
Dott.ssa Angela Carletti
Dott.ssa Michela Ceccarini
Dott.ssa Giulia Gandolfi Colleoni
Dott. Pietro Falco
Dott. Giuseppe Gessa
Dott. Tullio Ghi
Dott. Claudio Graziano
Dott.ssa Maria Segata
Dott.ssa Giovanna Tagliavini
Dott. Nicolò Tripoli
Dott.ssa Antonella Visentin

Il Poliambulatorio Privato GynePro Medical eroga prestazioni diagnostiche in vari settori e comprende ambulatori specializzati nel campo della diagnosi prenatale. E' inoltre operativo un servizio di day surgery con sala operatoria per interventi polispecialistici in regime di ricovero diurno.

DIAGNOSI PRENATALE

- Ecografia ostetrica tridimensionale del primo, secondo e terzo trimestre di gravidanza
- Flussimetria doppler
- Ecografia morfologica di II livello e consulenza prenatale
- Ecocardiografia fetale
- Amniocentesi
- Villocentesi
- Bi-test
- Consulenza e test genetici

ENDOSCOPIA GINECOLOGICA

- Isteroscopia diagnostica ed operativa
- Endoscopia transvaginale
- Laparoscopia diagnostica

Poliambulatorio Day Surgery GynePro Medical S.r.l. - Via T. Cremona, 8 - 40137 Bologna
Direttore Sanitario Dott. Walter Ciampaglia Medico Chirurgo Specialista in Ginecologia ed Ostetricia
AUT PG 306586 del 24.12.2007