

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLII - N° 12 DICEMBRE 2011

ENDOCRINOLOGIA E PATOLOGIA COSTITUZIONALE

IN QUESTO NUMERO

- **L'accertamento fiscale verso il professionista fondato sui dati bancari**, Andrea Dugato, pag. 3
- **Vicende bilancio e gestione Enpam**, Sergio Cera-
vollo, pag. 4
- **Dal silenzio del coma alla scoperta della vita**, pag. 7
- **La formazione in Medicina Ayurvedica in Italia**, An-
tonio Morandi, pag. 8
- **La formazione in Agopuntura nelle Scuole FISA**,
Piero Ettore Quirico, pag. 9
- **Dalla anestesia locale alla anestesia generale nella
neurochirurgia**, Vincenzo Contratti, pag. 10
- **Giacinto Viola, clinico a Bologna, ed il suo contribu-
to alle origini della Medicina Costituzionalistica**,
Federica Guaraldi, Renato Pasquali, pag. 11

Mons. Livio Melina sarà il Relatore per la Giornata del Medico 2011
(domenica 11 dicembre, ore 10 Aemilia Hotel di via Zaccherini Alvisi)



BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE

Dott. Luigi Bagnoli

COMITATO DI REDAZIONE

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Contiene I.P.

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Novembre 2011
è stato consegnato in posta
il giorno 29/09/2011

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

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO XLII - DICEMBRE 2011 N° 12

ARTICOLI

L'accertamento fiscale verso il professionista fondato sui dati bancari • **3**

Vicende bilancio e gestione Enpam • **4**

Dal silenzio del coma alla scoperta della vita • **7**

La formazione in Medicina Ayurvedica in Italia • **8**

La formazione in Agopuntura nelle Scuole FISA • **9**

Dalla anestesia locale alla anestesia generale nella neurochirurgia • **10**

Giacinto Viola, clinico a Bologna, ed il suo contributo alle origini della Medicina Costituzionalistica • **11**

ODONTOIATRI

La Commissione Albo Odontoiatri ringrazia • **14**

NOTIZIE

Dalla pagina 15 alla 26

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **27**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **28**

CONVEGNI CONGRESSI • 29

PICCOLI ANNUNCI • 31

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente

Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente

Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario

Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere

Dott. VITTORIO LODI

Consiglieri Medici

Prof. FABIO CATANI

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

Dott. CARMELO SALVATORE STURIALE

Consiglieri Odontoiatri

Dott. CARLO D'ACHILLE

Dott. ANDREA DUGATO

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. CARLO D'ACHILLE

Segretario: Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Componenti: Dott. EMANUELE AMBU

Dott. PIETRO DI NATALE

Dott. ANDREA DUGATO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dott. ENNIO CARMINE MASCIELLO

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO

Dott.ssa CATERINA GALETTI

Supplente: Dott. ANDREA BONFIGLIOLI

L'accertamento fiscale verso il professionista fondato sui dati bancari

Andrea Dugato

In questi ultimi anni sono veramente numerose le segnalazioni di Colleghi ai quali l'Agenzia delle Entrate ha effettuato un accertamento fondato sui dati bancari.

Molti di noi non prestano la dovuta attenzione ai rapporti che si intrattengono con la propria Banca: così facendo, però, rischiamo spiacevoli sorprese fiscali anche di notevole spessore economico.

Tanto per chiarire facciamo un paio di esempi. Il professionista che deposita una qualsiasi somma di denaro sul proprio conto corrente (ma il Fisco guarda con sospetto anche i conti bancari dei parenti stretti) deve giustificarne la provenienza (corrispettivo professionale, mutuo, donazione, eredità...). Ma non è tutto: se il professionista preleva una certa somma dalla propria banca, dove in genere deposita il danaro proveniente da parcelle regolarmente dichiarate al Fisco, non deve pensare di stare tranquillo; il professionista, infatti, o dimostra che della somma prelevata ha tenuto conto in contabilità (per acquisti di beni strumentali o di consumo) oppure è tenuto a fornire le generalità del soggetto cui ha dato la somma in questione. Se il professionista non fornisce una di queste due prove la somma prelevata viene considerata compenso professionale non dichiarato, e quindi assoggettato a tassazione come se fosse frutto di evasione fiscale.

La buona fede qui non aiuta: serve una diligente ed organizzata raccolta di conti e di documenti, e serve (in caso di contestazioni da parte del Fisco) una accorta linea di condotta difensiva.

Poiché la materia, sebbene di grande importanza, per noi liberi professionisti in ambito sanitario, è spesso risultata di difficile comprensione abbiamo chiesto un autorevole aiuto al Dott. ANGELO MARTINELLI, Presidente della VI sezione della Commissione Tributaria Provinciale di Bologna e Consigliere della Corte d'Appello di Roma, che gentilmente ci ha concesso di riproporre in queste pagine ampi stralci del suo ultimo libro (*Gli atti del Fisco nel processo*

- Maggioli Editore) particolarmente esplicativi ed esaurienti.

Dal Martinelli capitolo 8:

"Abbiamo visto che, per quanto riguarda le operazioni passive, la prova della loro rilevanza ai fini reddituali può essere fornita anche attraverso l'indicazione del beneficiario delle somme. Qui occorre prestare attenzione: la norma stabilisce l'alternatività della prova contraria che deve fornire il contribuente, quindi, o il contribuente fornisce la prova della indicazione in contabilità del prelievo (allora la questione probatoria si chiude) oppure, in mancanza della registrazione contabile, il contribuente indica le generalità del beneficiario. In altri termini, la presunzione è vinta con la semplice indicazione del beneficiario.

In questo quadro, se il contribuente indica tra i percettori di reddito un familiare, un parente o un amico, adempie con successo all'onere probatorio che su di lui grava; la norma, infatti, è chiara: per superare la presunzione, nel caso di mancata indicazione nelle scritture contabili, è sufficiente la semplice indicazione del percettore delle somme. A questo punto, l'onere probatorio si sposta all'ufficio: se l'ufficio ritiene che circostanza riferita dal contribuente non sia vera, potrà invitare il percettore e chiedergli conto delle ragioni del titolo dell'erogazione della somma, di fornire la documentazione della dazione del denaro e le modalità della dazione stessa. Se l'ufficio non riesce a dimostrare che il contribuente ha detto il falso il giudice dovrà rigettare la pretesa tributaria. Viceversa, il giudice riterrà fondata la pretesa tributaria se ad esempio il contribuente indica come beneficiario di una certa somma pagata *brevi manu* ad es. a un parente, e il parente, invitato dall'ufficio a confermare la circostanza, la neghi. Nulla poi vieta che sia lo stesso giudice tributario, *motu proprio*, a far interpellare attraverso la Guardia di Finanza, l'additato beneficiario della somma prelevata al fine di accertare la veridicità di quanto affermato dal contribuente."

Per i prelevamenti, funzionali al pagamento di somme in favore di terzi, assistiti da documentazione “qualificata” (assegno non trasferibile, bonifico bancario), l’idoneità della prova utile per vincere la presunzione prelievi = ricavi (o compensi) non è seriamente contestabile. Tuttavia, una parte decisamente rilevante dei prelevamenti del professionista viene destinata al consumo personale o familiare. Il denaro prelevato dalla banca serve per le più disparate esigenze della vita quotidiana. In questo caso più prove si hanno meglio è (nulla vieta al contribuente verificato di produrre ricevute quietanzate dai famigliari soprattutto quando si tratta di somme importanti).

Dal Martinelli capitolo ro:

“La Corte costituzionale afferma che la presunzione in tema di accertamenti non viola il diritto alla difesa essendo il contribuente tempestivamente informato delle richieste di acquisizione delle copie dei conti e potendo egli esercitare

pienamente, già in sede amministrativa, e quindi in sede giurisdizionale, il suo diritto a fornire documenti, dati, notizie e chiarimenti idonei a dimostrare che le risultanze dei conti non sono in contrasto con le dichiarazioni presentate. Siccome la legge però non prevede (diversamente all’accertamento fondato sugli studi di settore) un preventivo contraddittorio, l’ufficio non è tenuto a spiegare, nel provvedimento impositivo basato sugli accertamenti bancari, i motivi in base ai quali non condivide le giustificazioni probatorie fornite dal contribuente in sede precontenziosa. Ne deriva che non è affetto da vizi l’avviso di accertamento che non prenda posizione sulle ragioni addotte in sede amministrativa dal contribuente ma si limiti esclusivamente a richiamare i dati bancari. La mancata convocazione del contribuente (per chiarimenti in sede precontenziosa) può peraltro determinare per l’Agenzia delle Entrate una scomoda posizione processuale avanti al giudice tributario.”

Vicende bilancio e gestione Enpam

Se non ora quando richiedere in massa un radicale cambiamento della governance, un forte contenimento delle spese ed un dimagrimento degli organi collegiali e delle strutture gestionali, palesemente pletorici?

Sergio Ceravolo

Con la presente esprimo il mio apprezzamento per l’opera meritoria di attenta valutazione del Bilancio Consuntivo 2010 della Fondazione Enpam fatta da Lei, e dagli altri Presidenti degli Ordini di Catania, Ferrara, Latina e Potenza, che ha portato a circostanziate ed esplicite richieste di chiarimenti di merito.

Mi riferisco alle note vicende che hanno coinvolto l’Enpam negli ultimi mesi e che hanno avuto eco anche sulla stampa. Io che non mi ero mai interessato ai Bilanci e alla gestione del nostro Ente di Previdenza, perché non avevo motivo di preoccuparmene e confidavo in una oculata, prudente ed efficiente gestione, mi sono letto con attenzione su “Il Giornale della Previdenza” n. 7-2011 l’ampio resoconto del Consiglio Na-

zionale dell’Enpam del 25 Giugno 2011, seduta di approvazione del Bilancio Consuntivo 2010, gli interventi dei Presidenti degli Ordini, le richieste di chiarimenti relative al Bilancio e quesiti posti dai suddetti 5 Presidenti e le risposte del Vicepresidente Enpam Alberto Oliveti.

Pure non essendo, ovviamente, un esperto in materia, e non avendo conoscenze e strumenti tecnici per una compiuta valutazione del Bilancio e delle scelte gestionali, debbo dire che l’esposizione del Bilancio riportata sul “Giornale della Previdenza” e le risposte ai quesiti posti non mi hanno convinto, in certi punti le ho trovate incomplete, mancanti di dettagli importanti di alcune tipologie di spese e commissioni; non ho ancora capito quanto realmente ha reso, al netto, la

gestione del patrimonio mobiliare ed immobiliare. Alla fine mi sono rimasti dubbi, perplessità e timori ... che del resto hanno manifestato alcuni Presidenti di Ordine nei loro interventi.

Mi permetto di fare alcune considerazioni e riflessioni che probabilmente riflettono “la pancia” di molti, forse moltissimi, colleghi; anche se altri potrebbero considerarle percezioni distorte della realtà, o posizioni demagogiche e qualunque.

1. I Presidenti di Ordine che controllano attentamente il Bilancio Consuntivo (BC) e l'operato del CdA, degli organi collegiali di controllo e della complessa struttura gestionale dell'Enpam fanno il loro dovere. Anche perché debbono darne conto ai loro iscritti che essi rappresentano. Se poi, dopo reiterare richieste di chiarimenti e di documentazione tecnica, per valutare l'effettiva correttezza e trasparenza dei conti, degli atti e delle procedure, non ottengono risposte, fanno bene a fare un esposto alla Magistratura ed eventualmente a esprimere voto contrario al BC.

2. I Presidenti di Ordine che hanno approvato con voto favorevole il BC – probabilmente la gran parte animati dalla lodevole intenzione di evitare all'Enpam danni di immagine ed ulteriori difficoltà in un momento abbastanza critico – **debbono nel contempo fare, se non l'hanno ancora fatto, i loro rilievi critici e proposte costruttive e spiegare ai loro iscritti su quali basi si fonda la loro fiducia nei conti, nella gestione e nell'attuale CdA** che, come tutti ben sappiamo, amministra i nostri soldi e il futuro delle nostre pensioni. Per inciso, in quanto libero professionista percepirò la pensione esclusivamente dall'Enpam; quindi è naturale che io sia preoccupato di queste vicende e che sia interessato alla trasparenza, a che l'Enpam diventi veramente una casa di vetro.

3. Volendo fare una caricatura del modello gestionale dell'ingente patrimonio dell'Enpam, quello che ho capito è questo: c'è un CdA, Direttori, Vicedirettori e quant'altri che incaricano Banche, Società di gestione e consulenti, che a loro volta incaricano altre Banche, altre Società e altri consulenti (naturalmente tutti hanno un costo non indifferente). Poi c'è una società incaricata di seguire e monitorare i titoli mobiliari ed i ri-

schii contrattuali e di perdita evolutiva dei titoli. Ma quando si appalesa una consistente perdita – pardon un “rischio di perdita di capitale” come ci tiene a precisare Oliveti – su una corposa fetta dei titoli presenti in portafoglio, viene incaricata un'altra Società e vengono sostenuti dei costi ingenti per la ristrutturazione dei titoli rischiosi. Ma cosa hanno comprato? Visto che poi si sono dovuti sostenere degli altissimi costi di ristrutturazione, che pare ancora non abbiano risolto i problemi! E che fine hanno fatto i Consulenti e i responsabili che hanno deciso di comprare quei titoli? Si è detto che quando furono comprati le Società di rating davano per sicuri quei titoli e le Società e Banche emittenti. Poi è arrivata la crisi finanziaria del 2008, che ha messo a nudo tutte le magagne e le bolle speculative che c'erano dietro ai cosiddetti titoli tossici, strutturati e simili, che ancora tutti continuiamo a pagare. NO! **Un Consulente esperto, veramente onesto e senza conflitti di interesse**, conosceva benissimo (già da qualche anno si sapeva che sarebbe scoppiata una crisi finanziaria con conseguenze internazionali) i rischi e le bolle speculative che c'erano dietro quel tipo di investimenti finanziari e la non affidabilità di alcune Agenzie di rating, e **non avrebbe mai consigliato di acquistare quel tipo di titoli, soprattutto ad un Ente di previdenza che deve gestire il suo patrimonio con la massima prudenza.** Come ha illustrato il Vicepresidente Enpam Alberto Oliveti, c'è un fondo di oscillazione dei valori mobiliari che nel 2008 è stato prudentemente accantonato a bilancio per la copertura del rischio di una perdita di capitale alla scadenza dei titoli. Rischio in evoluzione decrescente che dai 400 milioni di euro del 2008 è calato ai 296 milioni del BC 2010. Ma che evoluzione si prevede per i prossimi anni?

