

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XXXIX - N° 12 DICEMBRE 2008

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

IN QUESTO NUMERO

- **La chirurgia dell'esofago oggi**
Sandro Mattioli, pag. 3
- **La sanità in pericolo**
Gisella Frontini, pag. 12

DOSSIER al centro rivista

**Una sede per la riabilitazione dei pazienti
con gravi lesioni spinali e cerebrali:
l'ospedale di Montecatone**





GLK. Tutto quello che ti aspetti da Mercedes. Ma nulla a cui sei già abituato.

L'unico SUV compatto con cambio automatico 7G-TRONIC, trazione integrale permanente 4MATIC e sistema AGILITY CONTROL di serie. Consumi (ciclo combinato): da 6,9 a 10,8 l/100 km. Emissioni CO₂: da 183 a 251 g/km.
inaspettatamentemercedes.it

Mercedes-Benz

meb&car

Concessionaria Ufficiale di Vendita e Assistenza Mercedes-Benz
Casalecchio di Reno via del Lavoro, 50
Officina Autorizzata Bologna piazza Trento e Trieste, 4/A
www.mebecar.it - Numero Verde 800-283850

BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott.ssa Rossana De Palma

DIRETTORE DI REDAZIONE

Dott. Mario Lavecchia

COMITATO DI REDAZIONE

Dott. Luigi Bagnoli
Dott.ssa Giuseppina Bovina
Dott. Francesco Cicognani Simoncini
Dott. Danilo Di Diodoro
Dott. Flavio Lambertini
Dott. Domenico Panuccio
Dott. Paolo Roberti di Sarsina
Dott. Stefano Rubini
Dott.ssa Patrizia Stancari

I Colleghi Medici sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in terza di copertina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione. I testi dovranno essere inviati in cartelle dattiloscritte e in forma informatica, preferibilmente WORD.

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 novembre 2008
è stato consegnato in posta
il giorno 18/11/2008

**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGH
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BOLOGNA**

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

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO XXXIX - DICEMBRE 2008 N° 12

ARTICOLI

La chirurgia dell'esofago oggi • **3**

La sanità in pericolo • **12**

NOTIZIE

Commissione per le problematiche della Medicina del territorio.
Rapporto interno ai colloqui con la Direzione Sanitaria
dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola Malpighi • **15**

Rivalutazione rendite dei Medici colpiti da malattie e lesioni
causate da raggi X • **16**

Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri della
Provincia di Caltanissetta - Bando di concorso • **16**

Una nuova esposizione museale presso la Biblioteca "L. Possati":
l'armamentario chirurgico della Scuola Bolognese • **17**

Concorso per l'assegnazione di una borsa di studio in memoria
della Dott.ssa Maria Bonino • **20**

Medici in formazione specialistica: obbligatorietà di iscrizione
all'albo • **20**

Master in Fitoterapia Clinica • **22**

Dalla medicina alternativa alla Medicina complementare:
valutazione dei rischi, obiettivo sicurezza • **22**

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Analitica AION • **22**

Corso di formazione di base in Medicina Omeopatica • **23**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **24**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **25**

LAVORO • 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. MARIO ANTONIO LAVECCHIA

Tesoriere

Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Consiglieri

Dott.ssa GIUSEPPINA BOVINA

Dott. PAOLO CERNUSCHI

Dott.ssa ROSSANA DE PALMA

Dott. ALBERTO GRASSIGLI

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott.ssa NICOLETTA LONGO

Dott. PAOLO MESSINA

Dott. FEDERICO MIGLIO

Dott. ALVISE PASCOLI

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. SERGIO SCOTO

Consiglieri Odontoiatri

Dott. STEFANO DALLA

Collegio Revisori dei Conti

Dott. ANDREA MINARINI (Presidente)

Dott.ssa MARINA GRANDI (Effettivo)

Dott. DOMENICO PANUCCIO (Effettivo)

Dott.ssa ANNA TOMESANI (Supplente)

Commissione Odontoiatri

Presidente: Dott. ALESSANDRO NOBILI

Segretario: Dott. FRANCESCO CICOGNANI SIMONCINI

Componenti: Dott.ssa PIERANGELA SCIANNAMÈ

Dott. STEFANO DALLA

La chirurgia dell'esofago oggi

SANDRO MATTIOLI - DIRETTORE DELL'UNITÀ OPERATIVA DI CHIRURGIA AD INDIRIZZO IN CHIRURGIA ESOFAGEA E POLMONARE VILLA MARIA CECILIA E SAN PIER DAMIANO HOSPITALS COTIGNOLA (RA) CENTRO PER LA DIAGNOSI E LA TERAPIA DELLE MALATTIE DELL'ESOFAGO ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

La sistematizzazione delle malattie dell'esofago, benigne e maligne, non data da più di 40 anni. A Bologna, per la lungimiranza del Prof. Leonardo Possati, del Prof. Giuseppe Labò e del Prof. Luigi Barbara, alla metà degli anni Settanta si formò un gruppo multidisciplinare composto oltre che dai chirurghi e dai gastroenterologi, da radiologi, anatomo-patologi, neurologi e da altri specialisti, che si sono dedicati con grande impegno ed ottimi risultati clinici e scientifici alla patologia esofagea, facendo della Facoltà Medica dell'Università di Bologna un punto di riferimento nazionale ed internazionale. Chi ha vissuto, come chi scrive, questa esperienza dagli inizi si rende conto dell'entità dei progressi compiuti. Negli anni Settanta, la mortalità per esofagectomia non era inferiore al 15%, oggi non supera il 5% nei migliori centri, nonostante le indicazioni chirurgiche siano state allargate a pazienti più anziani, affetti da comorbidità anche rilevanti. Per la terapia di patologie benigne quali l'esofagite da reflusso e l'acalasia, venivano adottati indirizzi medici o chirurgici basati sull'esperienza personale; i chirurghi utilizzavano numerose tecniche fra loro anche notevolmente diverse. Oggi per la cura di queste patologie, gli specialisti, internisti, gastroenterologi, chirurghi che coltivano la materia concordano in linea generale sulle indicazioni terapeutiche, le tecniche chirurgiche sono spesso le stesse. In effetti, la diagnosi e terapia delle malattie dell'esofago è complessa e richiede competenze multidisciplinari, riscontrabili solo in alcune strutture di riferimento in cui si è acquisita nel corso degli anni specifica esperienza clinica, unitamente ad una solida quanto estesa conoscenza prodotta dall'attività di ricerca.

Il nostro gruppo chirurgico ha vissuto e sviluppato, in tema di patologia esofagea, l'e-

sperienza clinica e scientifica della Clinica Chirurgica diretta, dagli anni Settanta agli inizi del 2000, dai professori Leonardo Possati, Giuseppe Gozzetti e Antonino Cavallari. Dal 2004 è attiva l'Unità Operativa di Chirurgia Esofago-Polmonare dell'Università di Bologna, presso il Dipartimento Cardio-Toracico di Villa Maria Cecilia Hospital a Cotignola di Ravenna, struttura privata convenzionata con il SSN. Nell'arco di oltre 30 anni, sono state trattate tutte le patologie dell'esofago (tabella 1). Con questo articolo vogliamo illustrare i progressi più recenti in tema di fisiopatologia, diagnosi e terapia dell'ernia gastrica hiatale e della malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE), dell'acalasia, dei diverticoli, della biologia dell'adenocarcinoma dell'esofago e del cardias, del carcinoma spinocellulare dell'esofago toracico, della chirurgia mini-invasiva per patologie benigne e maligne.

Tabella 1 - chirurgia dell'esofago 1975-2007

Tipo di Patologia	Casi osservati	Casi trattati
Lesioni dell'esofago		
da ingestione di caustici	180	66
Perforazioni esofagee	67	67
Patologia benigna e maligna		
dell'esofago terapia endoscopica	149	149
Cancro dell'esofago cervicale	87	34
Cancro dell'esofago toracico	521	320
Cancro del cardias	698	458
Diverticoli dell'esofago	228	67
La nutrizione artificiale		
in patologia esofagea	257	257
Il reflusso gastroesofageo		
non acido	130	51
La Swallow Clinic	1793	5
La malattia da reflusso		
gastroesofageo	1732	535
L'Acalasia esofagea	275	233
Totale	6117	2242

Ernia hiatale e malattia da reflusso gastro-esofageo

Credo che i Colleghi di Medicina Generale non mi smentiranno se affermo che la terapia chirurgica dell'ernia hiatale e del reflusso gastro-esofageo è sempre stata considerata una chirurgia impegnativa, di dubbio beneficio per la cura dei sintomi lamentati dal paziente, gravata da elevata percentuale di recidiva.

Nei primi anni Settanta, un lavoro pubblicato sul *New England Journal of Medicine* (Cohen S. Harris LD. *N. Engl. J. Med* 1971; 284: 1053-1056) sostenne la tesi che l'ernia hiatale fosse ininfluyente sulla genesi della incontinenza cardiaca e sulla clinica della MRGE e che come tale non dovesse essere corretta chirurgicamente; quasi nello stesso periodo entrarono nella pratica clinica farmaci molto efficaci per la cura della malattia da reflusso, quali la cimetidina, la metoclopramide e qualche anno dopo, la ranitidina e la cisapride. La chirurgia dell'ernia hiatale e della esofagite da reflusso fu riservata ai casi in cui la terapia medica era inefficace e ai casi complicati. In effetti poco si sapeva sulla fisiopatologia della malattia da reflusso; la cognizione che la tecnica chirurgica va scelta in base alle caratteristiche del paziente, e che quindi non può esistere una sola tecnica dell'armamentario del "chirurgo esofageo" che cura la MRGE, è acquisizione che risale a metà degli anni Ottanta.

Tuttavia negli ultimi 10 anni ricerche di Gastroenterologi hanno nettamente rivalutato il ruolo dell'ernia hiatale nella fisiopatologia della MRGE. Attualmente l'ernia hiatale viene considerata uno dei fattori etiopatogenetici più importanti della MRGE poiché favorisce i rilasciamenti inappropriati dello sfintere esofageo inferiore, riduce il tono di base dello stesso sfintere e abolisce la sinergia fra sfintere funzionale e pilastri diaframmatici che è cruciale per impedire il reflusso agli aumenti di pressione endoaddominali, aumenta il tempo di contatto fra reflusso e mucosa esofagea (Mittal RK. *Am J. Med* 1997; 24, 103: 33S-39S; Kahrilas PJ. et al. *Gut* 1999; 44: 476-482; Gordon C. et al. 2004; 20: 719-32).

Parlare genericamente di ernia hiatale è tuttavia impreciso; la mancata considerazione delle caratteristiche anatomiche dell'ernia è la causa di errate interpretazioni che hanno avu-

to in passato ruolo fuorviante nell'indirizzo clinico della Medicina.

Il termine ernia hiatale comprende infatti diversi tipi di ernie, dalla comune ernia da scivolamento che si riduce in posizione ortostatica, alle ernie caratterizzate dalla migrazione intratoracica della giunzione esofago-gastrica che sono correlate ai gradi più severi della MRGE (Mattioli S. et al. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003; 17 Suppl 2: 60-7). Le ernie paraesofagee rappresentano un problema a sé stante. La progressiva risalita in torace della giunzione determina l'aumento sequenziale dell'incontinenza cardiaca. I massimi gradi di incontinenza si raggiungono quando la giunzione esofago-gastrica è situata in posizione fissa intratoracica. Queste cognizioni, ormai accettate dalla comunità scientifica, sono state particolarmente sviluppate a Bologna (Gozzetti G. Mattioli S. et al. *Surgery* 1987; 102(3): 507-14; Mattioli S. et al. *J. Thorac Cardiovasc Surg.* 1998; 116: 267-75; Mattioli S. et al. *Dig Dis Sci.* 2003; 48: 1823-31). In presenza di malattia da reflusso gastro-esofageo risulta quindi fondamentale identificare la posizione della giunzione esofago-gastrica rispetto allo hiatus diaframmatico. Durante l'esame endoscopico del tratto digestivo superiore possono riscontrarsi delle difficoltà derivanti dalla posizione assunta dal paziente durante l'esame, dalle eruttazioni, dall'insufflazione di aria e dalle manovre di scivolamento dello strumento, per cui può risultare difficoltoso stabilire la posizione esatta della giunzione esofago-gastrica rispetto allo hiatus diaframmatico (Mattioli S. et al. *Dig Dis Sci.* 2003; 48: 1823-31).

Fondamentale invece è il contributo fornito dalla attenta valutazione radiologica, effettuata mediante una dettagliata classificazione dell'ernia hiatale basata su stadi progressivi di migrazione intratoracica della giunzione esofago-gastrica. Anche queste acquisizioni sono state maturate a Bologna, con il contributo ventennale dei Colleghi Radiologi Francesco Bassi e Stefano Brusori della Radiologia III del Sant'Orsola (Brusori S et al. *Radiol Med.* 2002;104: 385-93). La classificazione validata dal nostro gruppo mediante studio radiologico-manometrico (Mattioli S. et al. *J. Thorac Cardiovasc Surg.* 1998; 116: 267-75) ha permesso di identificare diversi quadri anatomici di ernia

hiatale (ernia hiatale da scivolamento; insufficienza hiatale; ernia hiatale concentrica; brachiesofago conclamato; ernia hiatale massiva incarcerata), di correlarli a definiti profili fisiopatologici di malattia da reflusso di diversa gravità, e di pianificare quindi la strategia terapeutica più appropriata.

L'ernia hiatale da scivolamento è evidente in posizione supina o prona, mentre in ortostasi la giunzione è normalmente posta in addome. L'insufficienza hiatale, l'ernia hiatale concentrica ed il brachiesofago conclamato, riconoscibili nei radiogrammi assunti in ortostatismo, sono secondari all'accorciamento dell'esofago, sia esso elastico per perdita della fissazione anatomica intra-addominale o organico, secondario alla esofagite panmurale ed alla fibrosi.

Anche l'esame endoscopico è indagine fondamentale, da eseguire sempre nel caso di una valutazione chirurgica: la presenza di esofagite da reflusso almeno erosiva (grado A della classificazione di Los Angeles, grado II sec. Savary) è rilievo sufficiente per correlare la sintomatologia con la MRGE ed indirizzarsi di conseguenza. L'endoscopia è inoltre necessaria per diagnosticare la presenza di esofago di Barret (sempre in associazione con l'istologia) nei suoi vari gradi ed escludere la presenza di displasia o di neoplasia.

La Phmetria esofagea è utile, assieme alla impedenzometria, per studiare i casi clinicamente meno chiari, in associazione con lo studio manometrico; sono casi caratterizzati da sintomi da reflusso in assenza di esofagite (NERD - non erosive reflux disease), dalla presenza di sintomi atipici. Il chirurgo, prima di operare secondo le indicazioni accettate

dalla comunità scientifica, deve in primis escludere due condizioni, pena l'insuccesso o addirittura l'aggravamento dello status del paziente: 1) la coesistenza di sintomi da MRGE e di alterazioni della motilità gastrica, duodeno-digiunale, 2) la prevalenza, nel quadro clinico, di disturbi della personalità. È importante ma abbastanza evidente, la diagnosi di comorbidità quali la calcolosi della colecisti e il colon irritabile.

L'**approccio terapeutico** alla MRGE ha subito negli ultimi anni profondi cambiamenti.

Con l'avvento degli inibitori di pompa protonica, i fallimenti della terapia medica nella risoluzione dei sintomi e dell'esofagite sono divenuti rari, nonostante si debba ricordare che l'efficacia si è rivelata inferiore nel garantire una regressione duratura dell'esofagite severa e nel trattamento della ripresa di malattia. Nonostante gli incoraggianti risultati registrati con l'utilizzo dei PPI, resta sostanzialmente irrisolto il problema dell'elevata frequenza con cui la malattia tende a recidivare dopo la sospensione del trattamento farmacologico e della caratterizzazione dei pazienti in cui la recidiva è frequente.

