

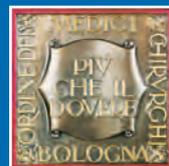
BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLIII - N° 1 GENNAIO 2012

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

IN QUESTO NUMERO

- **La fedeltà etica del medico all'alleanza col malato**, Mons. Vito Melina, pag. 3
- **Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) - Standards per la Formazione in Medicina Tradizionale Cinese**, pag. 9
- **Malattie di sospetta natura professionale di più frequente riscontro nella provincia di Bologna**, pag. 11
- **Dentisti di un tempo attraverso la pittura del XVII secolo**, pag. 13
- **La Scuola di Theodor Billroth nella chirurgia europea dell'Ottocento**, Nicolò Nicoli Aldini e Alessandro Ruggeri, pag. 15



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 Dicembre 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 XLIII - GENNAIO 2012 N° 1

ARTICOLI

La fedeltà etica del medico all'alleanza col malato • **3**

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) - Standards per la
Formazione in Medicina Tradizionale Cinese • **9**

Malattie di sospetta natura professionale di più frequente ri-
sccontro nella provincia di Bologna • **11**

Dentisti di un tempo attraverso la pittura del XVII secolo • **13**

La Scuola di Theodor Billroth nella chirurgia europea dell'Otto-
cento • **15**

ODONTOIATRI

Commissione Albo Odontoiatri **18**

NOTIZIE

Dalla pagina 19 alla 28

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **29**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **30**

CONVEGNI CONGRESSI • **31**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

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

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott. STEFANO FERRARI

Dott. OSCAR FINI

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. STEFANO PILERI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

Consiglieri Odontoiatri

Dott. ANDREA DUGATO

Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

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. FRANCO BENETTI

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO

Dott. ALESSANDRO ZATI

Supplente: Dott. FRANCESCO QUARANTA

La fedeltà etica del medico all'alleanza col malato

Giornata del Medico 2011, Bologna, 11 dicembre 2011

Mons. Livio Melina

Ordinario di Teologia Morale e Preside del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per gli Studi su Matrimonio e Famiglia

Chiarissimi Professori e stimati Medici di Bologna,

sono davvero molto onorato dell'invito che mi è stato rivolto dal Presidente dell'Ordine dei Medici e Chirurghi di Bologna, Prof. Giancarlo Pizza, di partecipare a questo incontro e di rivolgermi la parola in questa bella circostanza della "Giornata del Medico", in cui è previsto anche un momento così solenne, come il giuramento di Ippocrate, che sono sicuro nessuno di voi intende in modo meramente formale, ma che costituisce un momento significativo di quell'impegno etico che dà senso alla Vostra professione. Ho pensato per questo di proporvi qualche riflessione sul tema della fedeltà etica del medico all'alleanza col malato.

Nel giuramento di Ippocrate, che tra breve verrà pronunciato, con formula opportunamente rinnovata, si dice tra l'altro: «il rapporto tra medico e paziente è fondato sulla fiducia e sul rispetto reciproco». Esso si fonda sugli scopi esclusivi che vengono menzionati nel testo: «la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza». È questa la sostanza etica della Vostra professione, ciò che ne costituisce la nobiltà e la dignità singolare, su cui si fonda quella stima sociale largamente diffusa, di cui anche oggi è giustamente oggetto.

Tra richiesta di guarigione e domanda di salvezza

Eppure essa si esercita in un contesto storico e culturale preciso, che pone nuove sfide e problematiche. Il filosofo tedesco Karl Jaspers, nel suo noto saggio sul medico nell'età della tecnica, denuncia il pericolo che la medicina divenga il surrogato di una religione in declino e che, assumendo compiti impropri ed esorbitanti confonda guarigione medica e salvezza dell'anima: infatti, «con l'offuscamento di ciò che pertiene alla medicina si smarrisce la serietà della religio-

ne e al contempo la purezza delle capacità mediche scientificamente fondate»¹. Se questo è vero, allora è bene che medicina e religione siano ben distinte tra loro, che il medico faccia il medico e il prete il prete. Ma è anche bene che i due stiano l'uno di fronte all'altro. In questo senso la religione, e in modo specifico la cultura cristiana, nel cui seno, almeno in Occidente, si è forgiata la figura del medico, può offrire un contributo specifico per richiamarne e promuoverne l'identità scientifico-pratica specifica, preservandola dal pericolo di smarrire la sua sostanza etica. Penso che è questo il senso della mia presenza qui oggi tra voi e per questo, nelle riflessioni che vi proporrò ho pensato di seguire qualche insegnamento del Beato Giovanni Paolo II, araldo del valore della professione medica come maestro e pastore e poi ancor più, come malato, grande testimone della dignità della vita umana, fino al suo ultimo termine.