4. Riporto gli stralci degli interventi di alcuni Presidenti di Ordine in sede del suddetto Consiglio Nazionale Enpam che secondo me sono significativi dell'aria che tira. (Invito i colleghi, che ancora non l'hanno fatto, a leggere integralmente gli interventi di tutti i Presidenti, così per farsele un'idea più compiuta.)

Presidente dell'Ordine di Latina – “... Qui c'è qualche equilibrio nell'Ordine periferico che si basa sul fatto che se qui il Presidente vota “NO” al Bilancio, al prossimo triennio Presidente non lo sarà più! Perché l'equilibrio locale è fatto sulla delega

FIMMG all'Enpam! ... Prendiamo il coraggio, rivediamo lo Statuto, facciamo votare gli azionisti. Troviamo una forma per cui l'Ordine con l'Enpam non c'entra niente! ... Qui qualcuno deve votare Sì, pure se la pensa diversamente, sennò non lo rieleghono!”.

Presidente dell'Ordine di Ascoli Piceno – Pone all'attenzione del Consiglio nazionale un documento del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Ascoli Piceno che pur avendo deliberato, a maggioranza, di approvare il Bilancio Consuntivo Enpam 2010, tuttavia esplicita una serie di rilievi, fattori di criticità nel modello gestionale che possono “... essere motivo di confusione, di inappropriatezza, se non di conflittualità gestionale...” e “... le forti perplessità sulla gestione del patrimonio dell'Ente e la notevole preoccupazione degli iscritti, in merito ai possibili interventi annunciati per la ristrutturazione della previdenza e dello Statuto”. Di seguito, in merito ai dati del BC 2010 “... esprime il proprio disappunto sugli scarsi risultati della gestione non previdenziale, che presenta un saldo attivo di soli 51 milioni di euro, rispetto ad un patrimonio complessivo dell'Ente di oltre 11 miliardi di euro ...”; si dice “... preoccupato per l'attuale crisi economica finanziaria, anche in considerazione della tipologia di alcuni nostri investimenti mobiliari, tipo i cosiddetti strutturati e CDO, chiede, da una parte, la massima prudenza nella gestione patrimoniale dell'Ente, sempre in una logica di diversificazione, tesa alla migliore redditività, coniugata alla garanzia del capitale, e, dall'altra, **un contenimento dei costi**”.

“Si richiede inoltre una trasparenza assoluta, intesa come ampio dettaglio, sui compensi degli organismi di gestione, degli incarichi di consulenza e i relativi costi, ed una revisione statutaria volta alla riduzione del numero dei componenti dei suddetti organismi e alla limitazione della durata dei mandati, onde evitare il radicamento di posizioni egemoniche”.

5. Una mozione presentata dal Presidente dell'Ordine di Latina, non approvata dal Consiglio Nazionale suddetto, “... esaminata la determinazione numero 24/2011 della Corte dei Conti, in particolare per quanto riguarda i dati e le spese sostenute negli anni 2007, 2008 e 2009 per le indennità di carica e per il funzionamento degli organi collegiali, rilevato che l'ammontare di tali spese ha raggiunto un livello eccessivo e non più giustificato ...” chiede “... di ridurre del 50%

le indennità di carica, il gettone di presenza e ogni altro emolumento connesso alle spese per il funzionamento degli organi collegiali della Fondazione e delle strutture gestionali del patrimonio di proprietà dell'Ente, Consiglio di Amministrazione dell'Enpam eccetera, e di destinare i risparmi così conseguiti metà alla riduzione della quota annuale a carico dei giovani medici e l'altra metà all'incremento dei contributi di solidarietà ai medici anziani in difficoltà”.

6. Una seconda mozione a firma dei Presidenti degli Ordini di Firenze, Sondrio, Como, Lecco, Pordenone e Avellino, approvata dal Consiglio Nazionale, rilevato che da un esame comparativo “il costo sostenuto dall'Enpam è sostanzialmente inferiore a quello di altre analoghe casse di previdenza, preso atto che il bilancio consuntivo 2010 ha registrato una diminuzione dei costi per gli organi collegiali rispetto ai precedenti anni, ritenendo tuttavia che tutta la materia relativa agli emolumenti, i gettoni di presenza, diarie e rimborsi spese a favore dei componenti degli organi collegiali della fondazione Enpam vada rivista in un progetto organico, chiedono al Presidente che il prossimo Consiglio Nazionale esamini in apposito punto all'ordine del giorno la problematica nella sua interezza e deliberi le relative soluzioni”.

Va benissimo esaminare l'intera problematica in un progetto organico, ma non basta la soluzione di una messa all'ordine del giorno di un Consiglio che verrà; perché ciò appare come un voler rinviare la soluzione di un problema che deve essere affrontato e risolto prima, in tempi ragionevoli.

Tutto ciò premesso, per invitare tutti i Colleghi ad intervenire, a dire cosa ne pensano, ad agire in massa per chiedere un radicale cambiamento della governance dell'ENPAM, votata alla trasparenza e alla massima prudenza gestionale, un forte contenimento dei costi e delle spese ed un dimagrimento degli organi collegiali e delle strutture gestionali diventati palesemente pletorici.

Facciamolo coinvolgendo i nostri Ordini, innondando di e-mail la Fondazione Enpam con la suddetta semplice frase, con cartoline, o con quant'altro ritenuto utile ed efficace. Facciamolo noi, dalla base, perché **l'Enpam è dei Medici non di chi lo gestisce o di chi ci rappresenta. Facciamolo. SE NON ORA, QUANDO?**

Dal silenzio del coma alla scoperta della vita

Fulvio De Nigris si racconta in “Sento che ci sei”

Il libro autobiografico scritto dal fondatore dell'associazione Gli amici di Luca: “Siate portavoci della vostra storia per cambiare qualcosa”

L'esperienza del coma vissuta come rinascita, un dialogo silenzioso che si trasforma in un intenso richiamo alla vita. Il dolore e la malattia di una persona cara sono esperienze che possono portare chi le affronta a rimettere in discussione le proprie certezze, a cercare nuove forme di comunicazione e di relazione. Nel 1998 Fulvio De Nigris ha perso suo figlio Luca dopo un lungo coma: 240 giorni di attesa che De Nigris ha rifiutato di subire passivamente e che ha vissuto ora per ora, accompagnando il figlio in un difficile cammino e sentendolo vicino nell'apparente lontananza dello stato vegetativo. Quella voglia di reagire, che ora prosegue nelle attività dell'associazione Gli amici di Luca e della “Casa dei Risvegli Luca De Nigris” all'Ospedale Bellaria, De Nigris la racconta nel libro *Sento che ci sei*.

Da poco edito da Bur Rizzoli nella collana “I libri della speranza” diretta da Davide Rondoni, il libro è stato recentemente presentato in occasione della tredicesima Giornata dei risvegli, all'Auditorium Camplius Alma Mater di Bologna.

Il libro punta al “risveglio dei non coinvolti”, come scrive nella prefazione Alessandro Bergonzoni, “dei sani cronici, dei fortunati, dei bene-stanti, perché sono quelli che hanno gli organi dell'immedesimazione atrofizzati”. Ma il libro è un continuo dialogo con quanti hanno vissuto o stanno vivendo un'esperienza di coma, di relazione difficile con una persona



cara, di sfida continua con la medicina e con la vita.

Nel solco dell'esperienza vissuta personalmente da Fulvio De Nigris, *Sento che ci sei* vuole anche farsi momento di aiuto appellandosi alla risorsa che ognuno ha nel proprio intimo: se stesso. Per questo un'appendice importante è costituita dalle testimonianze di altri familiari che accudiscono un proprio caro, mettendo in atto giorno per giorno gli strumenti di una nuova comunicazione in un nuovo stile di vita, ripetendosi, come un mantra continuo: “Sento che ci sei!”.

“Io vi ho detto quello che ho provato, che ho imparato – scrive De Nigris nelle conclusioni del libro – quello che conosco e ve l'ho donato, essendo il tramite di quello che Luca è stato e ancora è. Ora tocca a voi. Ditelo, scrivetelo, agitelo. Che abbiate perduto un figlio o una persona cara, che ancora stiate vivendo il percorso di una disabilità, del coma e dello stato vegetativo, siate portavoci della vostra storia non per un fine narcisistico, ma per cambiare qualcosa. Siate propositivi in quel gruppo che ogni giorno, ahimè, si allarga a macchia d'olio, in quella minoranza-maggioranza silenziosa che ha a che fare con la burocrazia, con una quotidianità scandita da tempi, valori, sapori diversi”.

Un libro che, come scrive nella postfazione Davide Rondoni “sta tutto in un soffio nella ricerca di Luca... un libro sospiro diviene casa, diviene vento”.

Per informazioni:

Associazione Gli amici di Luca, tel. 051 6494570, sito web www.amicidiluca.it.

La formazione in Medicina Ayurvedica in Italia

Antonio Morandi

La Scuola di Medicina Ayurvedica Ayurvedic Point® (certificata ISO 9001) è dedicata alla diffusione ed alla formazione professionale in Ayurveda. La struttura didattica è articolata in due corsi quadriennali, uno riservato ai Medici (600 ore frontali per 2880 ore di lavoro complessive misurabili in 115,2 CFU)) ed uno per la formazione professionale di Terapisti (600 ore frontali per 2880 ore di lavoro complessive misurabili in 115,2 CFU)). A questi si aggiungono seminari separati monotematici di approfondimento ed aggiornamento. Sono previsti esami di profitto per entrambi i corsi alla fine di ogni anno (scritto, orale e pratico) per il passaggio all'anno successivo ed una tesi finale supervisionata.

La nostra strategia di insegnamento è basata sulla considerazione della Medicina Ayurvedica come una conoscenza medica tradizionale, integrabile con il sistema sanitario occidentale, gestita in mutua collaborazione da medici e terapisti per la realizzazione di uno schema terapeutico completo. Il Corpo Docente è composto attualmente da 16 insegnanti, di cui 11 laureati in medicina e chirurgia, con una documentata esperienza clinica, didattica e di ricerca coordinati da un Direttore didattico (medico), un Direttore Corso Medici (medico) e un Direttore Corso Terapisti (terapista diplomato in Italia ed in India e insegnante yoga).

Inoltre, a completamento del programma didattico, vengono effettuati annualmente stages di approfondimento clinico (70 ore frontali an-

nue/280 ore frontali in 4 anni per i medici equivalenti a 1334 ore di lavoro complessive misurabili in 53,8 CFU, 70 ore frontali annue/210 ore frontali in 3 anni per i terapisti equivalenti a 1008 ore di lavoro complessive misurabili in 40,3 CFU) presso l'Ayurveda Research and Education Institute of SNA Oushadhasala, Trishur, Kerala, India. Questi stages permettono, previo esame di profitto alla fine di ogni anno, l'ottenimento di un ulteriore diploma congiunto Ayurvedic Point® - SNA Oushadhasala. Questo monte ore aggiuntivo può essere sostituito da un equivalente periodo di tirocinio e/o pratica clinica supervisionata presso centri accreditati da Ayurvedic Point®.

Il nostro programma di studio è accreditato dalla Società Scientifica Italiana di Medicina Ayurvedica ed è stato considerato da alcuni Ordini dei Medici, come quello di Bologna, come requisito per l'iscrizione negli appositi registri o per poter effettuare pubblicità sanitaria. Inoltre, è praticamente il solo programma di studio in Italia ad essere congruente con le direttive del WHO pubblicate sul Benchmark for Training in Ayurveda.

Ayurvedic Point® conta numerose collaborazioni con Università ed Istituzioni italiane ed internazionali per attività di ricerca e studi clinici, fra cui lo studio multicentrico sull'osteoartrite del ginocchio presso la Charité University di Berlino, culminate con l'organizzazione nel 2009 del primo Congresso Internazionale di Ayurveda a Milano i cui atti sono stati pubblicati su eCAM.

La formazione in Agopuntura nelle Scuole FISA

Piero Ettore Quirico

Sono trascorsi circa cinquant'anni dai primi seminari divulgativi e oltre trenta dall'inizio dei Corsi di Formazione pluriennali in Agopuntura tenuti in Italia e un nuovo anno accademico è nuovamente alle porte.

La FISA, Federazione Italiana delle Società di Agopuntura, con le sue 15 Scuole attive su tutto il territorio nazionale, continua ad essere il principale referente della Formazione in Agopuntura nel nostro Paese, sia per l'esperienza dei suoi docenti che per l'adequazione dei suoi programmi didattici, che hanno come scopi primari l'integrazione dell'Agopuntura con le terapie convenzionali ed il confronto tra l'insegnamento tradizionale e la moderna medicina basata sull'evidenza.