Attualmente la terapia chirurgica è indicata nei pazienti che non vogliono sottostare alla terapia medica a lungo termine; in quelli che richiedono un elevato dosaggio di farmaci; in coloro che sono troppo giovani per un trattamento medico prolungato; in quelli con un tipo di lavoro che non permette di prendere farmaci costantemente; nei pazienti che presentano sintomi atipici da MRGE ed optano per la chirurgia; in coloro che optano in prima istanza per il trattamento chirurgico e nei

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo - Specialista in Psicologia

BOLOGNA - V. DELL'OSSERVANZA, 19

CENTRALINO: TEL. 051 580 395

AMBULATORI: TEL. 051 644 7852

UFFICIO PRENOTAZIONI RICOVERI:

TEL. 051 644 0324 - FAX: 051 580 315

e-mail: villabaruzzianafn@intervision.it

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

portatori di ernia massiva incarcerata (Dent J. et al. *Br Med J* 2001; 322: 344-7; Galmiche JP. et al. *Br Med J* 1998; 316: 1720-3; Baldi F. et al. *Ital J. Gastroenterol Hepatol* 1998; 30: 107-12). Secondo il parere nostro e quello di altri, la coesistenza di severa MRGE e della posizione intratoracica della giunzione esofago-gastrica all'esame radiologico costituisce una valida indicazione per la chirurgia, che sola può permanentemente risolvere la causa anatomica della incontinenza cardiale (Mattioli S. et al. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003; 17 Suppl 2: 60-7; Mattioli S. et al. *Eur J. Cardiothorac Surg* 2004; 25: 1079-88).

È comunemente accettato che l'ernia paraesofagea (tipo III) denominata dagli autori anglosassoni anche ernia gastrica hiatale massiva incarcerata ed il volvolo gastrico (tipo IV) rappresentino la fase terminale di un processo evolutivo determinato da una ernia da scioglimento insorta diversi anni prima (Hiebert CA. In: *Esophageal Surgery*. Pearson FG. et al. Churchill Livingstone, 2002; 279-84).

L'ernia hiatale tipo III-IV è spesso causa di quadri clinici severi e di complicanze anche mortali. La sintomatologia è soprattutto legata alla distensione dello stomaco intratoracico e alla compressione esercitata dal diaframma sul colletto erniario. Si evidenzia con disfagia, dolore e difficoltà respiratoria. È frequentemente presente anemia sideropenica, dovuta allo stitico cronico prodotto a livello dello stomaco erniato (ulcere acute del colletto erniario di Cameron) (Hiebert CA. In: *Esophageal Surgery*. Pearson FG. et al. Churchill Livingstone, 2002; 279-84). L'emorragia massiva, l'ostruzione acuta, lo strangolamento e la perforazione, possono verificarsi soprattutto nei pazienti ultraottantenni, nei quali per la presenza di altri fattori di comorbilità il rischio di un intervento chirurgico in emergenza risulta elevato (Sihvo EI., Salo JA. et al. *J. Thorac Cardiovasc Surg.* 2008 in press). In tali casi l'indicazione alla terapia chirurgica è imperativa per prevenire le complicanze potenzialmente mortali, come l'anemia cronica. In un recente studio sui pazienti con ernia paraesofagea effettuato esaminando un periodo di 15 anni sono state riscontrate 32 complicanze fatali (mortalità era pari a 0,6/1.000.000 abitanti). Le cause di morte erano dovute ad incarcerazione in 24 (75%), complicanze chirurgiche in 6 (18,8%), e ad emorragia in 2 (6,2%).

Le ernie di tipo III e IV vanno sempre operate se sintomatiche, se l'aspettativa di vita è significativa, se il rischio operatorio valutato in base alle co-morbilità non è superiore a quello delle complicanze maggiori (Sihvo EI., Salo JA. et al. *J. Thorac Cardiovasc Surg.* 2008 in press).

Oggi la chirurgia dell'ernia hiatale e della MRGE è quasi sempre laparoscopica o laparotoroscopica. La mortalità operatoria è 0-1%, la morbidità è 10-20% e i risultati a lungo termine sono eccellenti in oltre il 90% (Watson DI. et al. *Br J. Surg* 1999; 86: 98-101, Richter JE. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2007; 21: 609-31).

I risultati a lungo termine della chirurgia anti-reflusso, conseguiti dal nostro gruppo e pubblicati nel 2004, sono stati soddisfacenti nell'82% dei casi (n° 130 pazienti del periodo, follow-up mediano 84 mesi) negli operati nel periodo 1980-1991 in cui è stata utilizzata unicamente la tecnica tradizionale "open", mentre sono stati soddisfacenti nel 93% (n° 169 pazienti, follow-up mediano 34 mesi) negli operati nel periodo 1992-2003, in cui gli interventi sono stati effettuati sia in chirurgia "open" che con tecnica laparoscopica. Nei 129 pazienti sottoposti a plastica antireflusso standard i risultati soddisfacenti sono il 97%. La percentuale di risultati insufficienti in pazienti sottoposti a procedure di allungamento dell'esofago e plastica antireflusso, per la presenza di brachiesofago e/o stenosi peptica, è scesa dal 25% al 20% tra il primo ed il secondo periodo (Mattioli S. et al. *Eur J. Cardiothorac Surg* 2004, 25:1079-88).

Attualmente riserviamo la chirurgia open a casi selezionati ed effettuiamo routinariamente gli interventi per MRGE in chirurgia mini-invasiva. Per il trattamento del brachiesofago abbiamo recentemente ideato un intervento con tecnica mini-invasiva ed accesso per via laparotoroscopica sinistra ottenendo risultati a breve termine eccellenti e buoni nel 90% dei pazienti (n° 45 pazienti, follow-up medio 38,6 mesi) (Mattioli S. et al. *Chir Ital.* 2005; 57: 183-91; Mattioli S., Lugaresi ML. In: *Difficult Decisions in Thoracic Surgery*; Ferguson MK, Springer-Verlag London Ltd. 2006: 305-317). Uno studio multicentrico promosso e coordinato dal nostro gruppo e dalla European Society of Esophagology sulla MRGE e l'ernia hiatale (180 pazienti reclutati), ha prodotto dati tali da modificare e

migliorare sensibilmente la cura chirurgica di una patologia che interessa circa il 20% degli adulti nel mondo occidentale. In particolare è stato dimostrato che ben nel 20% dei pazienti in cui viene eseguita la terapia chirurgica in centri di alta specializzazione, coesiste una condizione di esofago corto associata a severa incontinenza cardiaca e che tale condizione anatomica deve essere trattata con tecniche chirurgiche particolari, pena la recidiva post operatoria dell'ernia stessa (Mattioli S. et al. *J. Thorac Cardiovasc Surg.* 2008; 136: 834-41).

Acalasia

L'acalasia è un disturbo funzionale dell'esofago caratterizzato da un incompleto rilasciamento dello sfintere esofageo inferiore durante la deglutizione e dall'assenza di peristalsi nel corpo esofageo. La disfagia per i solidi e/o i liquidi è il sintomo primario. La disfagia vera compare sempre in concomitanza con la deglutizione. Questo stretto rapporto temporale è il carattere che permette di discriminare fra disfagia vera e globus pharyngeus.

Nell'acalasia la **sintomatologia** si sviluppa nelle tre fasi di Adams: nella prima fase la disfagia è intermittente, è più spesso provocata dal bolo solido ma può essere paradossa, cioè più marcata per i liquidi che per i solidi; nella seconda fase la disfagia e il rigurgito si attenuano, il paziente confida nella attenuazione o risoluzione dei sintomi mentre tale apparente benessere è dato dall'esofago che si dilata; nella terza fase si ha disfagia costante ed ingravescente, rigurgito frequente, episodi di bronco-polmonite ab ingestis, compromissione dello stato generale del paziente, scadenti condizioni di nutrizione, calo ponderale. L'intero esofago è dilatato e allungato sino ad assumere aspetto sigmoideo (dolico-megaesofago).

Anche per questa patologia negli ultimi anni l'approccio terapeutico è notevolmente cambiato.

Attualmente la **terapia** si fonda su quattro pilastri: trattamento medico-farmacologico con calcio-antagonisti e nitroderivati, impiego della tossina botulinica, dilatazione pneumatica, terapia chirurgica. Il trattamento medico-farmacologico può essere considerato di transizione, poiché l'effetto è soltanto sintomatico e non curativo e i risultati a medio e lungo termine sono fugaci ed incostanti con miglio-

mento della disfagia nel 53-87% (Spechler SJ. *AGA Gastroenterology* 1999; 117: 233-54).

L'impiego della tossina botulinica nell'acalasia è basato sulla considerazione che il mancato rilasciamento dello sfintere esofageo inferiore e l'assenza di peristalsi del corpo esofageo sono dovuti ad una perdita dei neuroni inibitori, che non sono più in grado di contrapporsi efficacemente all'effetto di contrazione della muscolatura liscia dovuto al rilascio di acetilcolina.

Il trattamento con la tossina botulinica iniettata per via endoscopica, consente di ottenere una buona risposta immediata sui sintomi in circa il 70-90% dei casi. Tuttavia le recidive sono frequenti, si rende quindi necessario effettuare ripetute sedute ed il 40-50% dei pazienti, soprattutto giovani, è risultato resistente al trattamento (Spechler SJ. *AGA Gastroenterology* 1999; 117: 233-54). Per queste ragioni tale terapia non può essere considerata efficace a lungo termine.

La dilatazione pneumatica viene effettuata mediante procedura endoscopica, utilizzando palloncini pneumatici (sonde Rigiflex) di diametro crescente (30, 35, 40 mm).

In letteratura sono stati riportati risultati eccellenti e buoni immediatamente dopo il trattamento nel 60-85% dei casi. Tuttavia il trattamento non è scevro da complicanze. La perforazione si verifica nel 2-6% dei casi (r. 0-21%) (10), mentre l'esofagite da reflusso viene riferita con una frequenza inferiore (2%) e nella maggior parte dei casi è di grado lieve e curabile con brevi cicli di terapia medica. Nel 10-14% dei casi è necessario effettuare ripetute dilatazioni, aumentando conseguentemente il rischio di perforazione (Spechler SJ. *AGA Gastroenterology* 1999; 117: 233-54).

Dal 1985 al 1988 il nostro gruppo si orientò esclusivamente sulla terapia dilatante e cessò di operare i pazienti. Il confronto fra questo gruppo di dilatati e un gruppo di operati ci indusse però ad abbandonare la dilatazione pneumatica (eseguita in 36 pazienti in assenza di complicanze maggiori, ottenendo riduzioni della pressione del LES in media del 70%); il risultato clinico a distanza era nettamente migliore negli operati (Di Simone MP., Mattioli S. et al. *General Thoracic Surgery*. Wroclaw, Poland: 067).

La tecnica chirurgica adottata dalla maggior

parte dei chirurghi con adeguata esperienza specifica è la miotomia extramucosa secondo Heller associata alla plastica anti-reflusso anteriore secondo Dor. Oggi questa tecnica è quasi sempre eseguita per via laparoscopica (Di Simone MP, Mattioli S. et al. *Ann Thorac Surg* 1996; 61: 1106-11; Ruffato A., Mattioli S. et al. *Eur J. Cardiothorac Surg.* 2006; 29: 914-919). I risultati della letteratura sono eccellenti nel 78-98% (Ackroyd R. et al. *Surg Endosc* 2001; 15: 683-6; Rosati R. et al. *Surg Endosc* 1998; 12: 270-3). La relazione tenuta dal Prof. Possati nel 1979 alla Società Italiana di Chirurgia sulla terapia chirurgica dell'acalasia (Possati L., Mattioli S. et al. *SIC* 1979, Roma Edizioni Luigi Pozzi, vol 1: 729-760), segna l'inizio di un lungo periodo durante il quale il nostro gruppo ha maturato una solida esperienza basata su studi clinici in cui sono stati sperimentati e valutati diversi approcci chirurgici, al fine di raggiungere progressivamente la piena adeguatezza del risultato terapeutico. Il nostro gruppo ha sistematicamente controllato i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per acalasia fin dai primi anni Settanta, sulla base di un protocollo di studio clinico-strumentale elaborato appositamente per questo tipo di patologia. Per quanto riguarda i risultati clinici a lungo termine abbiamo registrato nei nostri studi più recenti una percentuale di successo globale del 87,3% con un follow-up medio di 109 mesi (range 12-288 mesi, colloquio e compilazione di due questionari SF-36, PGWBI, Rx prime vie digestive, endoscopia). Nei pazienti con megaesofago fusiforme il risultato è soddisfacente nel 92% (8% di pazienti con esofagite da reflusso di grado lieve o medio, in 2 casi comparsa oltre 200 mesi dall'intervento, assenza di disfagia e di rigurgito nel 100% dei pazienti) (Ruffato A., Mattioli S. et al. *Eur J. Cardiothorac Surg.* 2006; 29: 914-919; Mattioli S. et al. *Dig Liv Dis* 2006; 38: 544-51). Per quanto attiene il trattamento del megaesofago acalastico in fase di scompenso recentemente il nostro gruppo ha pubblicato i risultati a lungo termine di una particolare tecnica, eseguita anche per via laparoscopica, volta a verticalizzare il megaesofago sigmoideo ed evitare in casi selezionati l'esofagectomia. In 18 pazienti a 78 mesi di follow up medio il risultato è stato soddisfacente nell'88,8%, mentre in 15

pazienti sottoposti a semplice Heller Dor a 101 mesi di follow up medio il risultato è stato soddisfacente nel 66,6% (Faccani E., Mattioli S. et al. *Eur J. Cardiothorac Surg.* 2007; 32: 827-833).

Diverticoli esofagei

I diverticoli esofagei costituiscono una patologia rara (1/500.000/anno). Essi possono essere reperiti ad ogni livello dell'esofago ed in base alla sede di insorgenza vengono classificati in faringo-esofagei (circa 2/3 dei diverticoli esofagei), medio-toracici ed epifrenici. I diverticoli del 3° medio dell'esofago possono essere asintomatici o associati a dolore toracico generalmente non invalidante; il diverticolo di Zenker che rappresenta circa il 60-70%, diviene sintomatico quando supera circa 1 cm di diametro maggiore: produce disfagia cervicale, odinofagia, rigurgito, alitosi, patologia ab ingestis nelle fasi avanzate.

La **terapia chirurgica** si avvale di due tecniche: la diverticulectomia associata alla cricomiotomia e la diverticolostomia endoscopica o per via trans orale. Quest'ultima tecnica non persegue l'asportazione del diverticolo, ma abolendo lo sperone che separa il diverticolo dall'esofago consente di creare una cavità comune. Il trattamento endoscopico va riservato, in accordo con il chirurgo ideatore della tecnica (Collard JM. et al. *Ann Thorac Surg.* 1993; 56: 573-6), a casi selezionati, mentre in tutti gli altri casi è preferibile il trattamento chirurgico tradizionale. I risultati a distanza della diverticulectomia o diverticulopessi associata alla cricomiotomia sono soddisfacenti nel 82-100% (Cook JJ., Kahrilas PJ. *Gastroenterology.* 1999; 116: 455-78), mentre per il trattamento endoscopico sono del 78-100% (Costantini M. et al. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2004; 18: 3-17).