In un intervento, rivolto nel marzo 2002 ai partecipanti ad un Congresso di Gastroenterologia, Giovanni Paolo II, in sintonia con le preoccupazioni espresse da Jaspers, richiamò la medicina ad un "sano realismo": «l'uomo è un essere limitato e mortale»². Occorre «evitare di ingenerare in chi soffre l'illusione dell'onnipotenza della medicina. Ci sono limiti che non sono umanamente superabili: in questi casi bisogna saper accogliere con serenità la propria condizione umana». Inoltre, nel prestare le cure necessarie, occorre tener conto «non soltanto del corpo, ma anche dello spirito. Sarebbe presuntuoso allora contare unicamente sulla tecnica. E in questa ottica, un esasperato accanimento terapeutico, anche con le migliori intenzioni, si rivelerebbe

¹ K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1991, 41.

² Giovanni Paolo II, *Discorso ad una delegazione di medici partecipanti al Congresso promosso dall'Organizzazione Mondiale di Gastroenterologia*, ne "L'Osservatore Romano" di domenica 24 marzo 2002, pag. 5.

in definitiva oltre che inutile, non pienamente rispettoso del malato giunto ormai ad uno stato terminale».

Queste prime osservazioni offrono già il quadro di riferimento generale entro cui si inserisce la cura del malato: appunto tra speranza di guarigione e speranza di salvezza. Che cosa chiede il paziente quando chiede la salute? La Sacra Scrittura esprime la concretezza e la complessità di questa domanda con le seguenti parole: «Guariscimi e rendimi la vita» (Is 38, 16). Nella domanda di guarigione è sempre implicita una più radicale domanda di salvezza: «Fammi durare, fammi star bene, fammi vivere»³. La “cura” del malato implica necessariamente farsi carico della globalità di questa domanda, che coinvolge sempre corpo e spirito, salute e salvezza.

Le parole di Giovanni Paolo II implicano innanzitutto un mutamento di orizzonte rispetto a quello che solitamente sottende molti dibattiti della bioetica: il dramma della malattia non può essere esaurientemente colto solo nell’ambito di una competenza tecnica della scienza medica, che cerca la guarigione. E quindi anche la bioetica non può essere vista solo come una questione di specialisti di etica, che stabiliscono i criteri per la liceità o l’illiceità degli interventi del medico rispetto ai diritti del paziente e alla sua dignità umana⁴. Occorre tener conto di quella domanda più profonda che si alza dal malato e dal morente, anche quando si tratta – come nel caso di pazienti in stati vegetativi – di un grido silenzioso. È una domanda, che ovviamente non può trovare risposta nella scienza medica come tale, ma che non per questo dev’essere censurata, soprattutto dalla bioetica. Anzi proprio la bioetica, se non vuol ridursi a un codice di regole etiche estrinsecamente imposte alla medicina, deve farsene carico. Solo nell’orizzonte di questa domanda, infatti, anche lo sforzo per la guarigione trova la sua ragionevolezza, il suo senso e i suoi limiti. È proprio nello spazio della relazione umana tra medico e malato che si può cogliere la dimensione morale della “cura” del paziente, anche di quello in stato vegetativo permanente.

Per il medico, infatti, il tema della “cura del malato” si colloca primariamente in riferimento

non a valori etici astratti, a codici deontologici o a norme di legalità civile, ma piuttosto ad una relazione interpersonale, che potremmo definire anch’essa “di alleanza”. Si tratta di una relazione interpersonale di natura particolare. Essa è, come ebbe a dire Giovanni Paolo II, «un incontro tra una fiducia e una coscienza»⁵. La “fiducia” di un uomo segnato dalla sofferenza e dalla malattia e perciò bisognevole, il quale si affida alla “coscienza” di un altro uomo, che per la sua particolare competenza professionale, può farsi carico del suo bisogno, e che gli va incontro per assisterlo, curarlo e, se possibile, guarirlo⁶. Il nucleo etico della professione medica è tutto all’interno di questa relazione interpersonale, carica di responsabilità per colui che, possedendo la scienza per curare e assistere, si affianca ad un suo simile, più debole, in vista del recupero o del mantenimento della salute.