Negli ultimi anni, inoltre, le Scuole FISA hanno curato in particolare modo la pratica clinica, ampliando il numero di ambulatori nei quali gli studenti svolgono il tirocinio pratico in regime di tutoraggio sotto la guida dei docenti. Il percorso formativo FISA, collaudato da decenni di insegnamento, ha consentito finora a circa 3.000 medici di conseguire l'Attestato di Italiano di Agopuntura e di essere inseriti nel Registro degli Agopuntori FISA, fornendo ai cittadini la possibilità di scegliere agopuntori che hanno terminato un percorso formativo certificato di alta qualità.

Inoltre, molte delle Scuole aderenti alla FISA hanno da anni stretti rapporti di collaborazione con le principali Università e Istituzioni

cinesi, sia in tema di didattica sia nel campo della ricerca scientifica.

Il programma didattico

Il percorso formativo quadriennale FISA (depositato in FNOMCeO) richiede ai medici un impegno complessivo di 1.200 ore, equivalenti all'incirca al doppio di un Master biennale. Al suo interno sono previste 480 ore di insegnamento residenziale in aula (80% a carattere teorico e 20% di esercitazioni pratiche) ed un tirocinio di pratica clinica di almeno 40 ore, da effettuarsi presso gli ambulatori pubblici e privati gestiti dalle Scuole. Sono inoltre previste 520 ore di apprendimento guidato, esami annuali e la discussione della tesi di abilitazione al cospetto di una Commissione comprendente un membro esterno FISA. L'eventuale Formazione a distanza (FAD) è facoltativa e limitata a un massimo di 20% delle ore teoriche, allo scopo di garantire il rapporto docente-discente in una disciplina nella quale è fondamentale ed insostituibile da millenni. È inoltre consentita la circolazione degli allievi all'interno delle Scuole, in modo da render loro possibile la frequenza anche ad altri corsi dell'area FISA o il cambio di Istituto in caso di trasferimento di residenza.

L'elenco delle Scuole FISA è consultabile all'indirizzo web <http://www.agopuntura-fisa.it/scuoleAderenti.page>

Dalla anestesia locale alla anestesia generale nella neurochirurgia

Cenni di storia personalmente vissuta

Vincenzo Contratti

Ho avuto modo di leggere l'articolo comparso su "Repubblica" il 23.04.2011, *Tumore al cervello, il paziente operato da sveglia*. Ho apprezzato l'operato dei Neurochirurghi e degli Anestesisti con i quali mi congratulo. Colgo l'occasione per rendere onore alla Scuola Neurochirurga bolognese il cui operato risale agli anni '30 e seguenti. Allora il malato veniva operato necessariamente in anestesia locale e semiseduto poiché la tecnica anestesiológica era ancora in evoluzione, sia per quanto riguarda i farmaci, sia per la mancanza di presidi di controllo strumentale (monitoraggio, assistenza respiratoria ecc.). L'intervento neurochirurgico era pertanto condizionato dall'abilità dell'operatore, ma anche dalla capacità del malato di collaborare coscientemente e di sopportare una esperienza sicuramente traumatica. Ricordo, quindi, con grande emozione, anche se non l'ho personalmente conosciuto, il prof. Africo Serra, primario del centro traumatologico CTO INAIL di Bologna che scrisse il primo trattato di Chirurgia del cervello edito nel 1947 da Cappelli. Egli, oltre a fornire indicazioni chirurgiche, permetteva regole inerenti alla anestesia locale e alla posizione da far assumere al paziente sul tavolo

operatorio che doveva «essere la più comoda possibile, per il paziente in ogni caso, e, solo quando si può, la più comoda per il chirurgo». Voglio ricordare poi Cesare Gravina e Giuseppe Ayala, che hanno operato in anestesia locale per le stesse ragioni prima esposte. Venendo a tempi più recenti, ricordo che anche neurochirurghi, come Beniamino Guidetti ed allievi, tra i quali Carlo Alvisi, all'inizio della loro attività usavano l'anestesia locale negli interventi neurochirurgici cerebrali. La pratica di neurochirurgia in anestesia locale fu ed è tuttora utilizzata anche negli interventi cosiddetti "funzionali" come quelli usati per asportare aree cerebrali sedi di focolai epilettogeni. In questi casi è di primaria importanza evitare danni a strutture cerebrali sedi di funzioni come la parola ecc., ancora indenni. Ho ritenuto opportuno fare queste precisazioni avendo vissuto personalmente il passaggio negli anni fra le due metodiche di anestesia locale e generale in neurochirurgia.

Autore

già Primario del Centro Traumatologico Ortopedico INAIL, Bologna.

Casa di Cura
Ai Colli

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE MENTALI**

Direttore Sanitario e Primario:

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

40136 BOLOGNA

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

Giacinto Viola, clinico a Bologna, ed il suo contributo alle origini della Medicina Costituzionalistica

Federica Guaraldi, Renato Pasquali

A partire dai primi anni del 1800, le nuove scoperte sull'ereditarietà dei caratteri, unite al desiderio di applicare un metodo scientifico allo studio dell'uomo, condussero diversi anatomici e clinici a definire i parametri ed a sviluppare gli strumenti necessari per valutare oggettivamente i caratteri comuni e distintivi di ogni specie, gettando così le basi per la nascita, nella seconda metà del secolo, della Antropometria e della Biometria. È interessante notare che in quel periodo gli studi di Louis Pasteur e Robert Koch avevano permesso di identificare l'eziologia batterica di alcune patologie endemiche, ma non erano riusciti a spiegare il motivo per cui soltanto alcuni individui si ammalavano di una determinata patologia e, tra questi, se vi fossero differenze nel decorso e nella risposta alla terapia. Queste furono le premesse che portarono, agli inizi del '900, all'elaborazione della teoria costituzionalista da parte dei clinici tedeschi Ottomar Rosenbach (1851-1907), Ferdinand Hueppe (1852-1938) e Carl Friedrich Philipp von Martius (1794-1868), secondo la quale la patologia era frutto dell'azione dei microrganismi su un terreno biologico di predisposizione individuale, dato da caratteri ereditari e acquisiti e strettamente dipendenti da leggi biometriche. Il medico padovano Achille de Giovanni (1838-1916) formulò una propria teoria secondo cui la morfologia del corpo era espressione esteriore del quadro fisiologico individuale. Secondo tale orientamento, l'anatomia degli organi poteva essere determinata dallo svolgersi correlato delle varie funzioni organiche mentre si teorizzava che la componente psicologica dell'individuo potesse derivare dallo sviluppo del sistema nervoso simpatico. Lo studio della patologia doveva quindi focalizzarsi più sul paziente e

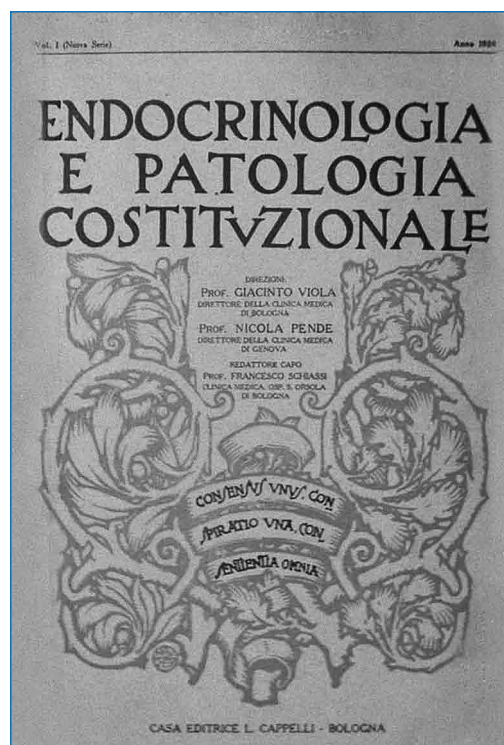
non sull'elemento microbiologico scatenante, come teorizzato da Robert Koch. Quindi, una volta definite, attraverso un sistema preciso di misurazioni antropometriche, le caratteristiche cliniche del soggetto, si propose che tutto questo potesse essere inquadrato all'interno di uno specifico tipo morfologico (espressione dell'adattamento all'ambiente e a cui corrispondeva la predominanza di specifici sistemi funzionali), e definire quindi le patologie che era predisposto a sviluppare. Abbinando l'osservazione dei sintomi al sistema delle misurazioni corporee, la clinica avrebbe potuto quindi divenire una scienza esatta, capace di identificare i fattori endogeni ed esogeni responsabili di un determinato quadro clinico.

Giacinto Viola (1870-1943) fu, insieme a Nicola Pende (1880-1970), tra gli allievi di Achille De Giovanni che più contribuirono allo sviluppo del Costituzionalismo in Italia. Nato a Carignano (Torino) il 21 marzo 1870, Viola compì gli studi di Clinica Medica a Padova e nel 1909 si trasferì in Sicilia per ricoprire la Cattedra di Patologia Medica prima all'Università di Messina, poi di Palermo, che lasciò nel 1919 per assumere l'insegnamento di Patologia Speciale Medica Dimostrativa a Bologna. Fu inoltre docente di Clinica Medica Generale e Semeiotica (1922) e di Clinica Medica Generale e Terapia Medica (1926), Preside della Facoltà di Medicina dell'Università di Bologna (1923-29), membro del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione (1923-26) e membro della Commissione dell'educazione nazionale e della cultura popolare (1939-43). Rifacendosi ai principi fondanti del Costituzionalismo, Viola indicò come tutte le variazioni all'interno dei caratteri potessero essere soltanto quantitative e non qualitative

(con l'eccezione del colore dei capelli e dell'iride) in quanto espressione di caratteri universali propri a tutti gli individui di una specie. Trasferì poi il concetto di *morfologia clinica*, ovvero di corrispondenza tra proprietà morfologiche e funzionali, proposto da A. De Giovanni per i singoli organi, all'intero individuo: così come aumenti o riduzioni eccessive nelle dimensioni di un organo potevano portare ad un suo malfunzionamento, eccessive deviazioni dalla media a carico della lunghezza dei segmenti esterni dell'organismo o della statura dell'individuo avrebbero potuto rendere il soggetto vulnerabile alla patologia, fino a divenire, a livelli estremi, incompatibili con la vita. Per tale motivo, i valori rappresentativi dei diversi segmenti del corpo tendevano a collocarsi naturalmente attorno ad un valore medio. Nel trattato *La Costituzione Individuale* (1932) e numerosi articoli sulla rivista da lui fondata nel 1926 *Endocrinologia e Scienza della Costituzione* (si veda la copertina in figura sotto), Viola pubblicò gli assiomi su cui si fondava il Costituzionalismo italiano, le leggi dominanti, le variazioni individuali, i requisiti che il metodo antropometrico avrebbe dovuto

soddisfare, i parametri da valutare e gli strumenti con cui farlo, al fine di potere inquadrare il soggetto studiato all'interno di una tipologia costituzionale, quindi individuarne la predisposizione ad ammalarsi di determinate patologie fisiche e psichiche. Secondo tale teoria, i diversi organi e apparati assolvevano, in maniera differente, a tre fondamentali funzioni, definite *vita di relazione* (è quella che più impegna l'organismo ed è garantita principalmente dallo scheletro, dai muscoli e dal cervello), *vita vegetativa* (permessa dai visceri e dalla pelle) e *riserva energetica* (rappresentata dal tessuto adiposo). La prevalenza di un sistema sugli altri rendeva conto delle differenze costituzionali e attitudinali di ciascun individuo, delineabili fin dalla nascita e costanti durante tutta la vita. I possibili abiti costituzionali (*normale, tisico e apoplettico*) erano quindi tre e tutti presenti, nonostante qualche variabilità nelle misure, in entrambi i sessi e in tutte le specie (in quanto espressione di precise leggi costanti di deformazione), i cui caratteri venivano trasmessi dai genitori ai figli.

Pur riconoscendo a Nicola Pende (1880-1970) il merito di essere riuscito con le sue osservazioni a coniugare l'idea di secrezione ghiandolare con i principi del Costituzionalismo e di aver fornito quindi un valido strumento di interpretazione dei quadri sistemici derivanti da malfunzionamento di una o più ghiandole endocrine, Viola invitò i medici a non attribuire eccessiva importanza ai fattori endocrinologici nella genesi dei tipi costituzionali, considerandoli soltanto come una delle componenti che partecipano alla ontogenesi, insieme a fattori ambientali ed ereditari. Rispondendo poi all'obiezione di coloro che sostenevano l'inadeguatezza del Costituzionalismo per l'indagine clinica e sottolineando come la costituzione stessa escludesse la patologia, Viola spiegò come la patologia non fosse né l'equivalente della costituzione, né una realtà ad essa antitetica, bensì un suo derivato, in quanto espressione della degenerazione di cellule sane presenti fin dalla nascita nell'individuo, il cui abito costituzionale aveva predisposto a sviluppare, sotto l'influenza di determinati stimoli patogeni, una determinata malattia. Secondo Viola, le anomalie costituzionali erano di per sé una malattia in quanto, alterando i



rapporti esistenti tra gli organi tramite variazioni dimensionali o qualitative a loro carico, diminuivano la capacità funzionale del soggetto. Per la legge di conservazione della specie, ogni tipo costituzionale tendeva fisiologicamente a mettere in atto processi di riparazione del danno, al fine di mantenere l'equilibrio precostituito tra i caratteri somatici che il processo patologico tendeva invece ad alterare, determinando in tal modo lo sviluppo di un soggetto disfunzionale.