Seguono in ordine di frequenza i diverticoli epifrenici. Oltre il 50% di tali diverticoli, nelle varie casistiche, è associato a disturbi motori. Questi diverticoli possono anche essere associati ad ernia hiatale, oppure all'acalasia. Disfagia e rigurgito alimentare sono i sintomi tipici. La diagnosi è radiologica, ma l'esame manometrico è fondamentale per la documentazione del disordine motorio frequentemente associato. L'unico trattamento risolutivo è quello chirurgico che consiste nell'escissione del diverticolo (diverticulectomia) e nell'aboli-

zione dello sfintere esofageo inferiore non funzionante con la miotomia extramucosa cui va associata la procedura anti-reflusso. Questo intervento offre risultati immediati ed a distanza soddisfacenti nel 86,7-100% (Streitz JM. et al. *Arch Surg* 1992; 127: 585-587; Hudspeth DA. et al. *Am Surg* 1993; 59: 40-42). Può essere eseguito con tecnica mini-invasiva ma non nei diverticoli di maggiori dimensione ed in posizione epifrenica "alta".

Le neoplasie epidermoidali dell'esofago cervicale e toracico

I tumori dell'esofago cervicale costituiscono un gruppo di neoplasie caratterizzate da precoce infiltrazione delle strutture circostanti, in particolare la laringe e la trachea, metastasi diffuse al distretto cervicale e toracico. Per tale ragione da molti, specialmente in passato, è stata preferita la radioterapia alla chirurgia (Triboulet JP. et al. *Arch Surg*. 2001; 136: 1164-70), soprattutto qualora si imponga la laringectomia.

In casi selezionati, particolarmente nel cosiddetto "surface spreading carcinoma", il nostro gruppo esegue la esofagectomia totale con risparmio della laringe (e quindi dei due nervi ricorrenti) associata ad estesa linfadenectomia mediastinica e cervicale, faringo gastrostomia. In caso di piccole neoplasie infiltranti preferiamo rivalutare il paziente dopo chemio-radioterapia neoadiuvante. In questi casi ed in altri in cui l'esofago e la laringe, talvolta la cute, sono interessati da recidiva di neoplasie primitive della tiroide o della laringe, in assenza di localizzazioni di malattia a distanza, l'exeresi è estesa a tutte le strutture della regione cervico-toracica (esofago, laringe, ipofaringe e trachea prossimale) con il confezionamento di tracheotomia mediastinica, "cervical exenteration" (Orringer MB. *Ann Thorac Surg*. 1992; 54: 628-37). La via digestiva è preferibilmente ricostruita con il colon o con lo stomaco dopo esofagectomia totale. Qualora la resezione interessi solamente l'esofago cervicale, abbiamo spesso adottato la tecnica cosiddetta "chinese free limb" oppure con lembo muscolo-cutaneo, con ansa digiunale o con il colon.

In 34 pazienti con neoplasie del distretto cervicale il sito della neoplasia era localizzato all'ipofaringe-esofago in 27, alla tiroide in 4 e alla laringe in 3. In 3 pazienti è stata effettuata l'

esofagectomia totale con risparmio della laringe, in 20 casi è stata effettuata una cervical exenteration con ricostruzione mediante faringo-gastro plastica in 18 e faringo-colon plastica in 2. In 11 casi è stata effettuata una resezione circonferenziale faringo-esofagea e laringectomia totale, in tali pazienti la ricostruzione è stata effettuata mediante "chinese free limb".

La mortalità della cervical exenteration era pari al 10%, la morbidità 22.2% e la sopravvivenza mediana di 35 mesi (range 8-133 mesi). Negli 11 pazienti con lembo cinese la mortalità è stata nulla con ottima conservazione del lembo e sopravvivenza mediana di 30 mesi (range 4-96 mesi) (Mattioli S. et al. *Radial Forearm Free Flap for Circumferential Pharyngo-Esophageal Reconstructions*. 82° Annual Clinical Congress American College of Surgeons, San Francisco, 1996).

Per i tumori epidermoidali dell'esofago toracico il trattamento di scelta è l'esofagectomia. I diversi approcci chirurgici utilizzati per la resezione dell'esofago comprendono la resezione trans-hiatale, l'approccio trans-toracico come l'esofagectomia secondo Ivor Lewis, la resezione con toracotomia sinistra, l'approccio sinistro toraco-addominale e la "three hole esophagotomy" (triplice accesso cervicale, toracico e laparotomico). La scelta dell'approccio dipende dalla localizzazione del tumore, dalla preferenza del chirurgo e dalla scelta per la ricostruzione digestiva.

La mortalità è del 4-10% (Veuilleux V. et al. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2007; 21: 947-63), con picchi minimi anche del 2-3% nei centri di riferimento (Pennathur A., Luketich JD. *Ann Thorac Surg*. 2008; 85: S751-6). Tali risultati riflettono i progressi chirurgici ed anestesiológicos, la migliore selezione e preparazione dei pazienti. La morbidità varia dal 25% al 40% (Veuilleux V. et al. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2007; 21: 947-63). Costituiscono un fattore importante per la riduzione dei rischi di mortalità e morbidità dell'intervento chirurgico, il volume di pazienti trattati e l'esperienza specifica del chirurgo, che aumenta progressivamente in relazione al numero di interventi effettuati (Klepetko W. et al. *Eur J. Cardiothorac Surg*. 2001; 20: 663-8; Lerut T. *Ann Surg*. 2000; 232: 729-32; Wouters MW. et al. *Ann Surg Oncol*. 2008; 15: 80-7).

La sopravvivenza a 5 anni dopo chirurgia ad intendimento radicale varia in rapporto allo

stadio della malattia: è superiore al 95% nello stadio 0, è del 50-80% per lo stadio I, è del 30-40% per lo stadio IIA, del 10-30% per lo stadio IIB e del 10-15% per lo stadio III, i pazienti allo stadio IV trattati con terapia palliativa hanno una sopravvivenza mediana inferiore a 12 mesi (Enzinger PC., Mayer RJ. *N. Engl J. Med.* 2003; 349: 2241-52; Veuille V. et al. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2007; 21: 947-63).

Riguardo al trattamento multi-modale, il confronto tra trials clinici che hanno confrontato l'efficacia della terapia neoadiuvante seguita dalla chirurgia versus i trials con sola chirurgia non ha prodotto un indirizzo univoco anche se una recente meta-analisi effettuata su trials multicentrici ha riportato un beneficio assoluto nella sopravvivenza di un valore pari a +13% a 2 anni in favore della terapia neoadiuvante seguita dalla chirurgia (hazard ratio 0.8, $p = 0.002$) (Gebbski V. et al. *Lancet Oncol.* 2007; 8: 226-34).

Il nostro gruppo ha da tempo sistematizzato la chirurgia resettiva del cancro dell'esofago toracico (Mattioli S. et al. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 255-7): viene eseguita l'esofagectomia subtotale per via cervico-toraco addominale associata a linfadenectomia mediastica e addominale radicale; la continuità digestiva viene di preferenza ripristinata trasponendo al collo lo stomaco intero. Confrontando i periodi 1980-1998 e 1999-2007 (vedi tabella 1) la mortalità è passata dall'8,5% al 5,6% e la morbidità dal 27% al 8,3%, mentre la sopravvivenza a 5 anni è passata dal 48,8% al 64,8%.

L'adenocarcinoma su epitelio di Barret e del cardias

Nel nostro gruppo l'interesse per la chirurgia delle neoplasie esofago-cardiali risale ai primi anni Settanta. Nel 1976 il Prof. Possati fu relatore alla Società Italiana di Chirurgia sull'approccio addomino-toracico per la terapia exeretica del cancro del cardias (Possati L. *SIC* 1976, Roma Edizioni Luigi Pozzi). L'approccio clinico-scientifico realizzato in quegli anni costituì la base per gli studi successivi che si sono sviluppati sino ad oggi.

Il rapido incremento dell'adenocarcinoma dell'esofago registrato negli ultimi 15 anni nel mondo occidentale corrisponde temporalmente all'incremento della MRGE e dell'esofago di Barret (Velanovich V. et al. *Dig Surg* 2002;

19: 349-53), suggerendo la sequenza reflusso - esofagite - esofago di Barret - displasia - cancro, quale patogenesi dell'adenocarcinoma dell'esofago e del cardias, riunendo quindi tali identità patologiche in una sola (Falk GW. *Gastroenterology* 2002 122: 1569-91). All'adenocarcinoma del cardias si riconosce, da molti oltre alla etiologia da reflusso, una carcinogenesi non dissimile da quello del cancro gastrico (infezione da *Helicobacter pylori* (Hp) - gastrite - metaplasia intestinale - displasia - cancro) (Goldblum JR. et al. *Gastroenterology* 1998; 114: 633-9). La controversia è essenzialmente originata da un lato dalla impossibilità di escludere la presenza o l'assenza di aree di metaplasia intestinale all'esame istologico dopo resezione di neoplasie molto estese come accade nella maggior parte dei casi, dall'altro dalla mancanza di markers atti a discriminare la patogenesi della neoplasia. Per superare l'ostacolo posto, nello studio dei pezzi operatori dalla estensione della malattia neoplastica che porta alla distruzione delle aree di mucosa colonnare adiacenti alla linea z, in una serie di pazienti operati per adenocarcinoma dell'esofago e del cardias abbiamo studiato oltre alla neoplasia lo stomaco, nell'assunto che la mucosa gastrica abbia patterns diversi nella patologia da MRGE e nella carcinogenesi gastrica (Mattioli S. et al. *Ann Thorac Surg* 2007; 83: 1814-9). Il profilo immunoistochimico dell'adenocarcinoma di tipo I (sec. classificazione di Siewert) corrisponde all'adenocarcinoma su Barret (Siewert JR. et al. *Ann Surg* 2000, 232: 353-61) ha evidenziato in tutti i casi l'espressione citocheratinica CK7/20 di tipo Barrett, aree di metaplasia colonnare erano presenti in esofago in tutti i casi presentando nel 100% l'espressione citocheratinica CK7/20 di tipo Barrett e lo studio istologico dello stomaco ha evidenziato nel 100% dei prelievi presenza di gastrite cronica semplice in fase quiescente e assenza di aree di metaplasia intestinale e di Hp. Nell'adenocarcinoma tipo II (sec. Siewert) corrisponde all'adenocarcinoma del cardias i patterns di espressione CK7/20 sono risultati eterogenei: in 13 era di tipo Barrett ed in 24 non-Barrett. In nessun caso è stata rilevata la presenza di aree di metaplasia intestinale a livello esofageo. Lo studio istologico dello stomaco

ha evidenziato in 24 casi (65%) gastrite cronica semplice senza aree di metaplasia intestinale, con infezione da Hp nell'87,5%; in 13 casi (35%) era presente gastrite cronica con metaplasia intestinale ed infezione da Hp nel 100%. In tutti i 13 casi con metaplasia intestinale nello stomaco si è evidenziato lo stesso pattern di espressione CK7/20 nell'adenocarcinoma e nelle aree di metaplasia. I risultati dello studio suggeriscono che l'adenocarcinoma tipo II non possa essere considerato sempre una neoplasia correlata alla MRGE, ma altre vie patogenetiche debbano essere prese in considerazione.

L'aggressività dell'adenocarcinoma esofagocardiale, spesso del tipo ad anello con castone, e la diagnosi tardiva sono i principali motivi dei risultati non sempre brillanti del trattamento chirurgico. Da qui l'importanza della diagnosi precoce. All'atto pratico tuttavia, le neoplasie in stadio iniziale, in cui si può ottenere una sopravvivenza a 5 anni vicina al 100% (T1A e B No), sono diagnosticate solamente nell'ambito di protocolli di sorveglianza dell'esofago di Barret. In caso di displasia severa e cancro intramucoso (T1A) correttamente diagnosticato con l'ausilio dell'ecografia endoscopica possono essere proposti trattamenti non invasivi come la mucosectomia endoscopica, oppure l'esofagectomia con preservazione dei nervi vaghi (Peyre CG. et al. *Ann Surg* 2007;246: 665-674), poiché in tali casi il rischio di metastasi linfonodali è solo del 5% (Stein HJ. *Ann Surg.* 2005; 242: 566-575). Attualmente anche la chirurgia mini-invasiva viene effettuata nelle displasie ad alto grado insorte su esofago di Barret e nelle neoplasie intramucose.

Dalla letteratura si evince che la mortalità per terapia resettiva dell'adenocarcinoma dell'esofago e del cardis nei centri di riferimento è attualmente del 5%, indipendentemente dall'approccio chirurgico e dall'estensione della linfadenectomia eseguita, mentre la morbilità varia dal 23% al 65% (Lerut T. et al. *Surg Oncol.* 2001; 10: 113-22). La sopravvivenza a 5 anni è del 58% nei canceri su Barret (dato comprensivo dello Stadio Ia e B) e del 33% nelle neoplasie della giunzione esofago-gastrica. La sopravvivenza a 5 anni nelle diverse casistiche è 60-100% nello stadio I, 24-82% nello stadio IIA, 38-71% nello stadio IIB, 12-

56% nello stadio III, 0-31% nello stadio IV (Lerut T. et al. *Surg Oncol.* 2001; 10: 113-22).

Anche per l'adenocarcinoma dell'esofago e del cardias, nel nostro gruppo la sistematizzazione della terapia eseretica è stata attuata da tempo (tab 1). In presenza di metaplasia intestinale peritumorale o di pattern gastrico (all'endoscopia preoperatoria) "Barret's like", eseguiamo l'esofagectomia sub totale con esofagogastrostomia cervicale o al domo pleurico (vedi sopra). Quando la neoplasia venga diagnosticata come cardiale (assenza di metaplasia intestinale peritumorale, pattern gastrico all'endoscopia preoperatoria "gastric cancer like"), l'intervento viene eseguito per via toracica dx e laparotomica. Si resecta l'esofago a livello della vena azygos, si attua la linfadenectomia mediastinica e, per via addominale la gastrectomia totale associa a linfadenectomia allargata (tripode arteria epatica, splenica, etc.). Confrontando i periodi 1980-1998 e 1999-2007 la mortalità è passata dal 6,9% al 3,9% e la morbilità dal 13% all'8,6%. La sopravvivenza a 5 anni in relazione allo stadio è 82% nel I, 55% nel II, 35% nel IIIA, 12% nel IIIB, 8% nel IV (Mattioli S. et al. *Dis Esophagus* 2001; 14: 104-09).

Swallow Clinic

Le alterazioni del meccanismo della deglutizione costituiscono un argomento di interesse multidisciplinare, poiché coinvolgono un vasto gruppo di branche specialistiche (Otorinolaringoiatria, Radiologia, Terapia Riabilitativa, Chirurgia, Gastroenterologia, Neurologia, Geriatria, Odontoiatria).

La gestione dei pazienti affetti da disfagia oro-faringea richiede l'istituzione di una rete assistenziale in grado di integrare le risorse di ospedali e territorio, così come di ottimizzare le risorse umane e tecnologiche. Allo scopo di realizzare una efficiente attività coordinata delle singole competenze specialistiche in grado di soddisfare le necessità dei pazienti disfagici (effettuare un approfondito studio diagnostico e di instaurare il tipo di trattamento medico, riabilitativo e chirurgico più appropriato nei singoli pazienti) sono sorti all'inizio degli anni Ottanta i centri della deglutizione "Swallow Clinics".