Certamente la relazione del medico e del paziente ha assunto, ai nostri giorni, dei connotati molto complessi: innanzitutto si è fortemente specializzata, in relazione alla competenza scientifica e alla mediazione tecnologica; inoltre essa si inserisce in un quadro di istituzioni sociali, che intervengono a darne una configurazione pubblica obiettiva e predeterminata. La medicina, cioè, si è venuta configurando sempre più come una pratica sociale, definita istituzionalmente e talora pesantemente condizionata da risvolti economici, nella quale l’aspetto dell’efficienza tecnico - specialistica tende a diventare dominante rispetto al rapporto tra le persone.

La fedeltà etica del medico all’alleanza originaria col malato consiste dunque nel non permettere che sia oscurata o che, addirittura, venga smarrita la sostanza fondamentale di un tale originario rapporto interpersonale. Nella confluenza, inevitabile e benefica, della specializzazione scientifica e della mediazione sociale, la professione medica è chiamata a ribadire il primato della persona e delle persone. La complessità del fare medico, nel quale la dimensione conoscitiva tesa ad uno sviluppo sempre maggiore della scienza si incontra con la regolamentazione sociale del suo ruolo, trova la sua istanza unificatrice peculiare nell’intenzionalità terapeutica, nella tensione

³ Cf. A. Scola, “Se vuoi, puoi guarirmi”. La salute tra speranza e utopia, Cantagalli, Siena 2001, 10-15.

⁴ Cf. G. Angelini, La malattia, un tempo per volere. Saggio di filosofia morale, Vita e pensiero, Milano 2000, 15-42.

⁵ Ai partecipanti a due Congressi di medicina e chirurgia, 27 ott. 1980, in *Insegnamenti III/2 (1980) 1010*.

⁶ Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Carta degli Operatori Sanitari, Città del Vaticano 1995, n. 2.

etica a guarire e a curare questo uomo concreto nel suo concreto bisogno di salute⁷.

Accostarsi all'uomo nella sua integralità

Il primo e fondamentale fattore della sostanza etica del rapporto medico paziente è dunque, dal punto di vista del medico, quello di non perdere di vista l'integralità della persona, cui ci si accosta. Non si curano "malattie" o "corpi", né si ha a che fare con "clienti" privati o "utenti" di servizi sanitari pubblici. L'approccio, certamente limitato nelle possibilità e in tanti modi condizionato dalle circostanze, è sempre riferito ad un persona. Come ebbe a dire Giovanni Paolo II ad un Congresso mondiale di medici: «Ciascuno di voi non può limitarsi ad essere medico di organo o di apparato, ma deve farsi carico di tutta la persona»⁸. L'ammalato non è mai solo un caso clinico, un individuo anonimo sul quale applicare il frutto delle proprie conoscenze, ma sempre "un uomo ammalato", verso cui «adottare un sincero atteggiamento di simpatia, nel senso etimologico del termine»⁹.

Toccato nella carne dalla malattia (cf. Gb 2, 5), l'uomo si pone domande radicali su di sé: ciò che tocca il corpo riguarda anche l'anima, la prova fisica diventa nello stesso tempo prova spirituale, coinvolgendo la persona in una verifica globale della sua consistenza e della sua posizione di fronte al destino. L'antropologia cristiana, che pensa la persona umana come unità sostanziale di anima e di corpo, è in grado di cogliere tutta la portata drammatica della malattia e della prospettiva della morte. Il dolore non è l'elemento più rilevante; ciò che si presenta come esistenzialmente decisivo è la sofferenza. L'essere umano può anche sopportare il dolore: ciò che non può sopportare è una sofferenza priva di senso, il dolore dell'anima¹⁰. E l'uomo soffre quando sperimenta la sproporzione al suo desiderio di compimento, la minaccia al suo deside-

⁷ P. Cattorini, Per una filosofia della medicina, in "Medicina e Morale" 35/3 (1985) 544-564; Id., Metodologia ed etica nella medicina, in "Medicina e Morale" 34/4 (1984) 498-517.

⁸ Giovanni Paolo II, Al Congresso mondiale dei medici cattolici, 3 ott. 1982, in Insegnamenti V/3 (1982) 673-674.

⁹ Giovanni Paolo II, Ai partecipanti ad un Convegno medico sulla terapia dei tumori, 25 febr. 1982, in Insegnamenti V/1 (1982) 698.

¹⁰ Al riguardo si vedano le riflessioni sul significato della sofferenza dell'Enciclica di Giovanni Paolo II, *Salvifici doloris*, nn. 2 e 5. Si veda anche: F. Botturi, *Sofferenza e domanda di senso*, in "Vita e Pensiero" 68 (1985) 56-70.

rio di essere. Così possiamo capire meglio quanto accennavamo all'inizio: dentro la domanda di guarigione dalla malattia, che minaccia il corpo, è sempre contenuta una più radicale domanda di salvezza, che riguarda il compimento del destino della persona stessa.