Compito della Scienza Costituzionalista era indagare la variabilità interindividuale presente nella popolazione sana, al fine di potere classificare ogni individuo all'interno di uno specifico habitus fisiologico e identificare i tipi di patologia a cui questi era predisposto, fornendo così alla Medicina Clinica i principi di riferimento universalmente validi, l'indagine diagnostica e terapeutica dei singoli casi e per l'individuazione di abiti patologici, tra cui spiccavano, fra l'altro, il nanismo, il gigantismo e l'acromegalia. Gigantismo e acromegalia furono interpretati come quadri patologici distinti, ciascuno con una propria eziopatogenesi (allora ancora non definita, nonostante le evidenze precedenti di illustri anatomisti), accomunati soltanto dalla presenza di una eccessiva spinta all'accrescimento che, nel caso del gigantismo interessava l'intero organismo, mentre nell'acromegalia era limitata solo ad alcuni organi. La mancata saldatura delle epifisi nei giganti fu identificata come la ragione che aveva permesso una crescita maggiore del normale, mentre lo scarso sviluppo sessuale e dell'apparato pilifero, riscontrati in alcuni soggetti giganti e nani, furono interpretati come espressione di un generale accrescimento disarmonico.

Le teorie di Viola ebbero un forte impatto in ambito medico ma anche sociale. Il Regime Fascista utilizzò i dati ottenuti dagli studi antropometrici di Viola per definire le caratteristiche della *Razza Italiana* e caratterizzare la prestanza fisica e l'idoneità dei giovani soggetti maschi prima dell'arruolamento nei vari Corpi dell'Esercito. Infine, rifacendosi agli studi di Viola e del criminologo Cesare Lombroso (1835-1909), diversi psichiatri e neurologi (tra cui l'assistente di Viola, Giovanni Capone) adottarono il metodo antropometrico per cer-

care di desumere dalle caratteristiche del soma e, soprattutto, dalla morfologia del volto e del cranio, la predisposizione individuale a sviluppare particolari patologie neuropsichiatriche e a delinquere. Fiducioso degli enormi progressi che avrebbero caratterizzato negli anni seguenti la Scienza Medica in generale e l'Endocrinologia in particolare e convinto dell'importanza sociale di questa disciplina, Viola insegnò ai suoi collaboratori la necessità di applicare un metodo scientifico rigoroso all'indagine clinica e lasciò loro in eredità una vastissima letteratura scientifica, lo strumento da lui messo a punto, e la *Rivista Endocrinologia e Patologia Costituzionale*, con l'intento di fornire gli strumenti per poter continuare le ricerche da lui intraprese e garantirne la diffusione dei risultati.

Bibliografia:

- Albrizio A. *Biometry and Anthropometry: from Galton to Constitutional Medicine*. Journal of Anthropological Sciences. Vol. 85, 2007, pag. 101-123.
- De Giovanni A. *L'individualità considerata nella patogenesi e nell'evoluzione dei morbi*. XIII Congresso Nazionale di Medicina Interna. 1903.
- Frassetto F. *Il sistema di normalità tra statura, perimetro toracico e peso nelle norme per il reclutamento*. Archivio fascista di Medicina politica. 1928. Anno II, fascicolo I.
- Pende N. *Endocrinologia - Patologia e clinica degli organi a secrezione interna*. Ed. Vallardi, Milano, 1923.
- Viola G. *La Costituzione Individuale*. Ed. Cappelli, Bologna, 1932.

Autori

Federica Guaraldi, Autoimmune Hypophysitis Research Center. The Johns Hopkins School of Medicine. Baltimore, MD, USA.

Renato Pasquali, U.O. di Endocrinologia. Dipartimento di Medicina Clinica. Policlinico S. Orsola-Malpighi, Università Alma Mater Studiorum di Bologna.

Figura di copertina:

Copertina della rivista *Endocrinologia e Patologia Costituzionale*, fondata a Bologna nel 1926 da Giacinto Viola.

La Commissione Albo Odontoiatri ringrazia

Cari Colleghi,

con il Vostro voto avete rinnovato la fiducia alla Commissione Albo Odontoiatri uscente.

Mai come quest'anno l'affluenza dei votanti è stata così elevata e questo è un importante segno di maturità e responsabilità della nostra categoria.

La maggioranza dei votanti ha scelto i fatti alle parole, la correttezza nei confronti di tutti i colleghi agli attacchi senza alcun fondamento, e come componenti della CAO ringraziamo coloro che hanno voluto esprimere consenso al nostro operato.

Anche in questo mandato garantiamo che saremo la Commissione di tutti gli Odontoiatri, senza alcuna distinzione di appartenenza a sigle sindacali o scientifiche e senza alcun condizionamento di scorta.

La Categoria ha bisogno di unità e compattezza perché il momento è difficile per la gravissima crisi economica, che ancora non fa intravedere via d'uscita, e per la separazione degli Ordini adesso soltanto rimandata.

Oggi c'è bisogno di serenità di giudizio e di comportamento.

Confronto, stima reciproca e correttezza nei rapporti con il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici, unitamente al supporto ed ai consigli di tutte le Associazioni Sindacali e Scientifiche, rappresentano la premessa per un'azione efficace e produttiva della Commissione Albo Odontoiatri.

Da parte nostra garantiamo, come già nel precedente mandato, un impegno forte nel realizzare il programma elettorale in coerenza con quanto già fatto nei tre anni passati.

Non promettiamo la luna, ma di continuare un passo dopo l'altro la strada già intrapresa:

- a) lotta all'abusivismo ed alla pubblicità non deontologicamente corretta, nei limiti consentiti dalla legge;
- b) programma aggiornamento accreditato ECM gratuito per tutti gli iscritti;
- c) gestione corretta della convocazione disciplinare tesa, ove possibile, più ad educare che a sanzionare, ma severa e dura se fosse necessario;
- d) difesa della categoria dagli attacchi esterni tesi all'erosione professionale o al suo discredito.

Ancora un grazie a tutti.

I COMPONENTI DELLA CAO

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo

Specialista in Igiene, Medicina Preventiva e Psicologia Medica

BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

Ufficio Prenotazione Ricoveri:
tel. 051 6440324 - fax 051 580315

Ambulatori Cup:

- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Reparti degenza:

- Residenza trattamento intensivo donne
- Residenza trattamento intensivo uomini
- Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo
- Psichiatria generale e riabilitazione

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

Tessera sanitaria, codice fiscale e carta dei servizi in una sola smart card

In occasione del rinnovo delle tessere sanitarie in scadenza, le Regioni potranno richiedere al Ministero dell'economia e delle finanze, di consegnare ai propri assistiti la Tessera sanitaria che funzionerà anche come Carta nazionale dei servizi. La smart-card potrà essere utilizzata non solo per l'accesso alle prestazioni sanitarie e in sostituzione del codice fiscale ma consentirà ai possessori di usufruire di tutti i servizi digitali offerti dalla pubblica amministrazione e di effettuare pagamenti dei servizi pubblici.

http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/tessera_sanitaria_CNS/index.html

* * *

Emergenze dimenticate - Il flagello dei serpenti in Africa

Nel 1980 in Africa venivano acquistate dosi di siero antiveneno per un valore equivalente a 200.000 euro. Vent'anni dopo la spesa per questo capitolo era scesa a soli 20.000 euro. Le difficoltà a reperire una dose di siero antiviperico per curare un bambino morso a un braccio in provincia di Brindisi hanno conquistato alla fine di agosto le prime pagine dei giornali. Purtroppo quello che qui fa scandalo è assoluta normalità in altre parti del mondo, come rivela una ricerca pubblicata sulla rivista *Toxicon* da un gruppo di ricercatori dell'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) di Marsiglia, che hanno compiuto una meta-analisi su oltre 100 studi in proposito pubblicati negli ultimi 40 anni. Se ci si attiene alle cifre "certe", nell'Africa sub-sahariana sono circa 300.000 le persone che vengono assistite dai centri sanitari in seguito al morso di serpenti velenosi, e solo una piccola parte può fruire del siero antiveneno. Di conseguenza i casi morte all'anno si aggirano attorno ai 7000, mentre le amputazioni di arti legate alle complicazioni cliniche del morso oscillano fra le 6000 e le 14.000 all'anno. Questi dati, osservano i ricercatori, sono peraltro molto sottostimati in parte per la difficoltà di accesso ai centri sanitari, in parte per il ricorso frequente alla medicina tradizionale. Secondo i ricercatori, si può stimare che il numero reale di questo tipo di incidente arrivi al milione e mezzo all'anno, e che anche i valori relativi agli esiti che ne conseguono siano da tre a cinque volte quelli ufficialmente registrati. Lo studio ha anche messo in evidenza che il 95 per cento dei casi si verificano nelle zone rurali, in particolare nelle piantagioni, ma che neppure le aree urbane sono indenni dal rischio. La disponibilità degli antidoti è attualmente limitata e appena il 10 per cento dei casi rilevati può fruirne. Il fatto è che questo presidio sanitario è costoso e ha una durata di 3 a 5 anni, due fattori che scoraggiano la creazione di adeguate scorte di magazzino nei centri di assistenza sanitaria, tanto più che l'uso stesso degli antidoti può esporre a effetti collaterali che richiedono un'adeguata preparazione del personale sanitario, che invece solitamente ne è sprovvisto. In questo modo anche i produttori di siero sono restii a preparare dosi che rischiano di rimanere invendute. Questo circolo vizioso ha fatto sì che dal 1980 ai primi anni del nuovo secolo le dosi di siero vedute in Africa siano passate da un valore pari a 200.000 euro all'anno a meno di 20.000 euro.

* * *

Salute. le ONG: farmaci salvavita negati da accordi commerciali - La campagna "Sblocchiamoli - Cibo, Salute e Saperi senza Brevetti"

Le multinazionali del farmaco hanno cominciato a brevettare medicinali non innovativi, in quanto la loro capacità di ricerca e sviluppo è in crisi. È in questo modo che riescono a mantenere alti

i prezzi. Per questo società civile e amministratori pubblici devono muoversi affinché brevetti senza innovazione non vengano più accettati.

È l'opinione di Carlos Correa, avvocato e economista, direttore del Centro per gli Studi su Proprietà Intellettuale e Diritto e Economia all'Università di Buenos Aires. Correa, le cui ultime pubblicazioni si occupano dei rapporti tra proprietà intellettuale, commercio internazionale e diritto alla salute, è intervenuto al Forum pubblico della Wto (Organizzazione mondiale del commercio) in corso a Ginevra, dove sono presenti anche vari rappresentanti di ong internazionali tra cui quelli della campagna "Sblocchiamoli - Cibo, salute e saperi senza brevetti".

"L'accesso globale ai farmaci salva-vita – affermano i promotori della campagna – viene messo a rischio dagli accordi di libero commercio che vengono in numero sempre maggiore firmati da Unione Europea e Usa con singoli governi di paesi in via di sviluppo, ma anche dalle procedure eccessivamente burocratiche stabilite dalla Wto per tutelare il diritto alla salute". A Ginevra diversi relatori hanno sottolineato che, mentre gli accordi multilaterali siglati nell'ambito della Wto garantiscono, in caso di emergenze sanitarie, specifiche flessibilità alla protezione dei brevetti sui farmaci, imponendo alle multinazionali la concessione di licenze dei prodotti sotto brevetto, gli accordi di libero commercio bilaterali e regionali prescindono da tali tutele del diritto alla salute. "Tuttavia neanche le flessibilità previste dall'accordo Trips (Accordo sugli aspetti legati al commercio dei diritti di proprietà intellettuale) della Wto sono sufficienti a garantire l'accesso ai farmaci salva-vita nei paesi più bisognosi", sottolinea Daniele Dionisio, esperto della campagna e membro del Gruppo di lavoro del Parlamento Europeo su "Innovazione, accesso ai farmaci e malattie legate alla povertà". "Per rendere l'idea – continua Dionisio – la norma del Wto del 30 Agosto 2003 che deroga alla protezione dei brevetti, permettendo l'esportazione di farmaci ai paesi incapaci di produzione autonoma, implica procedure burocratiche talmente onerose che risulta concretamente quasi inutilizzabile. È stata infatti utilizzata solo una volta dal Canada per permettere a una propria azienda generica la produzione e l'invio di farmaci in Ruanda e sono stati impiegati ben 3 anni per metterla a punto!".

Dionisio, in linea con le reiterate richieste presentate da Paesi in via di sviluppo e da gruppi di pubblico interesse, suggerisce che le procedure della norma siano snellite, proponendo "una soluzione che autorizzi, una volta per tutte, a una compagnia a produrre lo stesso farmaco per l'export a qualsiasi Paese che inoltri richiesta". "È nella carta della Wto il rifiuto di ogni forma di protezionismo – afferma il rappresentante di "Sblocchiamoli – ma è d'obbligo insistere a ogni livello affinché le istanze di equità per l'accesso alle terapie, emerse nel Public Forum, siano raccolte e rese operative dalla prossima Conferenza Ministeriale della Wto attesa il prossimo 15-17 dicembre 2011 a Ginevra.

* * *

Le donne consumano 30% farmaci in più

Vivono di più e, anche per questo motivo, fanno un maggiore uso di farmaci.

Sono le donne fra i 15 e i 54 anni a fare maggior uso di farmaci, con consumi superiori rispetto all'uomo del 20-30%, e del 40% per gli integratori.