Le metodiche di indagine per lo studio dia-

agnostico della disfagia oro-faringea comprendono la videofluoroscopia, studio radiologico con videoregistrazione dell'atto deglutitorio, la videorinolaringoscopia, indagine endoscopica del distretto rino-faringo-laringeo, la manometria faringo-esofagea, e la manofluorografia, studio simultaneo radiologico e manometrico della deglutizione. Il **trattamento terapeutico** dei pazienti con disfagia può essere di pertinenza chirurgica nelle patologie organiche del distretto oro-faringo-laringeo, parachirurgico, comprendente la realizzazione di accessi nutrizionali da effettuarsi nei casi di aspirazione e di malnutrizione (gastrostomia endoscopica percutanea, digiunostomia chirurgica), medico, specifico della patologia neuromuscolare o semplicemente rivolto alla risoluzione della sintomatologia disfagica (miorilassanti) oppure riabilitativo, mediante l'impiego di manovre indirizzate alla compensazione dei danni neurologici o strutturali che determinano le alterazioni della deglutizione e a rinforzare e rieducare la muscolatura ad essa deputata. Il centro per lo studio e la terapia della patolo-

gia della deglutizione dell'Università di Bologna è sorto agli inizi degli anni Novanta sull'esempio del modello americano della John Hopkins University of Baltimore. I 1793 pazienti osservati dal 1990 al 2004 presso il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi e successivamente presso Villa Maria Cecilia Hospital erano affetti da disfagia dovuta a: malattie neuromuscolari nel 16%, neoplasie distrettuali nel 6%, cause post-chirurgiche nel 12%, cause funzionali nel 48%, alterazioni psicogene nel 10% ed altre cause minori nel 8% (post-radioterapia, compressioni ab estrinseco). Sono state eseguite 5 cricomiotomie con precise indicazioni (fase propulsiva linguale efficace, incoordinazione dello sfintere esofageo superiore) con buon risultato, mentre negli altri pazienti è stata indicata la terapia farmacologica nel 14% (specifici per malattia neuromuscolare o con miorilassanti), la fisioterapia nel 58% e, nei casi più avanzati, la nutrizione enterale per via gastrostomica o digiunostomica nel 26%.

Ringrazio la dottoressa Maria Luisa Lugaresi per la collaborazione datami nella preparazione del testo.

La sanità in pericolo

GISELLA FRONTINI - NEUROPSICHIATRA E PSICOTERAPEUTA

Riflessioni sull'articolo del Dott. Chiarini apparso sul Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna nel luglio 2008.

Anzitutto mi congratulo con l'Ordine dei Medici che ha messo in campo un discorso altamente innovativo e "produttivo", con l'intervento del Dott. Chiarini che favorisce la discussione fra medici e di qui, mi auguro, fra tutti gli operatori della sanità.

L'Ordine dei Medici – che ha come funzione quella di salvaguardare la professione medica nei suoi vari aspetti: etico ecc. ecc. funzione che svolge egregiamente – con la pubblicazione di questo articolo è sceso dalla sua "asetticità" nella pratica, imprimendo una svolta notevole alla sua presenza.

Ho apprezzato molto l'articolo del Dott. Chiarini per la chiarezza espositiva e la esaustività

delle argomentazioni. Partendo dalle leggi che istituiscono le Aziende si rileva che:

- le Direzioni Generali non hanno organi di controllo e la discontinuità che le distingue non consente un periodo di politica a medio e a lungo termine. Il metodo di controllo delle risorse è esasperante;
- il management amministrativo è sempre più aggressivo;
- vi è una costante erosione del sistema pubblico;
- l'aziendalismo ha prodotto burocrazia;
- procedure ridondanti;
- gli operatori non sono attori ma meri esecutori;
- mancano i presupposti per una condivisione reale con gli operatori;
- nuova istituzione delle Direzioni Mediche con i Dipartimenti è necessario che le Direzioni conoscano il prodotto e chi fa che cosa e come;

- gli operatori sono ridotti ad un ruolo subalterno, vedono le Direzioni come una controparte;
- sanità prestazionistica;
- parcellizzazione del sapere con un uso di tecniche sempre più sofisticate;
- svilimento del rapporto umano fra medico e paziente;
- privilegio delle tecniche sofisticate a fronte di quelle che richiedono semplicemente il ragionamento clinico, la conoscenza e la preparazione culturale complessiva del medico o dell'operatore sanitario che vengono valutate al minimo;
- unità operative: sforzi per aumentare le prestazioni a scapito della qualità. Vedi prestazioni "che rendono di più";
- i ricoveri: interventi durante il ricovero che, tuttavia deve essere breve appropriato ecc. ecc.;
- il sistema dei ricoveri brevi ecc. ha grossi difetti e tende a non risolvere e a demandare ad altri le cure nell'ambito delle patologie croniche prevalenti nella società odierna;
- medicina prestazionistica: rincorre l'efficienza e l'efficacia degli interventi, vorrebbe praticare la clinical governance importata dalla cultura anglosassone;
- medicina prestazionistica che ha dimenticato i concetti di base nel diritto alla salute sancito dalla costituzione e quelli altrettanto basilari della patogenesi della malattia;
- lo sforzo che bisognerebbe compiere (per esempio nel diabete) andrebbe indirizzato alla prevenzione delle complicanze;
- la debolezza deriva dalla impostazione aziendalistica che scinde inesorabilmente gli interventi sanitari in innumerevoli prestazio-

ni ognuna delle quali ha un prezzo come se un processo patologico degenerativo o cronico non avesse bisogno di essere analizzato compreso e curato nella sua evolutività e nella sua globalità;

- medicina prestazionistica: è destinata a generare aumento costante dei costi sanitari complessivi;
- malessere negli operatori;
- insoddisfazione nei cittadini privati di qualsiasi rapporto umano e fiduciario;
- sul risultato riguardo la salute della popolazione vi sono dubbi e pareri contrastanti;
- progressi nel sapere e nelle tecniche ma non si è sviluppato una altrettanto valida organizzazione e gestione delle risorse in ambito sanitario;
- si sono introdotte forme di neoburocraticismo che oltre a svilire l'attività degli operatori rappresentano un utilizzo errato delle risorse umane;
- invito a riflettere su questi temi e, se possibile, a pensare ad apportare correttivi.

La situazione dei servizi evidenziata con tanta perizia dal Dott. Chiarini mi ha colpita profondamente: chi scrive appartiene a quella che venne chiamata in un congresso di psichiatria, tenutosi a Trieste negli anni '90 per ricordare la Legge e la figura di Basaglia, la scuola del Manicomio. Proprio così la scuola del manicomio. Chi scrive ha seguito le varie fasi del superamento del manicomio come gestione autoritaria, repressiva spersonalizzante... Vari passaggi furono attuati con l'umanizzazione prima e con l'introduzione delle tecniche (esempio psicoterapia) dopo, quando uscì la Legge che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale.

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

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

A Bologna l'introduzione della psichiatria nella sanità fu un processo lungo e più complesso che in altre città che avevano un manicomio a prescindere naturalmente da quelle che io considero le esperienze guida: Perugia, Gorizia e Trieste.

Ho rivissuto, in parallelo con il discorso del Dott. Chiarini, tutto il dramma di una psichiatria prestazionistica che col chiamarsi territoriale sembrava esorcizzare o meglio esorcizzava di fatto tutte le malefatte del manicomio che invece si portava dietro. La legge 833 è una ottima legge ma ha il "torto" (se così si può chiamare) di non essere una legge prescrittiva, bensì una legge quadro. Una legge quadro che si basa su principi di alto livello che però presupponevano e presuppongono tutt'ora una cultura che non si è radicata partendo dalle esperienze più avanzate provenienti dai vari servizi sia ospedalieri che territoriali. Così ne è nata questa multiformità di impostazioni che tutte portano una caratterizzazione autoritaria con l'operatore privato di responsabilità ma "responsabile" come se fosse una colpa. Gli operatori si sono difesi come hanno potuto, si pensi per esempio all'introduzione della laurea breve per diventare infermiere professionale o all'istituzione dell'ordine professionale degli infermieri.

Per proporre rimedi, come richiesto dal Dott. Chiarini, è necessaria un'analisi e la mia analisi potrà essere viziata dalla sofferenza che ho visto nei pazienti e negli operatori per tutto questo. Con le Aziende furono istituiti i moduli e con l'introduzione dei Dipartimenti

il discorso del Dott. Chiarini era già in "nuce". Ora che si può fare? Non occorre rivedere le strutture esistenti e quantomeno distruggerle, ma introdurre piano piano degli elementi culturali che facciano perno sul progetto individuale del paziente. Questo progetto si costruisce con gli operatori tutti avendo presente che il gruppo di lavoro non è un elenco di persone da inserire in una tabella all'entrata di ogni reparto o di ogni servizio. Il gruppo di lavoro è la cellula di base di ogni progetto per ogni paziente e i partners del progetto sono sempre ed in ogni servizio: il paziente, il servizio od i vari servizi che si occupano di lui, la famiglia e la comunità esterna. Cardini dell'agire sono alcune regole (non regolamenti): rispetto della persona come persona, rispetto delle regole che ci si è date, rispetto dei livelli di responsabilità.

Con tutto questo che è un punto di partenza ma anche di arrivo (molte volte dopo un cammino lungo e faticoso) non credo si risolvano in breve tempo tutte le carenze segnalate dal Dott. Chiarini ma almeno è una via.

Altro problema spinoso è la questione della comunicazione del progetto del paziente tra i vari servizi che collaborano. Il paziente non può essere diviso in parti: "io faccio questo, tu fai quello", discorso che va bene se si tratta di interventi tecnici necessari ma non basta se l'operatore non ha la conoscenza dell'anamnesi, della storia clinica e della storia di vita del paziente e di come tutte queste conoscenze si integrano in un progetto che progressivamente si delinea come una struttura a più mani.

Commissione per le Problematiche della Medicina del Territorio. Rapporto intorno ai colloqui con la Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola Malpighi

La Commissione per le Problematiche della Medicina del Territorio (CMT) si è riunita più volte con la Commissione per le Problematiche dell'Ospedalità Pubblica (COP), affrontando alcuni aspetti critici dell'organizzazione ospedaliera relativamente alle insufficienti opportunità di comunicazione con i medici di medicina generale (MMG) nella continuità delle cure e di presa in carico dei pazienti afferenti a questi ultimi considerando non esaustiva la sola lettera di dimissione dei pazienti.

Tali aspetti erano emersi anche da studi effettuati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola Malpighi messi a disposizione dal dott. Paolo Cacciari, responsabile della COP.

Al fine di approfondire alcuni elementi conoscitivi le due Commissioni Ordinistiche succitate hanno elaborato un questionario proposto ad un consistente numero di MMG quale strumento conoscitivo impersonale sullo stato dei rapporti professionali esistenti nell'ambito del servizio sanitario nazionale.

I risultati hanno permesso di meglio evidenziare le difficoltà di comunicazione interprofessionale come uno dei maggiori ostacoli sentiti e subiti dai MMG nella propria attività quotidiana.

Allo stesso tempo la Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola-Malpighi, conducendo una indagine con il supporto di una società di sondaggi esterna all'Azienda, giungeva alle stesse conclusioni.

Su richiesta di quest'ultima, dunque, si sono intrapresi colloqui con le Commissioni ordinistiche al fine di studiare soluzioni che potessero, almeno in parte, contribuire al superamento degli elementi critici emersi dalle diverse indagini condotte.

L'obiettivo immediatamente condiviso fra Direzione Sanitaria e CMT è stato quello di mettere a punto una strategia comunicativa atta a facilitare i rapporti tra i professionisti dell'Ospedale e del Territorio (MMG e Pediatri di Libera Scelta-PLS), per il superamento della sporadicità comunicativa attualmente esistente e legata essenzialmente a rapporti interpersonali e ad iniziativa individuale.

Al fine di rendere più fluenti e migliorare i rapporti e la comunicazione tra professionisti, nel comune intento di ottimizzare l'assistenza del cittadino/paziente, sono state definite alcune aree di



Riabilitazione neuromotoria domiciliare e ambulatoriale
Riabilitazione logopedica e neuropsicologica
Terapia psicomotoria
Counseling familiare

Direttore Sanitario: Dr.ssa Donatella Cimatti
Specialista in Psicologia Medica



Aut. San. 32682 del 27/02/01

Via Grieco 8 – 40133 Bologna Tel. 051 6190214 Fax 051 6194131
Web: www.coopaxia.it e-mail: segreteria@axiacoop.it

miglioramento per la cui realizzazione sono stati direttamente coinvolte Direzione Aziendale e l'Ordine dei Medici.

In particolare sono state individuate 3 aree di lavoro per:

1. Migliorare gli strumenti di comunicazione nel percorso di ricovero e cura del paziente;
2. Attivare un canale riservato alla comunicazione di particolari problematiche critica;
3. Dare informazioni aggiuntive su servizi e iniziative. Per quest'ultimo capitolo si è data ampia disponibilità di utilizzo dei sistemi informativi dell'ordine verso i propri iscritti.

Tra le priorità è stata posta attenzione anche alla occasionale presenza fisica di MMG e PLS all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, imputabile soprattutto a difficoltà di parcheggio dell'autovettura.

Di seguito si riportano le proposte della Direzione Sanitaria condivise dalla CMT:

- **PARCHEGGIO:** sono stati riservati n. 3 posti auto posti, all'interno del Presidio Ospedaliero nell'area di parcheggio della pediatria accanto all'edificio "Gozzadini", per le autovetture di medici non dipendenti dall'azienda Universitaria. Sarà necessario esporre il permesso "MEDICO IN VISITA DOMICILIARE", rilasciato dall'Ordine dei Medici e strettamente personale.

- **COMUNICAZIONI URGENTI:** per le comunicazioni urgenti inerenti problematiche gestionali e criticità organizzative relative a pazienti ricoverati presso il Policlinico è stata individuata una via comunicativa con il Medico di Guardia della Direzione Medica Ospedaliera attraverso la segreteria tel. n. 051 6363451-3230 negli orari di servizio (dal lunedì al venerdì 8-17, il sabato 8-13). Nella fascia oraria 17-19 dei giorni feriali il Medico della Direzione Medica Ospedaliera sarà reperibile al cellulare 320 7469680.

- **RICOVERO:** per migliorare la comunicazione inerente il percorso di ricovero e cura del paziente è stato attivato in via sperimentale in alcuni reparti di Geriatria e Medicina d'Urgenza l'invio di notifiche tramite e-mail al medico curante di avvenuto ricovero in reparto del proprio assistito con informazioni sul reparto stesso relative ad orari e modalità di contatto con i medici di reparto. In caso di positivo riscontro tale modalità sarà estesa progressivamente all'intero presidio ospedaliero.

Il Coordinatore della CMT - Dott.ssa Marina Grandi

* * *

Rivalutazione rendite dei Medici colpiti da malattie e lesioni causate da raggi X

Cari Presidenti, reputo opportuno segnalarvi che nella "Gazzetta Ufficiale" della Repubblica Italiana n. 242 del 15 ottobre 2008 è stato pubblicato il decreto 30 luglio 2008 concernente la **"Rivalutazione delle prestazioni economiche per infortunio sul lavoro e malattia professionale per i medici radiologi, con decorrenza 1° luglio 2008"**.

Il decreto è stato emanato dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali in attuazione dell'art. 5 della legge 10 maggio 1982, n. 251 e dell'art. 11 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, che prevedono rispettivamente la riliquidazione e la rivalutazione annuale delle rendite in favore dei medici colpiti da malattie e lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive.

Il decreto in esame, pertanto, fissa in € 53.044,25, con effetto dal 1° luglio 2008, la retribuzione annua da assumersi a base per la liquidazione delle rendite di cui all'oggetto.

Il Presidente - Amedeo Bianco

* * *

Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Caltanissetta - BANDO DI CONCORSO

Per onorare la memoria del socio rotariano Prof. Paolo Mangione ed al fine di promuovere la ri-

cerca e gli studi nel campo dell'ostetricia, della ginecologia, della bioetica ed in particolare modo nel campo della tutela e del rispetto della vita, la "FONDAZIONE ROTARY PROF. PAOLO MANGIONE CLUB DI GELA" ed il "ROTARY CLUB DI GELA" con il patrocinio dell'"ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CALTANISSETTA" bandiscono un concorso per l'anno rotariano 2008-2009 (01/07/2008 -30/06/2009).