È quanto emerge dal Libro Bianco sulla Salute della donna, curato dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda) la cui terza edizione è stata presentata a Roma nella sede di Farmindustria.

È un'Italia sempre più 'matura', nella quale si registrano un costante aumento della vita media, un incremento di malattie cronico-degenerative, e una crescita nel consumo di farmaci e ricoveri, quella che chiede con urgenza di creare reti, servizi e percorsi socio-sanitari più personalizzati.

Con al centro la donna e il genere femminile, ma non solo.

I numeri che emergono dalla III edizione del Libro Bianco, infatti, parlano chiaro: sono le donne per maggiore longevità e fattori di ordine culturale a chiedere una risposta più efficiente ed efficace ai nuovi problemi di salute emergenti.

I dati regionali e nazionali dicono che i tassi di ospiti anziani nei presidi residenziali socio-assistenziali fra la popolazione femminile hanno raggiunto valori del 25,82 per 1.000 (11,11 per 1.000 fra gli uomini), specie al Nord con tassi al di sopra della media nazionale, e che il consumo di farmaci – in crescita nel periodo 2000-2009 – riguarda quasi il 40% della popolazione. “I dati emersi – dichiara Francesca Merzagora, presidente Onda – hanno messo in evidenza che l’aspettativa di vita delle donne è aumentata negli ultimi 4 anni con un trend inferiore rispetto al passato (solo di 0,3 anni), con una prospettiva del 63% di trascorrere in buona salute i 20 anni di media che le restano dopo i 65 anni. Tuttavia nonostante siano chiari i bisogni di salute della donna, molto poco è stato fatto in questa direzione nell’ultimo ventennio. Mancano ancora sul territorio strutture in grado di rispondere efficacemente e sconfiggere sul nascere malattie tipicamente femminili o di attuare terapie di genere”.

* * *

Manuale OMS per il controllo dei prodotti vegetali

È stata pubblicata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità una nuova versione, WHO Quality control methods for herbal materials 2011 (Updated edition of Quality control methods for medicinal plant materials, 1998) aggiornata rispetto alla precedente del 1998, del Manuale di metodi per il controllo dei prodotti di origine vegetale. Scopo della pubblicazione è fornire supporto agli Stati membri nella definizione di standard di qualità e specifiche per i prodotti di origine vegetale nell’ambito dell’assicurazione e del controllo di qualità dei medicinali a base di erbe. Il manuale riporta una raccolta di saggi per la valutazione dell’identità, purezza e contenuto dei prodotti in questione, compresa la determinazione dei residui di pesticidi, arsenico e metalli pesanti, microrganismi e aflatossine. Sono inoltre descritte le procedure per preparare le culture di ceppi di microrganismi da usare nei test, le caratteristiche degli assorbenti usati in cromatografia a strato sottile e delle soluzioni e reagenti usati nei saggi raccomandati. In allegato al volume sono riportate le buone pratiche dell’OMS per i laboratori di controllo della qualità.

* * *

Adolescenti obesi, il sonno può regolare insulina e glucosio

Gli adolescenti che dormono tra le 7,5 e le 8,5 ore per notte hanno livelli ottimali di insulina e glucosio nel sangue. Secondo i ricercatori di Dorit Koren del Children’s Hospital of Philadelphia (Usa) un adeguato riposo notturno potrebbe quindi essere una delle armi per prevenire lo sviluppo del diabete di tipo 2. La ricerca, pubblicata su “Diabetes Care”, è stata condotta su 62 adolescenti obesi. I soggetti sono stati sottoposti ad un test orale di tolleranza al glucosio, a misure antropometriche, polisonnografia notturna e spesso controllati per via endovenosa con un test di tolleranza al glucosio. Dallo studio è emerso che dormire troppo o troppo poco accresce il rischio di veder aumentati i livelli di glucosio, mentre se si dorme poco i livelli di insulina diminuiscono.

<http://care.diabetesjournals.org/content/early/2011/09/19/dc11-1093.abstract?sid=fc65df2a-c9df-4390-be68-33d0ced8d84>

* * *

La depressione è un importante fattore per il rischio ictus

I ricercatori della Harvard School of Public Health hanno rilevato che la depressione aumenta il rischio di ictus del 45% e il rischio di morire per ictus del 55%. Lo studio pubblicato su JAMA, “Journal of the American Medical Association”, ha preso in esame 28 studi effettuati su circa 317.000 pazienti e ha evidenziato 8478 casi di ictus (morbilità e mortalità) nel corso di un follow-up durato da 2 a 29 anni. Secondo i ricercatori le persone depresse hanno scarsa cura di

se stessi, non curano la propria alimentazione, sono scarsamente propensi a svolgere attività fisica; a causa della depressione spesso dimenticano di prendere i farmaci e la mancata terapia per l'ipercolesterolemia o l'ipertensione sono tutte condizioni che predispongono all'ictus.

<http://jama.ama-assn.org/content/306/11/1241.short>

* * *

Gli effetti dell'inquinamento associati al rischio infarto

Elevati livelli di gas inquinanti aumentano il rischio di incorrere in un infarto miocardico e l'effetto nocivo dura fino a sei ore dopo l'esposizione. Con uno studio pubblicato sul "British Medical Journal" i ricercatori della London School of Hygiene and Tropical Medicine (Regno Unito), guidati da Krishnan Bhaskaran, hanno raccolto i dati di 79.288 casi di attacco di cuore registrati tra il 2003 e il 2006 e li hanno comparati con i livelli di esposizione all'inquinamento degli stessi soggetti, rilevando che il rischio cresce di un ulteriore 5% se l'esposizione all'inquinamento passa da "bassa" a "moderata" nelle successive sei ore, e che un aumento ulteriore si riscontra quando si passa da livelli di inquinamento "alti" a "molto alti".

<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d5531>

* * *

Una sostanza di difesa della coccinella è utile contro TBC ed Escherichia Coli

La coccinella "arlecchino", scientificamente conosciuta come *Harmonia axyridis*, è tra le specie di coccinelle più aggressive esistenti introdotta in molti Paesi come agente di controllo biologico, ma che si è dimostrata una specie invasiva che minaccia la biodiversità delle coccinelle indigene. L'organismo della coccinella arlecchino è in grado di produrre un composto di difesa che si è dimostrato efficace contro agenti patogeni come il batterio che provoca la tubercolosi, il *Mycobacterium tuberculosis*, l'*Escherichia coli*, tipico di molte infezioni intestinali, l'Mrsa (*Methicillin-resistant staphylococcus aureus*) responsabile di diverse infezioni, e ha dato buoni risultati anche contro il parassita della malaria, il *Plasmodium*. La scoperta, pubblicata su "Biology Letters", è stata effettuata dagli studiosi dell'Università di Wurzburg, in Germania.

<http://rsbl.royalsocietypublishing.org/content/early/2011/09/14/rsbl.2011.0760.abstract?sid=16eeco37-oab2-47fo-84d2-fbe2de7234bo>

* * *

Placebo e antidolorifici hanno elementi in comune

Scienziati italiani hanno scoperto che l'effetto placebo sfrutta lo stesso meccanismo d'azione del farmaco che imita e che contro il dolore ci sono due placebo che agiscono con meccanismi d'azione distinti a seconda della classe di antidolorifici presi in precedenza dal paziente: l'effetto placebo analgesico, cioè, può funzionare sia come gli oppioidi (morfina), sia come gli antinfiammatori (aspirina etc). Lo dimostra una ricerca condotta da Fabrizio Benedetti dell'Università di Torino, super-esperto di studi sul placebo che ha anche mostrato che l'effetto placebo può essere indotto e rinforzato dal rapporto medico paziente. La sua ultima ricerca, pubblicata sulla rivista "Nature Medicine", mostra anche che l'effetto placebo analgesico 'svanisce' se si blocca il recettore (CB1) su cui agisce il vero farmaco antinfiammatorio. Insomma è come dire che il placebo e il farmaco funzionano attivando lo stesso recettore. Gli esperti hanno somministrato a pazienti due tipi di antidolorifici, gli oppiacei e gli antinfiammatori: i primi agiscono sui recettori degli oppioidi i secondi attivano il recettore CB1 degli

endocannabinoidi. Poi gli esperti hanno sostituito gli antidolorifici con pillole identiche ma finte, quindi con dei placebo, naturalmente all'insaputa dei pazienti. In questi il placebo ha funzionato e Benedetti ha mostrato che i 'due' placebo agiscono con meccanismi d'azione ciascuno identico a quello del farmaco che il paziente ha preso in precedenza. Infatti se si dà insieme al placebo un inibitore di CB1 (rimonabant) si blocca solo l'effetto placebo legato agli antinfiammatori e non quello legato agli oppiacei. È come se il farmaco vero lasciasse una memoria del suo meccanismo d'azione, quindi il placebo funziona esattamente sfruttando il meccanismo d'azione di quel farmaco.

* * *

Prestazioni sanitarie: il 63% degli italiani accede via web

Il 63,33% degli italiani ha la possibilità di conoscere online i tempi di attesa e la prima disponibilità di prestazioni diagnostiche e visite specialistiche. Avviene nelle strutture sanitarie pubbliche di Basilicata, Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Trento e Valle d'Aosta e nelle 41 aziende sanitarie delle Regioni non organizzate. La rilevazione sull'utilizzo dei siti web, condotta tra giugno e settembre 2010, è dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas), che prevede di estendere la possibilità di informazioni su un numero di prestazioni maggiore (interventi chirurgici/procedure invasive, radioterapia, etc.), su tutti gli erogatori, pubblici e privati accreditati, sia in ambito istituzionale che di libera professione intramoenia.

* * *

Certificazione di malattia

Agli Ordini dei Medici delle provincie dell'Emilia Romagna
Loro sedi

Nell'ambito delle nuove procedure di telematizzazione della certificazione di malattia, la Direzione Generale INPS considera fondamentale il rapporto con gli Ordini dei Medici. A tal fine e nell'ottica di un migliore e proficuo scambio di informazioni per il miglioramento dell'attività e del servizio relativo alla certificazione della malattia per i lavoratori, si inoltra, in allegato, il messaggio n. 18654 del 30 settembre scorso, relativo alla informativa ai medici sulle casistiche di invalidità della certificazione emessa. Vi chiediamo di darne la opportuna diffusione ai vostri iscritti.

Con i migliori saluti

Giuseppe Greco (Direttore regionale)

Allegato:

Direzione Centrale Prestazioni a Sostegno del Reddito Coordinamento Generale Medico Legale
Roma, 30-09-2011

Messaggio n. 18654

OGGETTO: INFORMATIVA AI MEDICI – CERTIFICAZIONE DI MALATTIA

Ai Direttori Regionali

Nell'ambito della telematizzazione della certificazione di malattia assume un ruolo fondamentale il rapporto con gli Ordini dei Medici e con le diverse Associazioni dei medici di famiglia; in tale contesto di proficua collaborazione si è avvertita l'esigenza di informare detti interlocutori in merito alle attività che l'Istituto pone in essere qualora dall'esame dei certificati pervenuti vengano riscontrate anomalie codificate. In premessa, è bene specificare che la certificazione, per essere idonea a comprovare lo stato di malattia indennizzabile, deve contenere elementi essenziali obbligatori che, se omessi o incompleti, la rendono invalida. In passato – e ancora oggi per la parte residuale di certificati cartacei – il certificato compilato a mano poteva presentare diverse tipologie di anomalie, quali assenza di date o di diagnosi o persino di anagrafica;

alcune di queste sono sanabili, altre sono tali da rendere nulla la certificazione. L'apposizione del codice di anomalia in procedura comportava, e comporta ancora, l'invio in automatico di lettere indirizzate ai lavoratori per le conseguenti rettifiche. Oggi, con la telematizzazione del certificato sono possibili solo due tipi di anomalie:

- anomalia CM5 - diagnosi non comprovante incapacità al lavoro;
- anomalia A - anomalia generica (informazioni ad esempio non esplicative della diagnosi, ovvero diagnosi incomplete del tipo: "gravidanza", "trauma", "intervento", "disfonia", etc. Si veda la pag. 54 del *Manualecertnew*).

Tali anomalie continuano ad essere segnalate ai lavoratori con specifica lettera che, dunque, non rappresenta nessuna novità rispetto al passato, ma costituisce una semplificazione, essendosi ridotte le possibili cause di anomalie. La necessità della azione informativa è dovuta a segnalazioni pervenute da parte dei medici e ad articoli di stampa che denunciano situazioni irrisolte indicate come pregiudizievoli per i lavoratori, ma che, in realtà, sono agli stessi favorevoli e finalizzate a consentire opportune rettifiche utili a rendere validabile la certificazione presentata. Ciò considerato, le Direzioni regionali avranno cura di prendere immediatamente contatti con le rappresentanze territoriali degli Ordini dei medici e delle diverse Associazioni dei medici di famiglia, informandoli sui contenuti del presente messaggio.

Il Direttore Generale Nori

* * *

Il 70% degli errori medici è dovuto a carenze del ssn

"Studi internazionali hanno già verificato che il 70% dei presunti casi di malasanità è dovuto a disfunzioni e carenze organizzative del sistema sanitario". A rispondere ai dati della Commissione parlamentare d'inchiesta sui casi di presunti errori nella sanità italiana è Massimo Magnanti, segretario dello Spes, Sindacato professionisti emergenza sanitaria, che aggiunge: "Addossare la colpa degli errori ai medici è troppo semplicistico. Spesso, la categoria lavora in strutture vecchie, con gravi carenze di personale che ne compromettono la qualità dei servizi erogati. Inoltre - avverte Magnanti - da sempre denunciavamo alle Istituzioni la gravità di alcune situazioni ormai arrivate al collasso. Ma non siamo stati ascoltati, si sarebbero potuti prevenire molti casi di malasanità". Per quanto riguarda i casi di malasanità nel settore dell'emergenza Magnanti ci tiene a precisare che "alcune recenti indagini del Tribunale per i diritti del malato su questo tema hanno evidenziato come il pronto soccorso non sia ai primi posti nelle denunce per risarcimento. Ma - sottolinea l'esperto - viene dopo altre specialistiche come chirurgia, ortopedia e cardiologia".