REGOLAMENTO

Il concorso ha per oggetto un LAVORO nel campo della medicina in generale, dell'ostetricia, della ginecologia e della bioetica.

I lavori, per le questioni trattate, per le indagini scientifiche svolte, devono presentarsi completi ed originali. La partecipazione è riservata esclusivamente a laureandi, laureati, specializzandi e specializzati nelle discipline meglio specificate successivamente.

La commissione giudicatrice può non attribuire il premio nel caso in cui ritenga che i lavori presentati non godano dei predetti requisiti.

Le decisioni della commissione giudicatrice sono insindacabili.

I vincitori del concorso saranno invitati a trattare l'argomento proposto ed a ritirare il premio in occasione di una manifestazione rotariana. Le spese di viaggio e di soggiorno saranno a carico della fondazione e del Rotary Club di Gela.

I partecipanti sono invitati a presentare argomenti di recentissima acquisizione scientifica inerenti al seguente tema "Nuovi orientamenti diagnostici e terapeutici in oncologia ginecologica".

Possono partecipare al concorso:

- I laureandi e i laureati in Medicina e Chirurgia e lauree affini con una tesi di laurea o una pubblicazione in originale di lavori scientifici.
- Gli specializzandi e gli specializzati in Ostetricia e Ginecologia e nelle branche inerenti all'oggetto con una tesi di specializzazione.
- I partecipanti, anche nel caso di specializzati o specializzandi, devono avere conseguito la laurea a partire dall'anno accademico 2003-2004.

Verranno assegnati i seguenti premi:

Premio Fondazione Rotary Prof. Paolo Mangione Club di Gela: Euro 2.700,00

Premio Rotary Club di Gela: Euro 1.100,00

Per partecipare al concorso il concorrente dovrà spedire il proprio lavoro in 5 copie, a mezzo posta in plico raccomandato, alla segreteria della Fondazione Paolo Mangione - c/o Ing. Carmelo Mangione Via Sammito, 20 - 97100 Ragusa (è gradita anche una copia in supporto elettronico)

entro e non oltre

il giorno 31 marzo 2009 unitamente alla seguente documentazione:

- certificato di laurea.
- autocertificazione attestante l'assegnazione della tesi di laurea o di specializzazione e del relativo docente.

Il presente bando è consultabile collegandosi ai seguenti siti: www.rotarygela.it - www.omceo.cl.it

Il Presidente della Fondazione Prof. Paolo Mangione - Ing. Carmelo Mangione

Il Presidente del Rotary Club di Gela - Dott.ssa Anna Giudice

* * *

Una nuova esposizione museale presso la Biblioteca "L. Possati": l'armamentario chirurgico della Scuola Bolognese

Grazie all'impegno del prof. Gerardo Martinelli, attuale direttore del Dipartimento Universitario di Chirurgia Generale dei Trapianti d'Organo, è stato possibile allestire, presso la Biblioteca "L. Possati", l'importante esposizione permanente della suppellettile chirurgica, conservata per decenni in alcune casse depositate presso la medesima Biblioteca.

Questo nuovo percorso museale dell'Ateneo bolognese ci dà modo, anche, di ricordare alcune importanti figure di **chirurghi della nostra Università**.

Il primitivo nucleo di questo "armamentario chirurgico" risale alla donazione di Benedetto XIV (il cardinale bolognese Prospero Lambertini) a **Pier Paolo Molinelli (1702-1764)**, quando con motu proprio del 23 agosto 1742 decise di creare un corso pratico di "medicina operatoria", affinché gli stu-

denti non solo apprendessero teoricamente le tecniche operatorie di ciascun intervento (dieci anni prima il Senato bolognese con il decreto del 25 novembre 1732 aveva istituito, per la prima volta in Europa, un insegnamento teorico di "medicina operatoria", affidato allo stesso Molinelli), ma potessero eseguirle sui cadaveri. Di norma il corso si svolgeva due volte l'anno, a dicembre e a gennaio, per venti giorni, utilizzando i locali sia dell'Ospedale della Vita sia di quello della Morte, a quell'epoca ancora contigui, essendo posì l'uno in via Clavature e l'altro di fronte nell'attuale via dei Musei, attuale sede del Museo Civico Archeologico; il trasferimento, infatti, dell'Ospedale della Vita nella nuova sede di via Riva di Reno avrà luogo solo dopo il 1765. Per questa nuova attività didattica, il 28 novembre 1742 fu assegnato a Pier Paolo Molinelli "un armamentario chirurgico completo e assai prezioso" composto da 250 pezzi (cinquanta in argento massiccio, gli altri solo argentati) appositamente costruito dall'abilissimo fabbricante di ferri chirurgici parigino De La Peyronie (1678-1747). Il pontefice stesso aveva commissionato questa strumentazione; il re Luigi XIV, venuto a conoscenza dell'incarico, non solo si interessò che esso fosse preparato nel miglior modo possibile, ma ne fece omaggio al papa. Questo strumentario fu conservato gelosamente e, per evitarne la dispersione, fu istituito l'obbligo di farne una ricognizione, in presenza di un notaio, almeno una volta l'anno.

Con la Riforma Napoleonica degli Studi (4 settembre 1802) fu istituito il nuovo insegnamento di "Clinica Chirurgica e Operazioni Chirurgiche", che venne affidato a **Giuseppe Atti (1753-1826)**, assieme alla direzione del reparto ad esso congiunto. L'armamentario chirurgico venne destinato alla neonata "Clinica Chirurgica" per essere utilizzato non più per le esercitazioni sui cadaveri, ma per le operazioni sui pazienti, che venivano ricoverati nella clinica stessa. A quell'epoca si riscontrarono già dispersioni e mancanze rispetto al primitivo elenco, che vennero in parte colmate commissionando all'armaiolo bolognese Ancarani alcuni strumenti.

Valente operatore, Giuseppe Atti dimostrò un notevole spirito inventivo nell'attività scientifica, perfezionando i litotomi, allora in uso e presenti nella collezione in gran numero, per rendere più sicuro questo intervento. È probabile che, anche, il trapano per gli interventi sul cranio sia stato acquistato sotto la sua direzione, avendo egli proposto e sostenuto la validità della trapanazione nelle fratture con avallamento osseo e nei casi di epilessia traumatica. A lui succedette **Matteo Venturoli (1775-1860)** che diresse la clinica dal 1824 al 1855. Operatore particolarmente esperto e felice, ritenne che la "materia metastatica" potesse diffondersi nell'organismo attraverso le vie linfatiche. Si dedicò, fra l'altro, alla chirurgia delle ernie, degli aneurismi e a quella oculistica, approfondendo, in particolare, le tecniche per la rimozione della cataratta. Gli strumenti per questo tipo di interventi, conservati nella collezione, ne sono una preziosa testimonianza.

Nel 1855 venne chiamato a dirigere la Clinica **Francesco Rizzoli (1809-1880)**. Durante la sua direzione la Clinica dall'Ospedale Azzolini o della "Maddalena" in via Zamboni venne trasferita tra il 1857 e il 1861 all'Ospedale Maggiore per ritornare successivamente nei vecchi locali. Nel 1865 Rizzoli, forse per contrasti con il clinico medico Luigi Maria Concato, abbandonò l'insegnamento. Successivamente tra il 1867 e il 1876 diresse la 2a sezione chirurgica dell'Ospedale Maggiore. Durante gli anni di direzione della Clinica, Rizzoli instaurò uno stretto rapporto con la Ditta Lollini, che di fatto divenne il principale fornitore della trasformazione chirurgica. I **fratelli Lollini (Pietro, 1818-1883 e Paolo, 1825-1868)**, infatti, dopo aver appreso questo mestiere nella bottega di un certo Gaudenzi, valente arrotino, a cui venivano inviati gli strumenti chirurgici da riparare, costituirono una piccola impresa. Il successo degli strumenti da loro costruiti e presentati in varie esposizioni nazionali ed internazionali fece sì che si qualificassero, fra la prima e seconda metà del XIX secolo, come la migliore ditta italiana in questo settore. A loro Rizzoli affidò la preparazione di molti strumenti, presenti nella collezione e che testimoniano l'ingegnosa operatività di questo grande chirurgo. Fra questi sono di grande interesse le "pinze serrapeduncolo a cremagliera" per emorroidectomia e il "frangi pietra", che riteneva essere utili da applicarsi nei casi nei quali la vescica era fortemente addensata al calcolo, tale che con l'utilizzo di altri litotritori non si sarebbe potuto agevolmente afferrare il calcolo e romperlo. Le "cucchiaia" dello strumento, progettato da Rizzoli, potevano essere applicate ai lati del calcolo e facilmente abbrancarlo per estrarlo; se ciò non fosse stato possibile si poteva inserire nello strumento un'asta con la quale frantumare il calcolo. La presenza numerosissima di strumenti per la calcolosi vescicale e uretrale non deve destar meraviglia; infatti questa patologia era a quell'epoca estremamente diffusa, anche tra i giovani. Sempre di Rizzoli la collezione conserva una "macchinetta frangi ossa", utilizzata per fratturare le ossa mal consolidate; un "compressore sopraclavicolare destro" e una serie di "trequarti". Della ditta Fratelli Lollini e, probabilmente costruiti su indicazione di Rizzoli, sono due preziosi set, purtroppo non completi,

raccolti nelle loro scatole: l'uno per l'amputazione degli arti, l'altro per gli interventi di litotripsia. I numerosi strumenti ostetrici e ginecologici presenti nell'esposizione testimoniano come l'attività in questo settore fosse appannaggio dei chirurghi sino alla creazione della Clinica Ostetrica e Ginecologica nel 1860. Tra il 1803 e il 1859 ricoprono la Cattedra di Istituzione Chirurgiche e Ostetricia: **Gaetano Termanini (1770-1831)**, **Paolo Baroni (1799-1854)**, **Ercole Fabbri (1806-1875)**, che condidero con i clinici il medesimo Teatro Operatorio e la medesima dotazione dei ferri chirurgici.

Dopo il ritiro di Rizzoli furono chiamati a ricoprire la Cattedra di Clinica Chirurgica **Pasquale Landi (1817-1895)** e dal 1868 **Pietro Loreta (1831-1889)**, che intervenne in vari settori della disciplina, quali l'ortopedia e la traumatologia (piede torto e lussazioni traumatiche), la chirurgia dell'apparato digerente (divulsione digitale del piloro, divulsione strumentale dell'esofago e del cardias, echinococchi epatica, colecistostomia-colecistorrafia), la neurotraumatologia (traumi cranici, lesioni dei nervi periferici). La collezione conserva di Loreta gli strumenti da lui utilizzati per l'intervento di cistotomia perineale, effettuato con una nuova metodica da lui stesso ideata. Loreta fu, prima del 1875, anche strenuo assertore della antisepsi del campo operatorio.

Nel 1891 fu chiamato a ricoprire l'Insegnamento **Giacomo Filippo Novaro (1843-1934)**, che ricoprì la Cattedra sino al 1898, quando ritornò a Genova nella sua natale Liguria. Gli enterostati, presenti nell'esposizione, ci richiamano i primi interventi di esofagoplastica, piloroplastica e gastroenterostomia da lui effettuati a Bologna. Probabilmente questi sono fra gli ultimi strumenti entrati nell'antico armamentario; infatti, con l'introduzione nel 1890 della sterilizzazione a caldo degli strumenti, la maggior parte di essi divennero inutilizzabili per i manici di legno e di bachelite. Inoltre l'antisepsi listeriana introdotta sin dal 1877 e la successiva asepsi del campo operatorio resero molti di essi desueti: erano stati, infatti, costruiti con il criterio di operare il più velocemente possibile, lasciando il paziente il meno possibile esposto ai "seminaria", che inquinando, determinavano un'altissima percentuale di infezioni post-operatorie con conseguente decesso degli operati.

L'Armamentario chirurgico si è arricchito anche di alcuni "pezzi" dati in comodato d'uso o donati da alcuni Colleghi (i Proff. Antonino Cavallari, Aldo Martelli, Galeazzo Mattioli, Sandro e Stefano Faenza, Giovanni Grillone, Francesco Maldarizzi), Colleghi la cui sensibilità è ben evidente ed apprezzabile ed ai quali va molto riconoscenza.

I ferri chirurgici (oltre 200 esemplari) sono stati identificati, catalogati e raccolti in bacheche di vetro, posizionate nell'antica **Biblioteca della Chirurgia al 1° piano del Pad. 25 dell'Ospedale S. Orsola-Malpighi**; il Museo, dotato di apposito catalogo descrittivo della strumentazione, è visitabile **dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 14,30**.

Stefano Arieti - Professore a contratto di Storia della Medicina
Gerardo Martinelli - Direttore Dipartimento di Chirurgia Generale e dei Trapianti d'Organo

* * *



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

PG. 38851 del 04/03/2003

Concorso per l'assegnazione di una borsa di studio in memoria della Dott.ssa Maria Bonino

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Valle d'Aosta bandisce un concorso per l'assegnazione di una Borsa di Studio annuale in memoria della **Dott.ssa Maria Bonino** già iscritta a questo Ordine Professionale e deceduta in Africa nell'espletamento dei suoi doveri professionali.

La Borsa di Studio è indirizzata ai giovani medici che presentano lavori di ricerca quali es. tesi di laurea e/o di specializzazione, sulle problematiche sanitarie più rilevanti, quali ad es. malattie infettive e malnutrizione, nella popolazione materno-infantile nei Paesi in Via di Sviluppo.

Il premio, di € 6.000,00 (euro seimila/00) al cui finanziamento la Fondazione Maria Bonino concorre con € 3000,00 (euro tremila/00), verrà assegnato sulla base di:

- Valutazione del lavoro di ricerca presentato.
- Curriculum universitario.
- Documentazione di pregresse esperienze personali di cooperazione a progetti sanitari nei Paesi in Via di Sviluppo.

Possono partecipare al concorso tutti gli iscritti da non più di sei anni dalla data del presente bando agli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri d'Italia. I predetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la partecipazione al bando di concorso.

I candidati al premio dovranno far pervenire entro e non oltre il 31/12/2008 all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Valle d'Aosta - Corso Lancieri, 5 - 11100 AOSTA:

- Domanda in carta semplice.
- Copia del lavoro di ricerca (es. tesi di laurea e/o di specializzazione).
- Curriculum universitario.
- Documentazione di pregresse esperienze personali di cooperazione in progetti sanitari nei Paesi in via di Sviluppo.

I candidati, inoltre, possono autocertificare come da modello allegato:

- Laurea in Medicina e Chirurgia.
- Abilitazione all'esercizio professionale.
- Iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Le domande di partecipazione al concorso devono essere presentate esclusivamente a mezzo raccomandata A.R. (farà fede il timbro postale).

Il Presidente Dott. Antonio CERRUTI

* * *

Medici in formazione specialistica: obbligatorietà di iscrizione all'albo

In ordine alla nota del 29 ottobre 2008 di codesta Direzione, inviata al Rettore dell'Università degli Studi di Messina, ove si precisa che "non è previsto quale requisito indispensabile per l'ammissione alle scuole di specializzazione mediche l'iscrizione all'albo professionale", in quanto l'attività dei medici in formazione specialistica si svolge sotto la guida dei tutori e quindi non è equiparabile a quella professionale e autonoma svolta dal medico del servizio sanitario nazionale, si rileva che al contrario questa Federazione ritiene che sia ineludibile, di fatto e di diritto, la previsione di tale requisito per l'ammissione alle Scuole di Specializzazione.

Non si può infatti non sottolineare che l'art. 1, comma 300, della Legge 266/2005 - Legge finanziaria 2006 - ha modificato lo stato giuridico dei medici specializzandi, introducendo un vero e proprio "contratto di formazione specialistica" [G.U. n. 179 del 3 agosto 2007 - DPCM 6 luglio 2007], finalizzato all'acquisizione di capacità professionali mediante la frequenza programmata alle attività didattiche formali e allo svolgimento di attività assistenziali. Si sottolinea inoltre che il medico in formazione specialistica, come previsto dallo stesso contratto, fermo restando il principio del rispetto del tempo pieno, può peraltro, ai sensi dell'art. 19, comma 11, della Legge 28 dicembre 2001, n. 448, sostituire a tempo determinato i medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale ed essere iscritto negli elenchi della guardia medica notturna, festiva e turistica (art. 5, comma 2). Al

medico in formazione specialistica è assicurata anche la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria in coerenza con i titoli posseduti (art. 5, comma 3). **Tali disposizioni devono necessariamente essere poste in stretta correlazione con l'art. 8 del D.Lgs. C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233, che subordina l'esercizio della professione medica all'iscrizione al rispettivo albo.**

Pertanto si rileva che sembra indubbio, stante l'interpretazione letterale della norma di cui all'art. 348 c.p., che la mancata iscrizione all'albo dei medici con contratto di formazione specialistica possa configurare la fattispecie di esercizio abusivo della professione medica chirurgica perseguibile ai sensi della legge, essendo incontrovertibile che il medico ammesso alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia svolga attività assistenziale; infatti è la stessa giurisprudenza consolidata della Suprema Corte che entra nel merito della responsabilità penale del medico specializzando, stabilendo che l'atto eseguito dallo stesso anche sotto le direttive del docente **"comporti l'assunzione diretta di quella tutela dell'assistito propria di ogni professionista sanitario"** garantita dall'art. 32 della Costituzione (Cass. Pen. - Sez. IV, sentenze n. 32901/2004 e 2453/1999). Quanto sopracitato dimostra che l'attuale situazione legislativa sottopone il medico in formazione specialistica ad una posizione assolutamente non difendibile a fronte di un accadimento c.d. "avverso" nel corso della propria attività, che scatuisce nella violazione di norme penali e, quindi, nel concorso nella produzione di fattispecie di reato. Infatti ai sensi dell'art. 51, comma 3, del codice penale risponde del reato oltre chi ha impartito la direttiva (medico tutor) anche chi ha eseguito l'ordine "salvo dimostri che per errore di fatto abbia ritenuto di obbedire ad un ordine legittimo". Giova inoltre sottolineare che il medico in formazione specialistica in caso di assenza del tutor, qualora si rifiuti di ottemperare ad una prestazione di "natura specialistica", si accollerà sia sul piano civile, penale e disciplinare le conseguenze dell'omissione dell'intervento.

A riprova di ciò il contratto di formazione specialistica prevede che l'azienda sanitaria, presso la quale il medico in formazione specialistica svolge attività formativa, provvede alla copertura assicurativa dei rischi professionali per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico medesimo nelle proprie strutture (art. 6, comma 4).

Pertanto questa Federazione, che ha tra i suoi compiti istituzionali quello di garantire la legittimità dell'esercizio professionale, rinnova la richiesta a codesto Ministero di porre in essere tutti gli interventi necessari perché nei relativi bandi di concorso per l'ammissione alle Scuole di specializzazione mediche sia inserito il requisito dell'obbligatorietà di iscrizione all'albo professionale dei medici in formazione specialistica.

Ad ogni modo la FNOMCeO porrà in essere tutte le iniziative anche giudiziarie a garanzia della legittimità dell'esercizio professionale del medico in formazione specialistica attraverso l'iscrizione all'albo con denuncia di ogni caso di abusivismo.

Il Presidente Amedeo Bianco

* * *



POLIAMBULATORIO PRIVATO
IDROTERAPIC
CENTRO MEDICO
Dir. San. Dottor A. Skoumpakis - Medico Chirurgo
TERAPIA FISICA E RIABILITAZIONE
Post-chirurgica - Post-traumatica - Neurologica
Vascolare - Posturale
IDROKINESITERAPIA

Via San Donato 66/2 bis - 40127 BOLOGNA Tel. 051 6333319/329
www.idroterapic.it E-mail: idroterapic@idroterapic.it

P.G. 53935 del 14-03-2006

Master in Fitoterapia Clinica

Il Master di II Livello in Fitoterapia dell'Università di Firenze, Facoltà di Medicina e Chirurgia, produce competenze specialistiche uniche in Fitoterapia clinica: 1.500 ore, 80 CFU.

Indipendente da Aziende farmaceutiche, il Master si tiene ad Empoli (Agenzia per la Formazione, USL 11), è rivolto a medici, farmacisti, odontoiatri e veterinari (e lauree affini).

Coordinatore: Prof. Gian Franco Gensini (Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze).

Vice Coordinatore: Fabio Firenzuoli (Resp. UO Medicina Naturale USL 11 Empoli).

Scadenza domande: 18 dicembre 2008.

Convegno Nazionale - 11 dicembre 2008 - Leggi il bando in:

<http://servizi.usl11.tos.it/sviluppo/sendstudio/users/link.php?LinkID=1188&UserID=11079&Newsletter=165&List=4&LinkType=Send>

* * *

Dalla Medicina alternativa alla Medicina complementare: valutazione dei rischi, obiettivo sicurezza

Leggi il programma in:

<http://servizi.usl11.tos.it/sviluppo/sendstudio/users/link.php?LinkID=1189&UserID=11079&Newsletter=165&List=4&LinkType=Send>

Al Convegno è associato il "**Concorso Fotografia il rischio**".

La Giuria è composta dal Gruppo LA STERPAIA OLIVIERO TOSCANI.

Per le domande e premi vedi:

<http://servizi.usl11.tos.it/sviluppo/sendstudio/users/link.php?LinkID=1189&UserID=11079&Newsletter=165&List=4&LinkType=Send>

* * *

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Analitica AION

La Scuola, riconosciuta dal Ministero Istruzione Università e Ricerca, autorizzazione n° 172-G.U. n. 180 del 3/8/2004, si rivolge a psicologi e medici, ma le lezioni possono essere frequentate anche da uditori, e offre una formazione professionale psicoterapeutica di orientamento psicanalitico junghiano.

Il diploma conseguito da psicologi e medici al termine dei quattro anni abilita gli allievi allo svolgimento della professione di psicoterapeuta, come richiesto dalla legge, dando accesso agli elenchi degli psicoterapeuti degli ordini professionali di appartenenza. La frequenza della Scuola esonera gli allievi dalla produzione di punteggio E.C.M., in ambito diverso dalla scuola, per tutta la durata del corso.

La formazione impartita da AION prevede, oltre alla frequenza delle lezioni, un training psicanalitico personale e supervisione dei casi, mentre per il tirocinio, richiesto dal ministero presso strutture pubbliche o private accreditate, si ottengono le convenzioni con le Aziende sanitarie di residenza degli allievi.

La Scuola Aion è promossa dalla Associazione di Ricerca in Psicologia Analitica ALBA, fondata da medici e psicologi psicoterapeuti che operano, come psicanalisti junghiani, in diverse città italiane da oltre vent'anni.

ALBA lavora in stretta collaborazione con il Gruppo autonomo di Psicologia analitica di Roma, G.A.P.A., presieduto dal Prof. Francesco Paolo Ranzato, direttore della rivista "Il Minotauro" - problemi e ricerche di psicologia del profondo, presidente onorario della Associazione.

Aion, che si avvale anche della collaborazione di docenti universitari, insegna le più evolute tecniche di psicoterapia e forma alla abilità terapeutica.

Con le discipline di base, psicologiche e mediche, e quelle specifiche della psicologia analitica junghiana, la Scuola presenta anche insegnamenti fondati su prospettive interdisciplinari, attualizzate ai rapporti tra arte, cinema, religione, e psicologia.

L'ammissione alla Scuola prevede un colloquio preliminare che, oltre alla valutazione dei titoli e del curriculum, intende verificare l'attitudine e la motivazione dei candidati.

Il numero massimo degli allievi per anno di corso è di 20. Si consiglia chi è interessato ad iscriversi di farlo il prima possibile, in quanto le domande di tirocinio presso la struttura pubblica hanno date di scadenza a breve.

Presidente del comitato scientifico della scuola è il prof. Renzo Canestrari, direttore il dott. Angelo Gabriele Aiello.

La sede didattica è in via Palestro n. 4 presso il Sant'Alberto Magno.

La sede legale ove si può svolgere attività psicoterapeutica è in via F. Turatin, 30 - Bologna.

Per ulteriori info consultare il sito: www.assoalba.it, oppure chiamare: 348/268.36.88.

* * *

Corso di formazione di base in Medicina Omeopatica

DURATA: tre anni di corso per complessive 360 ore di lezione frontale a carattere teorico- pratico, cui vanno ad aggiungersi seminari monotematici, simposi clinici e workshop fino al raggiungimento delle 600 ore.

FREQUENZA: le lezioni sono articolate in 10 week-end con possibilità di implementazione se richiesta da eventuali future disposizioni legislative.

SEDE: Bologna.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE: Laurea in Medicina e Chirurgia, Laurea in Medicina Veterinaria, laurea in Farmacia. Sono richiesti crediti ECM per le tre professionalità.

PROGRAMMA DIDATTICO: secondo quanto stabilito dal Programma Didattico Nazionale (1997) e dall'ECH (European Committee for Homoeopathy -1990 e seg.) anche in previsione di un Esame Europeo con diploma Europeo.

Il programma del 1° anno è a disposizione su www.omeomed.net

METODO DIDATTICO: Il programma verrà svolto con lezioni teoriche, lezioni interattive, esercitazioni di gruppo, workshop, esercitazioni pratiche, pratica clinica; lo studente sarà seguito da un tutor.

FINALITÀ: fornire la preparazione teorico-pratica in omeopatia classica ed omeopatia clinica necessaria a rendere lo studente capace di affrontare un caso clinico con sicura competenza. Il confronto tra i due paradigmi, quello omeopatico e quello convenzionale, nonché la formazione alla ricerca clinica sono il fondamento innovativo dell'insegnamento proposto dalla scuola, soprattutto considerando che per attivare progetti di ricerca sulla valutazione di efficacia di medicinali e di percorsi terapeutici in medicina omeopatica sono indispensabili medici con competenze specifiche che permettano la realizzazione dei progetti auspicati in questo settore dalle Istituzioni.

DOCENTI: Tutti i Docenti hanno una pratica clinica di almeno 20 anni ed una attività didattica di oltre 15 anni

Altre informazioni:

Segreteria organizzativa: INTERMEETING S.N.C.

BORGIO COLLEGIO MARIA LUIGIA 15 - 43100 PARMA

Tel. +39 0521 231123 - Fax +39 0521 228981 - e-mail: segreteria@intermeeting.it

* * *

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato all'8 novembre 2008

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ALAGNA VINCENZO	Via Emilia Levante, 144/4 – Bologna	347/07.46.069
ALESSANDRELLI FLAVIO	Via Murri, 13 – Bologna	333/46.13.267
ALI' NIKOLIN	Via Michele Amari, 1 – Bologna	340/54.25.965
BALLARINI ELISA	Via Lombardi, 51 – Bologna	340/77.96.465
BENINI ROBERTA	Via Croce Idice, 1/c – S. Lazzaro di Savena	051/62.56.519 - 340/92.15.255
BERRA MARTA	Via L. Balugani, 19 – Bologna	338/87.98.897
BIFULCO ELISABETTA	Via Mazzini, 104 – Bologna	051/39.06.95 - 335/51.46.022
BUGIARDINI ENRICO	Via Saragozza, 115 – Bologna	051/64.46.405 - 328/31.23.704
CALABRO' TERESA	Via Finelli, 1 – Bologna	051/58.79.338 - 338/18.45.257
CASAGLIA ALESSANDRO	Via Montanari, 2/2 – Bologna	051/34.15.72 - 348/56.32.577
CASANELLI SONIA	Via Amola, 63 – Monte S. Pietro (BO)	051/67.60.214 - 347/09.69.518
CATAPANO FEDELE	Via F. Zanardi, 189 – Bologna	051/63.44.618 - 349/80.75.043
CECCARINI CHIARA	Via Musolesi, 2 – Bologna	0541/62.28.57 - 320/61.71.994
CENTONZE GIANLUCA	Via Firenze, 9 – Carmiano (LE)	328/33.69.351
CEPELI ERIONA	Via Ferravilla, 11 – Bologna	320/49.12.919
COLAFATI MARIA ANTONIETTA	Via Manfredi, 2 – Bologna	051/39.22.95 - 346/21.14.877
DE LUCA SERENA	Via Malaguti, 2 – Bologna	347/26.01.081
DI GRAZIA VALERIO MARIA	Via Don Minzoni, 11 – Bologna	338/40.12.783
DJEUMEN MBIAPA WILFRIED STEVE	Via Mezzofanti, 65 – Bologna	051/99.13.519 - 349/28.26.966
FORMARO SILVANA	Via Koch, 1/3 – Bologna	051/40.47.21 - 347/78.27.325
FOSCHIERI JENNY	Via Dogali, 4 – S.Giovanni Persiceto	051/82.30.064 - 349/57.32.402
FOSCO MATTEO	Via Lombardia, 18 – Bologna	329/22.35.625
GASPARI VALERIA	Via del Lavoro, 17 – Bologna	051/24.37.57 - 340/15.27.252
GAUDIANO ROSA MARIA	Via Galeotti, 6 – Bologna	329/08.28.354
GEBREMICAEL B. DANIEL	Via Malvolta – Bologna	347/37.37.806
GIAMBERSIO MARIA PIA	Via degli Ortolani, 63 – Bologna	392/12.70.206
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	051/59.22.80 - 338/16.14.287
GRASSI ILARIA	Via S. Ferrari, 20 – Bologna	051/48.42.942 - 347/00.41.722
KATSINAS GIOVANNA	Via Graziani, 1 – Bologna	051/56.21.05 - 333/23.24.390
HRISTOVA ASENKA	Via Don Minzoni, 6 – Monterenzio	349/39.91.164
IAPICCA GERARDO	Via Marconi, 14 – Ozzano Emilia	348/70.75.054
ISMAILI ALMA	Via F. Venezia Giulia – Bologna	320/75.07.297
LANZA MARIA CONCETTA	Via Vizzani, 51 – Bologna	347/69.17.417
LIA LOREDANA	Via Guido Reni, 6 – Bologna	051/58.71.058 - 340/61.63.754
LULLINI GIADA	Via del Pino, 10 – Ozzano Emilia	051/79.63.57 - 339/49.58.751
MAGAGNI GABRIELE	Via Alderotti, 2 – Bologna	051/56.61.29 - 349/13.35.956
MANCINO FRANCO	Via G. F. Barbieri, 1 – Bologna	051/35.20.97 - 339/25.05.707
MAROSTICA FILIPPO	Via Ercolani, 10 – Bologna	051/52.17.28 - 380/54.65.125
MARZARI ROSSELLA	P.zza Aldrovandi, 6 – Bologna	335/53.93.123