* * *

Usa, antidepressivi molto diffusi tra i giovanissimi

Negli Stati Uniti un adolescente su 25, nella fascia tra i 12 ed i 17 anni, assume farmaci antidepressivi della classe degli inibitori della ricaptazione della serotonina (Ssri). Il dato emerge da un'indagine realizzata dai Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie di Atlanta (Cdc), che ha monitorato 12.000 cittadini tra il 2005 ed il 2008, tra cui molti giovani. Il fenomeno riguarda anche la fascia adulta, in cui uno su 10 ricorre a questo tipo di terapia per gestire la depressione, ma la realtà, secondo gli esperti del Cdc è che solo un terzo degli americani che hanno chiari sintomi depressivi sono in cura. «C'è un sacco di gente che sta male psicologicamente, ma solo pochi assumono i medicinali necessari», sostiene Laura Pratt, l'epidemiologa che ha condotto la ricerca. Valutando il profilo dei pazienti in terapia con gli Ssri, i ricercatori hanno notato che non c'erano differenze nelle condizioni socio-economiche e il consumo dei farmaci era omogeneo tra fasce di popolazione benestanti e quelle meno abbienti. Quello che invece faceva la differenza era il genere e l'etnia d'origine: donne e cittadini di razza bianca

assumevano gli Ssri con più frequenza degli afro-americani, degli ispanici e degli uomini in generale.

* * *

Usa: antidolorifici uccidono più della droga. Quadruplicate le morti in 10 anni

Triplicata la vendita di oppioidi e narcotici negli Stati Uniti dal 1999 al 2011.

In 10 anni quasi quadruplicati i decessi legati all'overdose da questi farmaci: erano 4.000 nel 1999 e sono diventati 14.800 nel 2008, quasi 40 morti al giorno.

Questi i dati del rapporto di Centers for Disease Control and Prevention (Cdc) che rivela come nel 2009 sono state 475.000 le richieste di soccorso di emergenza per abuso di questi farmaci. Queste sostanze, secondo gli esperti americani, provocherebbero ormai più morti che per eroina e cocaina. E proprio come eroina e cocaina, possono creare una forte dipendenza.

(The Wall Street Journal online - 02/11/2011)

* * *

7,6 milioni di bambini morti l'anno sotto 5 anni - 2/3 potrebbero salvarsi con interventi semplici e poco costosi

Ogni anno nel mondo muoiono 7,6 milioni di bambini con meno di 5 anni a causa di polmoniti, diarrea, malaria e problemi di salute nel primo mese di vita.

Ma i 2/3 di queste morti potrebbero essere evitati con interventi semplici e poco costosi, come rileva l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Cruciali per la sopravvivenza sono i primi 28 giorni di vita, quando le probabilità di perdere la vita sono maggiori.

Circa il 40% dei decessi nei bambini avviene proprio in quel periodo.

* * *

Salute: social network "agrodolci" per i malati, studio promuove Facebook

Social network "gioia e dolore" dei cybernauti malati. Per alcuni queste reti di contatti su Internet possono rivelarsi molto utili, con aggiornamenti continui e la possibilità di contattare specialisti e consulenti "doc", anche lontani da casa, ma per altri possono rappresentare un rischio. È quanto emerge da due diversi studi presentati al meeting dell'American College of Gastroenterology in corso a Washington DC. Il primo lavoro mette in luce i benefici di Facebook per i pazienti sopravvissuti al cancro dell'esofago, mentre il secondo evidenzia i rischi di disinformazione in cui può incappare chi soffre di malattie infiammatorie dell'intestino, navigando su YouTube.

I ricercatori della Mayo Clinic in Florida hanno scoperto che Facebook è una risorsa importante per i pazienti e i familiari che si trovano ad affrontare decisioni importanti dopo la diagnosi di cancro esofageo. "Abbiamo lavorato con successo con un gruppo fortemente motivato di 65 pazienti che sono stati diagnosticati e trattati per cancro esofageo e displasia di Barrett", ha spiegato Herbert Wolfsen. Obiettivo del progetto era quello di creare una comunità online attraverso un gruppo su Facebook, per assistere i pazienti e le famiglie, aiutandoli a prevedere e affrontare le sfide rappresentate da chirurgia e fase post-operatoria. Dal 2008 Wolfsen e il suo team hanno reclutato i pazienti e le loro famiglie in un gruppo interattivo della Mayo Clinic su Facebook. La pagina di discussione ha aiutato i malati e i familiari ad affrontare questioni

delicate come la dieta, i problemi di deglutizione e il rigurgito, fornendo anche opzioni di trattamento e un supporto mirato durante il recupero. In un secondo studio, i ricercatori della Cleveland Clinic Foundation hanno analizzato i primi 100 video sulle Ibd (malattie infiammatorie intestinali) più visti su YouTube. Scoprendo che i contenuti postati sul web erano decisamente "poveri" e poco precisi, o addirittura errati. "I medici e i loro pazienti devono essere consapevoli delle informazioni fuorvianti pubblicate dai malati stessi o dalle aziende farmaceutiche, che spesso postano video per farli apparire come filmati di pazienti quando invece in realtà si tratta di pubblicità aziendali", sostiene Saurabh Mukewar. Insomma, "queste fonti non sono trasparenti". La malattia di Crohn e la colite ulcerosa sono le forme più comuni di malattia infiammatoria intestinale, e riguardano oltre 1,4 milioni di americani. Ebbene, secondo lo studio, è opportuno essere molto cauti quando si scarica un video sul tema da YouTube.

* * *

Il 50% delle polmoniti si prende in ospedale - Studio su 2.000 pazienti: ed è la forma più grave

Quasi il 50% delle polmoniti viene contratto in ospedale. È ciò che risulta dallo studio sulle Polmoniti, condotto su circa 2.000 pazienti di 55 reparti di Medicina Interna d'Italia e presentato al 112° congresso nazionale della Società italiana di medicina interna (Simi) a Roma. Il 18% delle polmoniti è "nosocomiale", ossia si contrae per un'infezione acquisita in ospedale (Hospital-acquired pneumonia); il 30% insorge in soggetti che hanno frequenti contatti con le strutture sanitarie: day hospital, istituti di riabilitazione o per malati cronici anziani (Health care-associated pneumonia).

Solo il 61,6% dei pazienti si ammala fuori dagli ospedali, "in comunità" (Community-acquired pneumonia). Un dato ancora più allarmante è che il tasso di mortalità di chi contrae la polmonite nosocomiale (Hap) è del 18%, quasi pari a quello dei soggetti che vengono contagiati durante un day hospital o altre procedure sanitarie (Hcap), il 17%. Invece, la mortalità di chi si ammala di polmonite fuori dall'ospedale (Cap) è bassissima: il 7%. Chi prende la polmonite durante un ricovero impiega inoltre più tempo per guarire: 19 giorni contro i 15 di chi contrae la malattia in comunità.

"La polmonite nosocomiale (Hap) e quella che insorge in comunità ma che è associata a procedure sanitarie (Hcap) sono le più gravi, in quanto causate dagli stessi batteri che si sviluppano negli ambienti ospedalieri e si selezionano, diventando molto più resistenti agli antibiotici che qui vengono usati in dosi importanti" spiega Mario Venditti del dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive al Policlinico Umberto I e professore associato della I Facoltà di Medicina e Chirurgia all'Università La Sapienza di Roma.

* * *

Ricerca medici e formatori infermiere in terapia intensiva, respiratoria e coronarica per progetto con Ministero Salute iracheno

L'ICU avvierà con il Ministero della Sanità iracheno a partire da gennaio 2012 un progetto di formazione per medici e infermiere nei principali ospedali di Baghdad (general training hospitals e ospedali specialistici), di Erbil e del resto del paese (formazione da erogarsi a Baghdad o Erbil), nelle unità di terapia intensiva di tipo ICU-intensive care unit, RCU-respiratory care unit e CCU-coronary care unit.

Si tratta di attività da eseguirsi in loco (Baghdad e Erbil) inviando personale specialistico in materia che parli bene inglese e abbia le necessarie competenze per dare formazione a

medici e a infermiere (teorica e pratica), personale questo il cui livello è comunque già discreto (superiore a quello che si trova generalmente nei paesi in via di sviluppo).

Cerchiamo:

– almeno 20 medici che possano stare sul posto per tutta la durata del progetto (3 anni a partire da gennaio 2012) e incaricarsi anche di programmare i moduli di formazione e le missioni degli altri medici.

– altre 60 persone, sia medici sia formatori di infermiere, delle diverse specialità (ICUs, RCUs, CCUs) che possano stare per un periodo variabile non inferiore a 1 mese.

Caratteristiche:

Esperienza di almeno 5 anni (non neo-specializzati), verosimilmente dai 35 anni in su. Sono gradite anche persone prossime alla pensione o già pensionate. Richiesto inglese lavorativo buono. Utile esperienza nel mondo anglo-sassone (il sistema sanitario iracheno è improntato su quello inglese).

Condizioni:

Sicurezza adeguata: alloggio Sheraton di Baghdad o miglior albergo di Erbil, personale di sicurezza sul posto. Condizioni economiche da vedere caso per caso.

Il Ministero degli Esteri Italiano e l'Ambasciata Italiana a Baghdad daranno il loro supporto diplomatico all'iniziativa.

Inizio progetto: Gennaio 2012

Contatti: Dr. Andrea Vigevari – Segretario Generale ICU andrea.vigevari@icu.it - +39 06 9393 8367

* * *

Aggiornamento e completamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope

Comunicazione n. 59 - Ai Presidenti degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Ai Presidenti delle Commissioni per gli Iscritti all'albo degli Odontoiatri - Loro sedi

Il Ministero della Salute, con l'allegato D.M. 2 agosto 2011, pubblicato sulla G.U. n. 180 del 4 agosto 2011, ha disposto il trasferimento dell'amfepramone (dietilpropione) e della fendimetrazina dalla Tabella 8 alla Tabella I. Pertanto, a decorrere dal 05.08.2011, ne è vietata in Italia la fabbricazione, l'importazione e il commercio, anche attraverso la vendita via Internet, ed è fatto divieto ai farmacisti di eseguire preparazioni magistrali contenenti amfepramone (dietilpropione) e/o fendimetrazina e i medici sono tenuti ad astenersi dal prescriverele.

La Federazione ritiene opportuno segnalare che l'esperienza ormai maturata ha ormai pienamente confermato la pericolosità di questi preparati per la salute dei cittadini, spesso attratti da farmaci che consentirebbero di raggiungere lo scopo del dimagrimento.

Occorre considerare che alcune delle molecole, spesso rinvenibili nei preparati magistrali anoressigeni, sono state ritirate dal commercio perché ad alto rischio di tossicità (ipertensione polmonare primitiva e valvulopatie cardiache con fenfluramina, dexfenfluramina, fendimetrazina e altri anfetaminici; ictus cerebrale emorragico con i simpaticomimetici). Inoltre non hanno dimostrato di mantenere la riduzione del peso nel lungo periodo, né di ridurre morbidità e mortalità correlate all'obesità. Pertanto le prescrizioni di preparati galenici di cui si parla sono non solo prive di "evidenza" scientifica e gravate da una tossicità inaccettabile, ma anche sprovviste di un razionale che le renda plausibili.

Vi preghiamo, pertanto, di dare opportuna informativa ai Vostri iscritti del nuovo quadro normativa cui abbiamo fatto riferimento.

Cordiali saluti - IL PRESIDENTE Dott. Amedeo Bianco

Atto completo

Ministero Della Salute - Decreto 2 Agosto 2011

Aggiornamento e completamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e

successive modificazioni ed integrazioni. Ricollocazione in tabella I delle sostanze Amfepramone (dietilpropione), Fendimetrazina, Fentermina e Mazindolo. [11AI0727]

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visti gli articoli 2, 13 e 14 del decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modifiche e integrazioni, recante il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione.

Visto che in tabella I trovano collocazione le sostanze con forte potere tossicomaniogeno e suscettibili di abuso, tra cui le sostanze di tipo amfetaminico ad azione eccitante sul sistema nervoso centrale;

Premesso che in tabella II sono incluse le sostanze utilizzate per la preparazione di medicinali. Tenuto conto che in Italia risultano revocate tutte le specialità medicinali a base di Amfepramone (dietilpropione), Fendimetrazina, Fentermina e Mazindolo ed in particolare le specialità medicinali a base di Amfepramone (dietilpropione) sono state precedentemente sospese per motivi attinenti a rischi d'impiego.

Considerato che nonostante la revoca delle relative specialità medicinali le sostanze Amfepramone (dietilpropione), Fendimetrazina, Fentermina e Mazindolo risultano ancora impiegate in preparazioni magistrali nella terapia dell'obesità.

Vista la legge 8 aprile 1998, n. 94 recante la conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria;

Visto il decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante l'attuazione della direttiva 2001/83/CE (le successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE.

Considerato che le preparazioni magistrali non sono oggetto di farmacovigilanza, ai sensi del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, e ciò non consente una adeguata valutazione dei rischi connessi all'uso di sostanze anoressizzanti impiegate nella terapia dell'obesità.

Vista la nota del 28 giugno 2011 del Dipartimento per le politiche antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri con la quale, in risposta a richiesta di informativa sui pericoli derivanti dall'uso di anoressizzanti nel trattamento dell'obesità inoltrata dal Ministero della salute in data 10 giugno 2011, ha trasmesso il competente parere dell'Istituto Superiore di Sanità, per gli aspetti bio-tossicologici, e la relazione del Centro Antiveneni di Pavia, per gli aspetti clinico-tossicologici, ottenuti attraverso il Sistema nazionale di allerta precoce e risposta rapida per le droghe.

Visto il parere tecnico-scientifico espresso dall'Istituto superiore di sanità allegato alla nota del 28 giugno 2011 del Dipartimento per le politiche antidroga presso la Presidenza del consiglio dei Ministri, sulla scarsa efficacia terapeutica della Fendimetrazina come anoressizzante con un rapporto beneficio/rischio decisamente sfavorevole, sui possibili gravi effetti collaterali anche dopo pochi giorni di trattamento, sul rischio concreto di sviluppo di tolleranza con possibile dipendenza fisica e forte dipendenza psicologica, ravvisando l'opportunità di ricollocare la Fendimetrazina in Tabella I e, per analogia, anche le sostanze Amfepramone (dietilpropione), Fentermina e Mazindolo.

Vista la relazione del Centro Antiveneni di Pavia, allegata alla nota del 28 giugno 2011 del Dipartimento per le politiche antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, che riferisce l'individuazione, nel periodo dal 1 gennaio 2007 al 31 maggio 2011, di 48 casi di intossicazione da sostanze anoressizzanti, di cui 17 casi, tra cui un decesso, ascrivibili all'assunzione della Fendimetrazina da sola o in associazione, a scopo dimagrante;

Considerato il rischio concreto per la salute pubblica rappresentato dalla diffusione della Fendimetrazina come molecola anoressizzante e il potenziale effetto tossico derivante dall'effetto amfetamina-simile;

Sentito il Consiglio superiore di sanità che, nella seduta del 12 luglio 2011, ha espresso parere favorevole alla ricollocazione delle sostanze Amfepramone (dietilpropione), Fendimetrazina, Fentermina e Mazindolo, nella Tabella I delle sostanze stupefacenti e psicotrope del decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309.

Sentito il Dipartimento per le politiche antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri

che, in data 29 luglio 2011, ha espresso parere favorevole alla ricollocazione delle sostanze Amfepramone (dietilpropione), Fendimetrazina, Fentermina e Mazindolo, nella Tabella I delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Decreta:

Art. 1

1. Nella tabella I di cui all'articolo 14 del decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, sono aggiunte, secondo l'ordine alfabetico, le seguenti sostanze:

- Amfepramone, denominazione comune 2-(dietilamino)propiofenone, denominazione chimica Dietilpropione, altra denominazione Fendimetrazina, denominazione comune
- (+) [2S,3R]-3,4-dimetil-2-fenilmorfolina, denominazione chimica
- Fentermina, denominazione comune
- Alfa,alfa-dimetilfeniletilamina, denominazione chimica
- Mazindolo, denominazione comune
- 5-(para-clorofenil)-2,5-diidro-3H-imidazo[2,1-a]isoindol-1-one, denominazione chimica.

Art. 2

1. Dalla tabella II sezione B di cui all'articolo 14 del decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, sono eliminate le seguenti sostanze:

- Amfepramone, denominazione comune
- 2-(dietilamino)propiofenone, denominazione chimica
- Dietilpropione, altra denominazione
- Fendimetrazina, denominazione comune
- (+) [2S,3S]-3,4-dimetil-2-fenilmorfolina, denominazione chimica
- Fentermina, denominazione comune
- Alfa,alfa-dimetilfeniletilamina, denominazione chimica
- Mazindolo, denominazione comune
- 5-(para-clorofenil)-2,5-diidro-3H-imidazo[2,1-a]isoindol-1-one, denominazione chimica.

Art. 3

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Roma, 2 agosto 2011

Il Ministro: Fazio

* * *

la riduzione del sale avrebbe effetti modesti sulla salute

Gli sforzi per spingere la gente a ridurre la quantità di sale nelle pietanze per tenere bassa la pressione sanguigna potrebbero non dare i risultati sperati in termini di vite salvate da ictus e infarto. Lo sostiene un mega-studio dell'Università di Copenaghen (Danimarca) che ha condotto per Cochrane Collaboration una revisione di 167 ricerche svolte tra il 1950 e il 2011 dedicate al legame tra sodio e malattie cardiovascolari e dirette a confrontare tra soggetti che consumavano diete a basso contenuto di sale o ad alto contenuto di sodio. I risultati raccolti da Niels Graudal contraddicono la tesi dominante secondo cui tagliare la quantità di sale avrebbe effetti migliorativi sulla pressione sanguigna e quindi sulla salute pubblica. I dati, riportati dall'"American Journal of Hypertension", sostengono che è vero che i limiti al sodio comportano una riduzione dei livelli di pressione in tutti e due i gruppi esaminati, ma comportano anche un innalzamento di altri fattori di rischio per le malattie cardiache, come ad esempio livelli di colesterolo, trigliceridi, adrenalina e renina, un ormone prodotto dalle cellule del rene e coinvolto nel controllo della pressione sanguigna.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004022.pub2/abstract>

* * *

Scoperto il meccanismo che blocca le risposte immunitarie fuori controllo

Uno studio messo a punto dall'Università di Milano-Bicocca e dall'Harvard Medical School di Boston ha svelato come per una completa difesa dell'organismo contro i batteri patogeni risulta fondamentale la presenza di Cd14. È una proteina che si trova sulla superficie delle 'cellule dell'immunità innata' che costituiscono la nostra prima linea di difesa dell'organismo. La ricerca è stata pubblicata sulla rivista "Cell". Il lavoro ha messo in luce un nuovo meccanismo molecolare dipendente dalla Cd14 per la produzione di un particolare gruppo di proteine, gli interferoni di tipo I, in grado di ostacolare l'infezione di batteri come ad esempio l' E. Coli. "È possibile pensare – affermano i ricercatori – di creare molecole specifiche in grado di bloccare la Cd14, eliminando così la produzione di interferoni, principale causa dello 'shock' settico". Gli scienziati hanno messo in evidenza come i batteri incriminati per lo 'shock' settico "hanno sulla loro superficie una molecola, il lipopolisaccaride (Lps), che viene riconosciuto da un recettore presente sulle cellule del sistema immunitario, il Tlr4, in grado di mandare dei segnali di pericolo all'organismo e la cui scoperta, avvenuta più di dieci anni fa, è valsa quest'anno il Premio Nobel per la medicina. L'importanza del Tlr4 – spiegano – è data dal fatto che, una volta attivato, è in grado di scatenare tutta una serie di segnali, tra cui la produzione di interferoni, che portano al controllo e all'eliminazione dell'infezione". "Cell" 147, 868-880, November 11, 2011

* * *

Una corretta igiene dentale riduce il rischio di infarto e ictus

Una corretta igiene dentale riduce il rischio di disturbi cardiovascolari. A suggerirlo sono due ricerche presentate all'American Heart Association's Scientific Sessions 2011 di Orlando (Stati Uniti). Secondo Emily Chen e Hsin-Bang Leu del Veterans General Hospital di Taipei (Taiwan) chi effettua almeno una pulizia dentale all'anno ha un rischio di infarto e di ictus inferiore, rispettivamente, del 24 e del 13%. Anders Holmlund del Centre for Research and Development of the County Council of Gavleborg (Svezia) ha scoperto invece che soffrire di gravi forme di parodontite – un'infezione delle gengive che può portare alla perdita dei denti – e avere meno di 21 denti aumentano il rischio di infarto, rispettivamente, del 53 e del 69%, e che la probabilità di incorrere in uno scompenso cardiaco aumenta di 2,5 volte per chi ha un numero di denti ridotto, mentre quello di ictus aumenta di 2,1 volte in chi soffre più spesso di sanguinamenti gengivali.

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 17 novembre 2011

Cognome - Nome	Indirizzo	Te lefono
AMBROSINO MANUELA	Via Meucci, 4 – Bologna	329/20.76.722
ARENA ROSARIO	Via Zamenhof, 3 – Bologna	329/62.47.937
BAGNATO FRANCESCA	Via G.Papini, 26 – Bologna	349/56.38.510
BARBALACE CLARA	Via Libia, 62 – Bologna	320/81.70.881
BERTONCELLI SARA	Via Mondolfo, 9 – Bologna	051/45.26.17 340/54.22.924
BERTONCELLI MARCO	Via Mondolfo, 9 – Bologna	339/22.98.893
BIAZZO DANIELA	Via Corticella, 192 – Bologna	349/56.64.115
CARDIGLIANO MARIA ANGELA	Via Capo di Lucca, 3 – Bologna	347/44.90.012
CARETTO VALENTINA	Via Masia, 213 – Bologna	328/72.67.342
CAROBOLANTE RICCARDO	Via Ferrarese, 167 – Bologna	333/33.32.340
D'ECCLESIA ANNA RITA	Via Orlandi, 3 – S.Lazzaro di Savena	051/04.10.327 348/95.00.814
DEGLI ESPOSTI CLAUDIA	Via B.Gigli, 14 – Bologna	051/58.73.902 328/72.03.370
DI FEDERICO CRISTINA	Via Cialdini, 17 – Ancona	338/33.52.467
DI TULLIO PIERGIORGIO	Via L.Visconti, 1/b – Ferrara	328/95.64.040
GALANTE CLAUDIO	Via Galliera, 66 – Bologna	392/20.74.441
GEROCARNI BEATRICE	V.le Felsina, 7 – Bologna	051/99.14.563 338/32.27.405
GIROTTI GAIA	Via della Cà Bianca, 3/8 – Bologna	051/63.41.218 349/66.17.114
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	338/16.14.287
IMERI ALBIONA	Via L.Fasoli, 11 – Bologna	340/05.04.485
MALORGIO ANTONIO	Via Pergolesi, 5 – Bologna	320/05.09.749
MASTROROBERTO MARIANNA	Via de' Castagnoli, 5 – Bologna	051/199.86.157 347/27.98.906 328/01.93.878
MENNA MARA	Via Bentivogli, 4 – Bologna	349/77.63.286 349/77.63.286
MINELLI GIULIA	Via Oberdan, 21 – Bologna	347/17.80.063
MONTORI MARIA	Via Gobetti, 17 – Bologna	329/98.64.870
MUSCI MARIANGELA	Via G.Emanuel, 13 – Bologna	328/09.43.015
NIKOLLAU NIKOLETA	Via Barozzi, 4 – Bologna	320/67.75.921
PALAI A VINCENZO	Via Massarenti, 43 – Bologna	340/66.86.310
PAOLUCCI ELISA	Via Massarenti, 50 – Bologna	338/45.13.908
PAPOUTSI SYLVANA	V.le Ercolani, 5 – Bologna	327/04.97.162
PIGNANELLI FRANCESCA	Bologna	329/61.97.039
PINTO STEFANIA	Via Marsala, 45 – Bologna	348/37.40.384
PORTUNATO ALESSANDRO	Via del Cavaletto, 271 – La Spezia	328/42.13.573
RAMACIERI ANGELA	Via De Carolis, 29 – Bologna	349/43.46.866

RICCIARDELLI ROSSANA	Via Giuseppe Nadi, 18 – Bologna	340/97.54.053
RINALDINI DIEGO	Via dei Noci, 1 – Pesaro	333/79.56.166
ROSSI MARTINA	Via A.Protti, 12 – Bologna	328/89.74.249
RUGHI MORENA	Via C.Pavese, 45 – Bologna	051/47.78.95
		333/47.48.242
SGRO' FEDERICA	Via Gaspare Nadi, 6 – Bologna	338/74.87.968
STAGNI SILVIA	Via S.Ferrari, 24 – Bologna	051/30.66.62
		338/57.17.527
TADDIA MARTINA	Via Asia, 37 – Pieve di Cento	051/97.32.95
		349/87.78.818
TESTA GABRIELLA	Via Melloni, 13 – Bologna	328/45.77.138
VALERIANI GIORGIO	Via Siepelunga, 1 – Bologna	051/62.37.105
		333/72.82.355
XHYHERI BOREJDA	Via Zampieri, 30 – Bologna	347/60.23.001

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
BERRA MARTA	Ostetricia e Ginecologia	338/87.98.897
CANELLA PIERO	Ortopedia e Traumatologia	
	Fisioterapia	338/14.06.026
CUPARDO MARCO	Corso di Formazione	
	in Medicina Generale	338/34.27.985
DEGLI ESPOSTI CLAUDIA	Oncologia	051/58.73.902
		328/72.03.370
DE SANTIS GISELLE	Odontoiatra	051/39.82.09
		347/33.47.194
DI TULLIO PIERGIORGIO	Oncologia Medica	328/95.64.040
GASPARI VALERIA	Dermatologia e Venerologia	051/25.44.89
		339/83.49.236
FERRARI GOZZI	Psichiatria	328/98.10.011
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MASCITTI PAOLA	Anestesia e Rianimazione	329/81.79.190
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente	
	per la Medicina del Lavoro	339/48.19.676
PERRONE LILIANA GIGLIOLA	Corso di Formazione	
	in Medicina Generale	339/33.41.277
PICCOLI LIDA	Chirurgia Generale	347/59.17.472
		072/82.33.30
PUGLIESE SILVIO	Geriatría e Gerontologia	051/62.30.844
		393/52.42.452
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

Giornata del medico 2011

Bologna, 11 dicembre 2011

Aemilia Hotel via Zaccherini Alvisi ore 10,00

Mons. Livio Melina, Preside del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II in Roma, sarà il Relatore per la Giornata del Medico domenica 11 dicembre con la relazione *"La fedeltà etica del medico all'alleanza col malato"*.