MASCITTI PAOLA	Via Vizzani, 2 – Bologna	328/81.79.190
MASTROPIETRO MARIANGELA RITA	Via Mondo, 4/3 – Bologna	051/58.83.105 - 333/28.65.945
MATTEINI PAOLA	Via Cavazza, 1 – Bologna	051/44.32.41 - 339/48.19.676
MATTEUCCI CARLOTTA	Via P. Nenni, 26 – Cottignola (RA)	0545/40.524 - 339/84.98.105
MATTIOLI BENEDETTA	Via Taruffi, 8 – Bologna	051/58.19.90 - 339/63.11.618
MONARI FRANCESCO	Via de' Carracci, 51 – Bologna	320/64.42.518
MURANO PAOLA	Via Mondo, 7 – Bologna	328/33.92.615
PADOVANO ILARIA	Via Carpaccio, 6 – Bologna	340/09.55.106
PALLOTTI FRANCESCA	Via B. G. della Verna – Fermo	329//43.32.330
PIZZUTI MANUELA	Via Mondo – Bologna	349/37.83.281
POMBENI MARCO	Via Mentana, 9 – Bologna	333/98.90.192
SAVORELLI GIULIA	Via Paolo Fabbri, ? – Bologna	328/45.97.123
TEODOREANU LUCIA – DANA	Via Emilia Levante, 13 – Imola	0542/60.92.16 - 347/50.28.676
TERNINI SILVIA	V.le Masini, 17 – Bologna	346/97.56.063
TEFAI WAHID MELODY	Via Mengoli, 1/3 – Bologna	328/94.22.072
TCHOUGANG NOND JOEL RAYMOND	Via Pomponia, 5 – Bologna	338/52.57.388
TSEGAY ISAAC Y.	Via Malvolta, 17 – Bologna	339/88.33.408

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ANGELINI ANNA PINA	Geriatria	051/52.10.19 - 347/75.96.785
BIANCHINI SILVIA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	051/34.12.65 - 347/76.04.654
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16 - 340/85.50.870
CAIVANO ANTONIO	Chirurgia e Chirurgia dell'Infanzia	0532/80.91.18 - 335/81.28.675
CARLO VITTORIA	Odontostomatologia	345/59.11.005 - 338/75.23.735
CECILIA ROSA	Gastroenterologia	338/72.28.882
DELLA BELLA CRISTINA	Reumatologia	051/39.10.75 - 349/86.07.715
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia - Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
DONINI UGO	Nefrologia	339/69.72.751 - 051/34.43.86
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MARCONI VALENTINA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	051/30.65.71 - 329/54.39.985
MARTINELLI ANTONIO	Urologia	347/12.67.383
MARZARI ROSSELLA	Otorinolaringoiatria	335/53.93.123
MASSA FLORINDO	Ostetricia e Ginecologia	338/50.62.768
MICONI ALESSANDRA	Geriatria e Gerontologia	051/30.84.78 - 349/46.23.147
PRATI ANDREA	Corso di Formazione in Medicina Generale	347/83.94.839
RESCINA FABIO	Chirurgia Generale	333/18.45.648
SOZZI MARCELLO	Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria	051/63.67.837 - 340/29.68.635
UDEANU MARIANA	Medicina Interna	349/14.55.019

Proposte di collaborazione con giovani ginecologi

Il nostro gruppo di lavoro (www.santanna-gsd.it) esamina proposte di collaborazione con giovani ginecologi desiderosi di avviare una autonoma attività libero professionale in Brescia, in particolare nel settore delle gravidanze fisiologiche, della patologia della gravidanza, dell'ecografia. I nostri numeri:

- 750 parti all'anno
 - 5 sedute chirurgiche alla settimana
 - 80% degli interventi maggiori in endoscopia
- L'Istituto Clinico S. Anna è uno dei 17 Ospedali del Gruppo S. Donato in Lombardia.

Garantiamo:

1. supporto alla formazione professionale permanente;
2. ambiente dinamico, giovane ed in evoluzione;
3. stabilità di carriera seppure in ambito libero-professionale.

Per contatti:

Dott. Sandro Zucca

sandrozucca@Gmail.com

Dott. Andrea Fiaccavento

andreafiaccavento@libero.it

Tel. 030/3197686

Ricerca Medici Specialisti

L'Istituto Clinico Santa Rita di Milano ricerca per la propria Unità Operativa di Ginecologia:

- medici specialisti in ginecologia con esperienza chirurgica, da inserire nei propri organici, con rapporto a tempo indeterminato per

un minimo di 20 ore settimanali.

È richiesta la disponibilità alla reperibilità.

Inviare la propria candidatura all'indirizzo

e-mail: cv.personale@casadicura-santarita.it

mailto:cv.personale@casadicura-santarita.it

Daniela Bianchi

Responsabile Comunicazione

Tel. 02/2393 6075 - Fax 02/2393 4124

E-mail:

ufficio.comunicazione@casadicura-santarita.it

Istituto Clinico Santa Rita

Via Jommelli, 17 - 20131 Milano

www.casadicura-santarita.it

<http://www.casadicura-santarita.it>

Ricerca Medici Generici

Siamo una Società di Assistenza per turisti stranieri che si occupa di organizzare servizi sanitari di vario genere durante la loro permanenza in Italia tra cui visite generiche presso domicilio, visite specialistiche presso studio, esami.

Questi servizi sono coperti da Assicurazioni private. Ricerchiamo Medici generici e specialistici per lo svolgimento di tali prestazioni nella Provincia di Bologna.

Per informazioni contattare:

Alessandra Busilacchio

Operations Manager

Sanitrans Assistance Srl

Busilacchio@sanitrans-assistance.com

mailto:Busilacchio@sanitrans-assistance.com

Tel +39 045 8251138 - Fax +39 045 8251155



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

Come cambia il ruolo del medico competente: dalla prevenzione delle patologie professionali alla gestione delle problematiche di salute e sicurezza del lavoratore. I nuovi campi di intervento: tossicodipendenza, alcol, problemi di salute da stress lavoro-correlato

Bologna 17 dicembre 2008

I medici competenti si trovano oggi ad affrontare problematiche nuove e complesse, quali quelle derivanti da condizioni di stress lavoro-correlato, nonché casi di abuso e/o dipendenza da sostanze. Occorre dunque che oltre ad una conoscenza puntuale di quanto la normativa mette loro in carico, essi abbiano a disposizione idonei strumenti teorici e pratici, potendo così sviluppare competenze idonee a individuare tempestivamente e a gestire tutte quelle situazioni da cui possono nascere ed evolvere problematiche di salute e sicurezza, nel senso più ampio del termine.

17 Dicembre 2008 - ore 20,30-23,00
Formazione, prevenzione e partecipazione
• Il ruolo del medico competente

Sede del Corso
Aula Magna Ospedale Maggiore
Largo Nigrisoli, 2 - Bologna

Segreteria Organizzativa
Dr.ssa Flavia Franceschini
Tel. 0516644969 - Fax 051 6644734
E-mail: flavia.franceschini@ausl.bologna.it

48° Corso di aggiornamento medico "Franco Ferratini"

Bologna Anno 2008-2009 - Prima parte

18 dicembre 2008
• Il rischio clinico nell'azienda sanitaria.

Sono in corso la programmazione della II parte del 48° Corso che si svolgerà fino al 28 maggio 2009 per complessive 28 lezioni e la richiesta di accreditamento ECM. Ogni lezione costituirà un evento ECM a sé stante. Negli ultimi anni ad ogni lezione sono stati riconosciuti 3 crediti formativi.

Informazioni sul Corso "Franco Ferratini" si possono trovare nel sito internet:
<http://corsoferratini.it>

Sede del Corso
Aula Magna del Padiglione 11
Ospedale Policlinico S. Orsola

Laboratorio di salute per persone con diagnosi di tumore

Milano 14 gennaio 2009

La persona che riceve una diagnosi di tumore sente la necessità di raccogliere tutte le proprie risorse per affrontare le terapie oncologiche convenzionali o iniziare un percorso di recupero dopo averle concluse, sia in fase di guarigione, sia come aiuto per convivere meglio con la cronicizzazione o l'aggravamento della propria malattia. Nella biografia individuale e nella sfera delle relazioni e del destino è racchiuso un patrimonio di risorse e facoltà corporee, psichiche e spirituali, che può generare forze di salute e crescita personale e al quale è sempre possibile attingere. Il trauma della diagnosi e degli effetti collaterali di terapie efficaci, ma spesso aggressive, fa sorgere il bisogno di una cura della persona intera, che reintegri le parti malate in un'immagine complessivamente sana di sé e che consenta di riscoprire il contatto con la realtà della propria salute, con la propria storia, con la natura, con l'ambiente familiare e sociale che ci circonda. Il laboratorio di salute propone un'occasione per ritrovare le risorse celate nel proprio corpo e nella propria biografia e per scoprire nuove facoltà e abitudini quotidiane. Il lavoro si svolgerà in piccoli gruppi, attraverso 8 incontri, con riflessioni sui temi della salute e della cura nella prospettiva della medicina antroposofica, con la costruzione in comune di risorse biografiche e con esperienze di rilassamento e di eutimia, che possano diventare esercizio personale.

Si svolge il mercoledì dalle 17.00 alle 20.00, in 8 incontri, presso il campus di prevenzione e ricerca "Cascina Rosa" della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, via Vanzetti 5, Milano. Il primo mercoledì del mese sarà possibile partecipare anche ai "mercoledì della prevenzione" (alimentazione e salute) tenuti da Franco Berrino.

Segreteria Organizzativa
Sig.ra Linda Cerciello.

Per informazioni e iscrizioni, telefonare al numero 340 353 97 33 o scrivere a info@aresma.com.

Gli interessati verranno richiamati per un colloquio preliminare.

Per la pratica dell'euritmia occorrono scarpette da ginnastica artistica.

Seminari Monotematici

Bologna

17 gennaio - 7 e 28 marzo 2009

16 maggio - 20 giugno 2009

17 Gennaio 2009

"Omeopatia in odontoiatria".

7 Marzo 2009

"Osteopatia in odontoiatria".

28 Marzo 2009

"Medicina Tradizionale Cinese, Agopuntura e metodiche Agopunturali in odontoiatria".

16 Maggio 2009

"La Floriterapia di Bach. Applicazioni in odontoiatria e in igiene dentale".

20 Giugno 2009

"EAV (Elettroagopuntura sec. Voll) in odontoiatria e in igiene dentale".

Sede del Corso

Hotel Savoia Regency, via del Pilastro, 2.

Per informazioni

www.amnco.it

Tel. 06 5291244 - segreteria@amnco.it

(Signora Patrizia Ricci)

Tel. 347 3140770 - ritatronconi@libero.it

(Dott.ssa Rita Tronconi)

Centro Psicoanalitico di Bologna

Bologna

17-24 gennaio 2009

17-28 febbraio 2009

14-28 marzo 2009

9-16 maggio - 6 giugno 2009

L'acquisizione di un certo grado di autosufficienza "compatibile" è il frutto di una dinamica che dalla assoluta dipendenza del neonato dalle cure materne approda alla consapevolezza ed alla ambivalente accettazione di tale condizione. Come

conseguenza di una carenza o di un fallimento delle funzioni di accudimento, al di là di patologie estreme come l'autismo infantile o lo sviluppo di gravi situazioni psicotiche, si evidenzia il vasto e variegato capitolo delle patologie da dipendenza, oggetto del ciclo di seminari qui proposto.

Forme della dipendenza e patologia del legame

17 Gennaio 2009

- Le dipendenze affettive: itinerari tra strutturazione del Sé e legami perversi.

14 Febbraio 2009

- Sul comportamento di addiction.

28 Marzo 2009

- Sulla dipendenza dalle Istituzioni.

16 Maggio 2009

Il desiderio e l'inconscio nell'età mediatica.

Nuove dipendenze, antichi abbandoni

24 Gennaio 2009

- "Barcollo ma non mollo!". Dalla dipendenza da sostanze ad una sana dipendenza. Un percorso possibile?

28 Febbraio 2009

- Amori che consolano, amori che feriscono.

9 Maggio 2009

- Le difficoltà di alimentazione nel bambino e nell'adolescente tra corpo, mente e relazione.

6 Giugno 2009

- Realtà virtuali, dipendenze vere.

PSICHE-DIKE GENITORI E FIGLI TRA PSICOLOGIA E LEGGE

Il figlio conteso nell'affido condiviso

L'esperienza peritale mostra come la lettura psicoanalitica delle dinamiche familiari permetta di spiegarle – non certo di giustificarle o al contrario demonizzarle, come talora si fraintende – e contribuisca a costruire un progetto riparativo sia per i figli che per i genitori.

14 marzo 2009 - ore 9,30-17,30

- Vicissitudini dei ruoli parentali e scenari evolutivi del bambino Giorgio Mereu.
- Tavola rotonda.
- Discussione.

Segreteria Organizzativa

CENTRO PSICOANALITICO DI BOLOGNA

Via Cesare Battisti 24 - 40123 Bologna
Tel. 3314129985 - Fax 0513372212
E-mail: segreteria.organizzativa@cepsibo.it
www.cepsibo.it

**La Radiologia sotto i portici:
1° incontro.
Radiologia epato-bilio-pancreatica.
Colonscopia virtuale**

**Bologna
19-22 gennaio 2009**

Sede: Hilton Garden Inn

I Sessione - ore 8,30-16,30

Fegato: Highlights sulle nuove metodiche e discussione interattiva

- CEUS.
- TC: studi di perfusione.
- Ricostruzioni multiplanari.
- Ottimizzazione dei parametri contrastografici nella TC del fegato.
- RM: studi funzionali di perfusione e diffusione.
- Imaging in diffusione del fegato: che cosa attendersi.
- I mezzi di contrasto epatospecifici in RM: faccia a faccia tra esperti.

**I Tavola Rotonda con discussione interattiva
Fegato: Gli aspetti anatomici**

- Anatomia macro e microscopica del fegato.
- Anatomia ecografica dei segmenti epatici.
- Anatomia TC-RM dei segmenti epatici e correlazione chirurgica.

Le malattie epatiche diffuse

- Imaging delle patologie vascolari epatiche.
- Imaging delle pseudolesioni vascolari.
- Le pseudolesioni solide: steatosi diffuse e focali, anatomia patologica ed imaging.

**II Tavola rotonda con discussione interattiva
Le lesioni epatiche benigne**

- Le Malattie fibropolicistiche del fegato: cisti vere e false.
- Le lesioni focali benigne solide: anatomia patologica.
- Imaging: FNH, adenoma ed adenomatosi, NRH.
- L'angioma tipico ed atipico e l'angiomatosi.
- Utilità della CEUS nella diagnosi e caratterizzazione delle lesioni focali solide.
- L'opinione del chirurgo: quando resecare e quando trapiantare.

II Sessione - ore 16,45-17,45

Le metastasi epatiche

- Storia naturale e problematiche cliniche.

- Le nuove frontiere terapeutiche.
- Il nuovo imaging radiologico (US, TC, RM): aspettative e limiti.
- Faccia a faccia tra esperti.
- PET/PET-TC.

Scientific Panel: Terapia delle metastasi epatiche, evidenze ed aspettative

- Chemioterapia neoadiuvante o adiuvante? Il gruppo di lavoro di Bologna.
- La resezione.
- L'embolizzazione portale preoperatoria: serve davvero e quando?
- L'embolizzazione semplice e con microsferiche caricate: quando?
- La radioembolizzazione da sola o combinata (SIRFLOX): quando?
- HIFU: i primi risultati.
- Il trattamento stereotassico.

20 gennaio 2009

III Sessione - ore 8,30-12,30

La cirrosi e le sue complicanze

- Cirrosi epatica: clinica ed anatomia patologica.
- Epatocarcinoma: storia naturale.
- La frontiera tra nodulo rigenerativo e displasico: anatomia patologica.
- Il nodulo rigenerativo, displastico e l'epatocarcinoma: Correlazioni tra anatomia patologica ed imaging CEUS.
- Correlazioni tra anatomia patologica ed imaging TC-RM: faccia a faccia tra esperti.
- Lesioni focali epatiche maligne primitive non-epatocellulari.
- La flow chart del paziente in lista di trapianto di fegato.
- Faccia a faccia tra esperti.

IV Sessione - ore 13,30-16,00

La radiologia interventistica nell'epatocarcinoma

- Il BLOG (Bologna Liver Oncology Group).
- La Radiologia interventistica nell'HCC intermedio: Le terapie radicali (PEI, RF): lo sono davvero? Faccia a faccia tra esperti.
- Le terapie intrarteriose: TAE, TACE tradizionale e TACE con nuove particelle.
- PEI-RF, TACE o approccio combinato con chemioterapici?
- La radioembolizzazione.
- Trattamento dell'HCC avanzato: medico, interventistico o combinato?
- Follow-up dell'epatocarcinoma post-RF e chemioembolizzazione.

V Sessione - ore 16,30-19,00

Il trapianto di fegato ed il suo follow up

- Il trapianto di fegato da donatore cadavere, da vivente e lo split: indicazioni e risultati.
- Faccia a faccia tra esperti.

- Indicazioni classiche ed estensione delle indicazioni (HCC, CCC).
- Il downstaging pretrapianto con RF, resezione o TACE.
- Imaging prima e dopo il trapianto: quando serve?
- Le complicanze vascolari e biliari post-OLT.
- La radiologia interventistica nelle complicanze dopo trapianto.

21 gennaio 2009 - ore 9,00-13,30

III Tavola rotonda con discussione interattiva Le vie biliari

- Anatomia dei dotti biliari e varianti anatomiche in colangio-RM.
- Colangio RM: tecniche a confronto.
- La diagnosi radiologica (ecografia-TC-RM).
- La diagnosi endoscopica.
- Patologie non neoplastiche delle vie biliari.
- Patologie neoplastiche delle vie biliari.
- Colangiocarcinoma centrale, periferico e forme rare:
- Clinica e patologie associate.
- Anatomia patologica ed imaging.

Scientific Panel: QUESTIONI APERTE NELL'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ALLA PATOLOGIA BILIO-PANCREATICA, evidenze ed aspettative

- Ecoendoscopia ed RM: tecniche alternative o complementari nello staging bilio-pancreatico? Quando eseguirle?
- Metodiche di diagnosi cito-istologica a confronto.
- I risultati della chirurgia.
- Il drenaggio o lo stenting biliare.
- Prechirurgico e pre-stadiazione nell'ittero ostruttivo influenzano l'outcome?
- La palliazione dei tumori dell'ilo: chi, come e quando?
- Stent metallici, plastici o ricoperti?
- I risultati della brachiterapia endobiliare nei tumori inoperabili dell'ilo.
- La "TERRA DI MEZZO" terapeutica nella patologia biliare e pancreatica benigna: le stenosi biliari, la litiasi complessa intraepatica, le disfunzioni dello sfintere di Oddi, la pancreatite cronica.

VI Sessione - ore 14,30-19,30

Il pancreas

- Anatomia del pancreas e dei dotti pancreatici: varianti anatomiche in TC e RM.
- Pancreatite acuta: valutazione clinica.
- Imaging ed Anatomia patologica.
- Pancreatite cronica: valutazione clinica e storia naturale.
- Imaging ed Anatomia patologica.
- Adenocarcinoma del pancreas: storia naturale.
- L'imaging preoperatorio che serve al chirurgo.
- Imaging US, TC, RM.

- Imaging EUS.
- Altri tumori pancreatici solidi.
- Tumori pancreatici cistici.

Scientific Panel: Terapia delle lesioni pancreatiche, evidenze ed aspettative

- La chirurgia.
- Lesioni pancreatiche con infiltrazioni vascolari: cosa fare?
- Il trattamento stereotassico.
- Infusioni intrarteriose: evidenze.
- La palliazione endoscopica o percutanea: quali i ruoli?
- Stenting plastico, metallico o ricoperto, le sopravvivenze dopo stenting.

22 gennaio 2009 - ore 9,00-19,00

CORSO DI AGGIORNAMENTO

Colonscopia virtuale

- Epidemiologia del cancro coloretale e correnti programmi di screening.
- Tecniche tradizionali per l'individuazione del tumore coloretale: indicazioni e limiti.
- Colonscopia endoscopica(CSE): risultati.
- Sangue occulto (FOBT): risultati.
- Aspetti tecnici della CSE.
- Aspetti tecnici e morfologici della colonscopia virtuale (CSV):
- La semeiotica dei polipi e dei tumori
- Aspetti pratici: Le tecniche di preparazione all'esame a confronto.
- Tecniche di post-processing.
- Sistemi CAD (Computer aided Diagnosis) e loro utilità clinica.
- Le evidenze della CSV nello screening dei polipi e nella diagnosi di neoplasie. Il progetto della Regione Piemonte.
- Colonscopia virtuale TC (CTC) versus pancolonscopia per la sorveglianza di soggetti ad alto rischio (HNPCC - Hereditary non Polyposis Colorectal Cancer).
- I risultati dello studio CAD-Impact.
- Ruolo della CSV nella diagnosi del tumore coloretale e prospettive future come metodica di screening ed a completamento di CSE incomplete: le evidenze recenti.
- Faccia a faccia tra endoscopista e radiologo.
- Presentazione di casi clinici.
- Referto strutturato in CSV. Come impostarlo e cosa segnalare. Aspetti medico legali.
- Modalità di rappresentazione iconografica dell'esame.
- Questionari di valutazione ECM.

Segreteria Organizzativa

MCC srl

Via Santo Stefano 57 - 40125 Bologna (Italy)

Tel. +39 051 263703 - Fax +39 051 238564

info@mccstudio.org - www.mccstudio.org

Poliambulatorio specialistico privato sito a Castel S. Pietro Terme cerca medico esperto in Ecocolor Doppler, munito di Doppler portatile per prestazioni professionali. Si rendono inoltre disponibili ambulatori per medici specialisti. Tel. 051/943330 - Fax 051/6942477 E-mail: info@castellanomed.it.

Vendesi lampada "Faro" a soffitto anno 2004 (mai usata) e poltrona "Castellini", su ruote anno 2004 (mai usata). Tutto € 5.500,00 (+ IVA). Tel. 051/733500.

Bologna, centralissimo via Rizzoli ad.ze affittasi ambulatorio medico-dentistico con avviamento decennale, composto da: corte interna privata, sala d'attesa, tre studi interni completamente attrezzati, zona sterilizzazione e due servizi. Posti auto. Disponibile a € 1.600,00 mensili. Per informazioni tel. al 333/9842142.

Croce di Casalecchio, affitto appartamento luminoso, 4° piano con ascensore, ingresso, soggiorno, cucinotto, antibagno, bagno, 2 camere. € 750,00 mensili. Per informazioni tel. 339/1730525.

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: 1) Coaguchek Boehninger-Roche per PT-INR-Ratio attività protrombinica. 2) Clinicanalyser CBF revisionato per numerosi esami sangue ed acque (fotometro). 3) CR2000 Callegari fotometro per determinazioni ematiche multiple. Tel. 051/6779224 - 368/3167055.

Affittasi in zona Corticella ambulatorio a medici specialisti (la zona ne è completamente priva ed ha un grande bacino di utenza) lo studio ha un ingresso privato ottimo arredo, facile parcheggio, a norma di legge. Tel. 339/8952992 oppure 334/3250511.

A dentisti con clientela propria affittasi studio dentistico in Bologna per alcune mezze giornate. Per informazioni tel. 331/2746514.

Affittasi monolocale completamente arredato con finiture di lusso di mq. 40 in via Zanolini (Stazione Veneta). Consegna primavera 2009. Tel. 329/2323034 dalle 18 alle 20.

Affittasi lussuoso attico con ampio terrazzo (80+80 mq) o garage in via Ugo Lenzi (P.zza Azzarita) complementa arredato. Tel. 329/2323034 dalle 18 alle 20.

Affittasi via Zanolini (Stazione Veneta) 2 appartamenti di circa 70 mq l'uno, comunicanti, con 2 o 3 garage, finiture di lusso, più altro monolocale di mq 40 arredato, sullo

stesso piano, con garage. Nuovi tutti con ampio terrazzo, pronti per aprile 2009. Tel. 329/2323034 dalle 18 alle 20.

Vendesi in località Ponticella di San Lazzaro di Savena (BO) villetta a schiera in zona verde e con strada privata composta da 11 vani su 3 piani: 5 camere da letto, 3 bagni, studio, doppio salone con camino, cucina abitabile + veranda, tavernetta con biliardo ed un bagno, cantina, 1 giardino sul davanti (23x10) sopraelevato con sottostante garage per 2 posti auto, 1 giardino sul retro, 1 terrazzo abitabile (20x5), allarme. Euro 1.400.000. Telefonare ore pasti 051/480930 o 348/8732429.

Organizzo corsi Informatica per Medici (pacchetto office e sue applicazioni, internet e nuove tecnologie) collettivi ed individuali. Ho lunga esperienza nella realizzazione ed implementazioni di specifiche soluzioni Software e Siti Internet per Medici e Studi Medici. Per informazioni telefonare al 335/8012423, dal lunedì al venerdì dalle 08,00 alle 11,00.

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 4 sonde - SSD 4000 CV. Per informazioni Tel. 051/547396.

Poliambulatorio C.D.O. S.r.l. Via Degli Ortolani 34/F Bologna mette a disposizione a chirurghi vascolari ed angiologi studio medico attrezzato con ecografo Aloka 4 sonde-SSD 4000 CV. Per informazioni tel. 051/547396.

Affittasi, a medici specialisti, nuovi ambulatori in zona Fossolo-Mazzini, al piano terra, anche a giornate. Comodo parcheggio e fermata autobus. Tel. 338/7314844.

Affittasi ad odontoiatra, anche neolaureato, ambiente attrezzato con riunito, strumentazione e radiologico presso studio dentistico in prestigiosa via del centro di Bologna, con impianti a norma e con autorizzazione, costituito da reception, sala attesa, ufficio, 3 locali operativi, sala di sterilizzazione, doppi servizi. Possibilità di consulenza di implantologo, endodontista, ortodontista, protesista e parodontologo. Disponibile anche affitto a giornate. Tel. 348/3728575 (preferibilmente entro le ore 13).

In Imola (BO), importante Polo Medico Pediatrico, per ampliamento locali, ricerca specialisti nelle seguenti branche: medicina dello sport, dietologia, logopedia, cardiologia, neuropsichiatria infantile. Tel. 335/6667776.

Affittasi zona Villa Toniolo in moderno e tranquillo contesto bilocale ottime finiture

arredato, composto da soggiorno cucina, camera letto, bagno, terrazzo. Posto auto assegnato, cantina ciclabile e posto moto. Per contatti 338/8521054 oppure 348/7607226.

Antico casale nell'Appennino Tosco-Emiliano sopra Porretta Terme e a pochi km. dalla Toscana. Situata su un proprio promontorio dominante in posizione privata con vista panoramica, libertà di accesso su tre lati. La proprietà è costituita da un casale in sasso del 1470 per la maggior parte ristrutturata con una superficie netta abitabile di oltre 450 mq. suddiviso in 7 appartamenti e da una cantina e soffitta per altri 100 mq. utili. La casa principale ha pavimento veneziano del 1800 e tutti gli appartamenti soffitti con travi a vista. Il casale è circondato da un giardino con piscina 16x6,7 mt., terrazza con barbecue e alberi da frutta quali ciliegio, prugna e noci, e da un bosco recintato con alberi ad alto fusto per un totale di 7500 mq. La proprietà comprende ampi spazi di parcheggio. Ideale per abitazione di nuclei bi-tri familiari o per chi voglia intraprendere attività ricettive, di ristorazione, case di riposo e/o strutture sanitarie. Per informazioni o visite telefonare a: 335/6077935 oppure 348/2403451.

Murri-Chiesanuova: piano terra in palazzina di soli studi medici affitto signorile studio medico di 80 mq. composta da attesa, 2 studi con lavabo, 2 bagni. Idoneo per odontoiatria. Volendo posto auto riservato. Tel. 051/440376 ore ufficio o 348/8126096.

Vendo Porsche Cayenne 3200 V6 anno 2006 condizioni pari al nuovo 38.000 km. fatturabile. Tel. 328/6491395.

Nuovissimo ambulatorio medico privato già autorizzato, piano terra, accesso handicap, rende disponibili ambulatori a colleghi specializzati in: cardiologia, dermatologia, dietologia, fisioterapia abilitativa neurologica facciale, geriatra, logopedista, neurologia, osteopatia cranio-sacrale, posturologia riabilitativa globale, psicologia, per libera professione, zona Mazzini (via Bellaria) possibilità di parcheggio o raggiungibile in autobus. Tel. 335/8026546.

In zona Arcoverde (vic.ze Villa Erbosa) vendesi bellissima villa a schiera di testa in paramano e fronte parco. 270 mq. di superficie commerciale, garage doppio, 4 camere, 3 bagni, salone e cucina abitabile, 2 terrazze e 1 balcone, lavanderia, tavernetta e locali accessori, giardino. Richiesta 875.000,00 €. Tel. 328/6491395.

Affittasi studio dentistico già autorizzato zona piazza Malpighi. Due unità operative + ufficio + sala attesa + due bagni. Luminoso, riscaldamento autonomo, ottima disposizione, impianti a norma, basse spese condominiali. Per cessata attività. Tel. 333/2826668.

Vendesi videodermatoscopio Molemax II. Per informazioni contattare Dr.ssa Orsini Tel. 392/1166505.

Norme editoriali

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

Articoli: 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



IL TUO SPAZIO UTILE



NUOVI AMBULATORI, UFFICI E NEGOZI IN VENDITA IN VIA ZANOLINI



ACQUISTARE È PIÙ CONVENIENTE
CHE AFFITTARE E COSTRUISCI
UN PATRIMONIO CHE SI RIVALUTA NEL TEMPO



SPAZI ADATTABILI A QUALSIASI ESIGENZA:
DAI 50 AI 125 MQ. AMPI PARCHEGGI IN ZONA



A POCHI METRI DAL CENTRO DI BOLOGNA



A POCHI METRI DAL COMPLESSO
OSPEDALIERO S.ORSOLA - MALPIGHI



OTTIMI COLLEGAMENTI:
TANGENZIALE E AUTOSTRADA A14 A 1,5 KM,
STAZIONE SUBURBANA, LINEE BUS URBANE
ED EXTRAURBANE

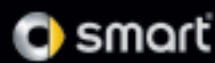


COOP.COSTRUZIONI

COSTRUIAMO FUTURO

WWW.COOPCOSTRUZIONI.IT

PER APPUNTAMENTI O VISITE IN CANTIERE 051 4164111



open your mind.

smart è un marchio DaimlerChrysler

>> new smart. new ways.

**Un vantaggio esclusivo riservato
a tutti gli iscritti ENPAM.
Una riduzione dell'8%* sull'acquisto
di una nuova smart.**

*Offerta valida riservata a tutti gli iscritti ENPAM muniti di badge aziendale sull'acquisto di una nuova smart fortwo (riduzione sul prezzo di listino dell'8%). Motore diesel CDI 33 kw (45 CV), consumo in l/100 km ciclo urbano/extraurbano/misto (3,5/3,3/3,4). Emissioni secondo normativa EU 4. Filtro antiparticolato di serie. Emissioni di CO₂: 88 g/km.

smart Center Bologna

Via G. Rossa, 86 - CASALECCHIO DI RENO (BO) - Tel. 051/6113511

info@smart-center.it

www.smart-center.it