Mons. Livio Melina è uno dei massimi esponenti di teologia morale e di bioetica in ambito cattolico.

Corso di Floriterapia Clinica

Bologna, 29 Gennaio, 26, Febbraio, 18 Marzo, 15 Aprile, 13 Maggio, 3 Giugno 2012

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

Segreteria Organizzativa:

Società Italiana di Floriterapia

Tel. 051 441020 – 333 3857130

e-mail: info.sif@libero.it

9° Congresso Nazionale Aist - Tosse: esperti a confronto

Bologna, 3-4 Febbraio 2012

Aula Magna G. Viola - Pad 11

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi

Giovedì 2 febbraio 2012

Il Medico e la gestione del paziente con tosse

08.00: Registrazione partecipanti e Consegna Questionario ECM

8.30: Introduzione, obiettivi e metodologia del percorso formativo - A. Zanasi

9.00: Aspetti neurofisiologici e meccanici del riflesso della tosse - G. Fontana

9.45: Discussione

10.00: Inquadramento eziopatogenetico e diagnostico della tosse - E. Chellini

10.45: Discussione

11.00: Pausa caffè

11.20: La tosse nel paziente pediatrico - F. Bernardi

12.05: Discussione

12.20: Discussione interattiva 1° Caso clinico

13.00: Pausa

14.00: Approccio clinico strumentale della tosse in ORL - U. Caliceti

14.45: Discussione

15.00: Il contributo del Gastroenterologo nella gestione della tosse cronica - F. Baldi

15.45: Discussione

16.00: Pausa caffè

16.20: I farmaci nella terapia della tosse - A. Zanasi

17.05: Discussione

17.20: Discussione interattiva 2° caso clinico

17.50: Termine lavori e compilazione questionario ECM

Venerdì 3 febbraio 2012

08.30: Registrazione partecipanti e Consegna Questionario ECM

09.00: Saluto di benvenuto e introduzione al Congresso - A. Zanasi

09.30: Tributo a John G. Widdicombe (1925-2011) - G. Fontana

Tosse come sindrome da ipersensibilità

10.00: Pro - A. Morice

10.20: Contro - L. Mc Garvey

10.40: Discussione

10.55: Coffee Break

Tosse ed antibioticotераpia

11.20: Tosse: antibiotico sì - A. Potena

11.40: Tosse: antibiotico no - F. Tumietto

12.00: Discussione

Anticolinergici e tosse

12.15: Impiego dell'Ipratropium e salbutamolo nella tosse post-infettiva - A. Zanasi

12.35: Discussione

13.20: Pausa pranzo

12.50: Tiotropium e tosse (relazione non inclusa nel programma formativo ECM) - M.P. Pieper

13.10: Discussione

13.20: Pausa pranzo

Tosse e GERD

14.30: Diagnostica della tosse da reflusso - F. Baldi

14.50: Ruolo della terapia farmacologica nella tosse da reflusso: review - S. Birring

15.05: Discussione

La tosse nel bambino

15.20: La tosse in ambito pediatrico: review - S. Cazzato

15.40 La tosse acuta nel bambino: studio osservazionale - F. De Blasio

16.00: Discussione

16.15: Coffee Break

Presentazione orale Poster

16.30: Presentazione orale e discussione

17.45: Chiusura lavori 1a Giornata

Sabato 4 febbraio 2012

Hot Cough

09.00 Update sull'incidenza della tosse - G. Viegi

09.20 Tosse e radicali liberi - C. Braga

09.40 "Urge to Cough" Significato e Meccanismi - P. Dicpinigaitis

10.00 Controllo farmacologico della tosse con VRP700 - C. Magni

10.20 Discussione

10.35 Lettura Magistrale -

Tosse cronica: la gestione degli insuccessi - K. Fan Chung

11.05 Coffee break

Tosse, asma e BPCO

11.20 BPCO e inquinamento: studio "Respirare Bologna" - P. Hrelia

10.40 Nuova Imaging nella BPCO - M. Zompatori

12.00 Prevalenza di TBM e EDAC nell'asma - R. Dal Negro

12.20 La tosse nel paziente tracheotomizzato - P. Ceriana

12.40 Discussione

12.55 Conclusione dei Lavori e Compilazione Questionario ECM

Sede del Congresso

Il Congresso si terrà presso l'Aula Magna G. Viola Pad. 11,

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi

(Via Massarenti, 9 - Bologna)

Il Corso, a numero chiuso, si terrà il giorno 2 febbraio 2012, presso il SISMER

Iscrizione

L'iscrizione è obbligatoria per accedere alle sessioni scientifiche. È possibile registrarsi online sul sito www.iec-srl.it nella sezione EVENTI, cliccando sul convegno prescelto.

Quote di iscrizione (IVA 21% inclusa)

Corso teorico pratico: 300,00 euro

9° Congresso Nazionale AIST: Gratuita

Iscrizione gratuita per Medici Specializzandi e Studenti iscritti al corso di Medicina e Chirurgia.

Per i soci A.I.S.T. è prevista una riduzione di euro 25,00, previa presentazione dell'avvenuto pagamento della quota annuale.

Corso di formazione permanente cod. 8466 A.A. 2011-12 - La Responsabilità e il Contenzioso in Odontoiatria. Aspetti clinici, medico-legali e giuridici

Bologna, 23-24-25 febbraio e 22-23-24 marzo 2012

Dip. di Sc. Odontostomatol. dell'Università di Bologna- Alma Mater Studiorum

Direttore: prof Roberto Scotti

Segreteria Didattica: dott Maria Sofia Rini

Docenti: F. Peccenini, S. Canestrari, D. Vasapollo, M.S. Rini, G. Borea, G. Facci, P. Faccioli, F. Zucchini.

Destinatari: Laureati in: Medicina e Chirurgia-odontoiatri, Odontoiatria e protesi dentaria, Giurisprudenza e Specialisti in Odontoiatria

Obiettivi: Offrire una possibilità di formazione e confronto a professionisti diversi per iter formativo ed attività in materia di contenzioso e responsabilità in ambito odontoiatrico. Si approfondiranno i principali temi della Medicina/Odontoiatria legale, partendo da presupposti giuridici e giurisprudenziali, anche alla luce delle recenti novità in materia

di mediazione/conciliazione. L'ultimo modulo sarà esclusivamente pratico, con analisi di casistica e discussione di casi simulati.

Informazioni: mariasofia.rini@unibo.it; tel 366 6783791; scheda pubblicata su <http://www.unibo.it/Portale/Offerta+formativa/AltaFormazione/default.htm>.

Corso Avanzato di Formazione Teorico Pratico in Odontoiatria Legale - La Responsabilità e il Contenzioso e la Mediazione in Odontoiatria - Aspetti clinici, medico-legali e giuridici

Bologna, 9-10 marzo e 13-14 aprile 2012

Dental Trey - Via Cracovia, 23 - Bologna

Relatore-Coordiatore: dott Maria Sofia Rini

Docenti: F. Peccenini, S. Canestrari, M.S. Rini, G. Borea, G. Facci, P. Faccioli, S. Stefanelli, F. Zucchini.

Destinatari: Laureati in: Medicina e Chirurgia-odontoiatri, Odontoiatria e protesi dentaria Specialisti in Odontoiatria

Requisiti: partecipazione corso formazione specifico/master universitario; corso base di odontoiatria legale

Obiettivi: La notevole crescita del contenzioso in ambito sanitario e le novità in materia di mediazione-conciliazione ha prodotto un rinnovato interesse per le problematiche legate alla responsabilità medica ed odontoiatrica. Interesse che coinvolge ogni singolo professionista. L'abilità tecnica ed operativa non è oggi più sufficiente da sola a gestire correttamente la pratica clinica o una lite. Nasce, così, l'esigenza di approfondimenti di natura clinica, medico-legale, giurisprudenziale ed assicurativa. La peculiarità dell'attività odontoiatrica, il suo crescente coinvolgimento legato a problematiche non solo funzionali, ma anche più estese e complesse rispetto al consueto sentire del rapporto di cura medico-odontoiatra/paziente, sposta la valutazione e l'attenzione su aspetti solo apparentemente marginali, quali quelli dei molteplici approcci terapeutici, ad esito tecnicamente non sempre prevedibile, dell'estetica, degli aspetti merceologici e di consenso a terapie non essenziali e, magari, su minori. Difficile orientarsi tra errori, complicanze, tutele assicurative e diritti da tutelare, e quant'altro a fronte dell'utilizzo di linguaggi spesso difficili da comprendere. Scopo del corso è offrire all'odontoiatra pratico conoscenze specifiche ed all'esperto di odontoiatria legale spunti di discussione, di approfondimento e di aggiornamento.

Informazioni: tel 366 6783791; corsi@sofosdivulgationedellescienze.it; www.sofosdivulgationedellescienze.it.

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

Signora 50enne cerca lavoro part time la mattina con funzioni di segreteria e accoglienza, gestione cartelle mediche, agenda di appuntamenti, banche, ufficio postale, ecc. Uso quotidiano del PC/MC e di tutti i programmi. Ampia esperienza nell'organizzazione congressi (segreteria organizzativa e scientifica) e redazione atti. Per info tel. 335/6141279.

Affittasi ambulatorio (no odontoiatria) a Castelmaggiore centro, ottimo stato, sala d'attesa, 2 bagni, 2 stanze operative. Tel. 347/2486881.

Poliambulatorio autorizzato, non accreditato (C.D.O. s.r.l. via Ortolani 34/F Bologna) piano terra, a norma, accesso handicap, con fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Il Poliambulatorio è dotato di recentissimo ecografo Aloka Prosound alfa 7 4 sonde. Per informazioni tel. 051/547396. Vedi sito www.cdosrl.it. Cercasi ecografisti.

Fronte S. Orsola, affittasi a specialista studio medico di nuova ed accurata ristrutturazione, arredato, condizionato, in signorile condominio. Possibilità affitto anche posto moto in garage. Per info 335/6352373.

Affittasi appartamento S. Lazzaro centro (BO), comodissimo a tutti i servizi, di mq 100 composto da:

ingresso, ampio salone, due camere matrimoniali, cucina, bagno, cantina. Ubicato piano terra, luminoso, privo di barriere architettoniche a canone concordato. Per info tel. 336/339394.

Fronte S. Orsola, affittasi luminoso appartamento arredato, 2° piano in piccolo condominio; ingresso, 2 camere, soggiorno, cucinotto, disimpegno, bagno. Riscaldamento autonomo. Solo referenziati. Per info 335/6352373.

Poliambulatorio attrezzato, zona centro (V. Giorgio Ercolani 10/c, Bologna) piano terra, rende disponibili ambulatori a medici specialisti (e non) anche per singole giornate o mezze gironate (mattino e/o pomeriggio). Per informazioni Tel. 051/557366 (cell 348/6712133) dal lunedì al venerdì 9,30-12,30/14,30-19,30

Si affitta studio medico in pieno centro storico (via Rizzoli). Possibili varie modalità di utilizzo dello stesso. Prezzo interessante. Per informazioni 051/226293.

Vendo colposcopio Zeiss in perfette condizioni e ogni attrezzatura per ginecologia. Dott.ssa Roberta Nuzzi. Per info 335/6163992.

Affittasi miniappartamento splendidamente arredato, canone 650 euro, via Treves Bologna. Telefono 320/9749169.

Ragazza neolaureata cerca lavoro come segretaria presso studio medico. Disponibilità part/full time. Massima serietà. Per info chiamare il 340/3515170.

Vendo Elettrocardiografo telema-

tico "CARDIOVOX P12" in grado di registrare tracciati e di inviarli via telefono ad una centrale operativa che poi spedisce il referto via fax/mail con possibile consulenza cardiologica. Tel. 368/3167055.

Affittasi via Zaccherini Alvisi (palazzo Ordine Medici) appartamento 4° piano con ascensore in stabile signorile con portiere. Ben arredato. Ingresso, soggiorno con balcone, aria condizionata, cucina, ampia camera, bagno, cantina. Per info tel. 333/1603183.

Zona Murri - Sterlino cedesi studio odontoiatrico aturoizzato ed attrezzato - Avviamento plurienale. Per info Tel. 051/6235454 - Cell. 339/1492258.

Studio medico via Mazzini, ampia possibilità di parcheggio rende disponibili ambulatori a specialisti

anche per singole o mezze giornate. Per info tel. 338/6530929.

Affittasi in zona Corticella due ambulatori 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. Per info tel. 339/8952992 oppure 334/3250511.

Affittasi studio medico di una stanza in struttura polispecialistica centralissima (Piazza Galileo). Predisposizione anche per attività odontoiatrica. Per info 335/6660502 - 329/2956901..

Vendesi prestigiosa villa su 3 piani in Via Gandino - Bologna, con depandance e ampio giardino di proprietà. Da ristrutturare. Trattative riservate. Per info tel. 051/343956 - Cell. 334/9564464.

Norme editoriali

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

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

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

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

Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.

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

Annunci: testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: RENOGRAFICA SRL
13 via Seragnoli - 40138 Bologna - telefono 051 6026111 - fax 051 6026150