Che cosa può e deve fare il medico di fronte all'imponenza di questa domanda, che lo chiama in causa personalmente e di fronte alla quale anch'egli si trova ad un tempo implicato e inadeguato a rispondere? La medicina occidentale nasce precisamente dalla separazione della domanda di guarigione dalla domanda di salvezza, e dalla tecnicizzazione specialistica del tentativo di ristabilire la salute del corpo¹¹. Essa si è concepita come intervento su un uomo diviso, un uomo in cui è stata effettuata una radicale separazione tra l'anima e il corpo. Il medico è indotto ad agire per curare il corpo, come se dovesse mettere tra parentesi la totalità dell'uomo.

È qui opportuno ritornare al filosofo tedesco Karl Jaspers, che nella sua opera già citata *Il medico nell'età della tecnica*, ricorda con meraviglia e senso critico le dichiarazioni del famoso medico Viktor von Weizsäcker: «Ogni giorno, durante l'orario di ambulatorio, mi trovo a combattere contro la medicina organica classica. La medicina scientifica ha infatti radicalmente impedito di rendersi conto che il senso della malattia consiste nel condurre chi ne è colpito al senso della vita»¹². Jaspers reagisce vigorosamente a questa ipertrofia della medicina, che, nella proposta di von Weizsäcker, dovrebbe erigersi a scienza del soggetto globalmente inteso e farsi carico addirittura della salvezza dell'uomo. Agli abusi dell'oggettivismo riduttivo, che dimentica il soggetto, non si può reagire proponendo una nuova scienza "psicosomatica" del soggetto non oggettivabile¹³.

Un'altra osservazione può esserci utile a comprendere come possa modularsi un intervento equilibrato del medico, che eviti gli estremi appena denunciati di un minimalismo tecnicistico o di una pretesa di salvezza totale. Se il corpo è per noi apertura al mondo e possibilità di entrare in rapporto con gli altri, allora possiamo capire come la malattia, che colpisce il corpo, tocchi proprio il cuore dell'esistenza, mettendo in crisi

¹¹ Cf. A. Scola, *La morte e la sofferenza nell'esperienza umana*, in "Società e salute" (1983) 3-6.

¹² K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, cit., 19.

¹³ Cf. *Ibidem*, 29.

quelle relazioni che costituiscono il nostro mondo abituale. Quando l'uomo malato deve coricarsi in un letto, magari nell'isolamento di un ospedale, perché non è più in grado di mantenere la posizione eretta, ciò non è solo un fatto fisico, ma quasi il simbolo di un evento spirituale che affetta tutta la persona (*homo incurvatus* dice la teologia descrivendo la condizione umana dopo il peccato originale): cambia infatti la sua relazione col mondo e con gli altri¹⁴. Se il medico capisce questo, può comprendere anche la sua funzione come mediazione che aiuta il malato a riconfigurare il suo universo relazionale. La ricerca della salute può iniziare da un interesse nuovo per la vita, destato o sostenuto da un rapporto umano di alleanza terapeutica.

Ecco allora profilarsi, tra i due estremi, la via media di un approccio umanistico, nello stesso tempo aperto all'ascolto dell'uomo nella sua integralità e consapevole del limite dell'approccio adottato e del proprio tentativo. Se da un lato va evitata la tentazione riduttiva di censurare tutto ciò che va oltre il livello misurabile e tecnicamente dominabile, d'altro canto si tratta di riconoscere che la domanda inevitabile di senso, che emerge nell'ambito della salute, può trovare risposta solo in un orizzonte ulteriore, di fronte al quale medico e paziente possono solo aprirsi in umile dipendenza ad un mistero che li supera. Le due tentazioni: la censura della domanda di salvezza e la pretesa di una sua risposta nell'ambito della medicina stessa, possono essere superate; senza venire eliminate, possono essere vissute come polarità in una tensione feconda e drammatica di dialogo tra medico e paziente.

Limiti dell'agire medico

La prospettiva della fede cristiana, aprendo lo sguardo ad una Rivelazione sull'enigma della sofferenza e della morte, schiude una prospettiva che consente di vivere, senza censure e senza pretese esorbitanti, anche quella "forma sublime di servizio all'uomo che è la scienza medica". Nel suo orizzonte, la fedeltà etica del medico al suo dovere verso il paziente è facilitata e ragionevolmente fondata. Essa infatti consente di precisare i confini di tale servizio nella luce del vero e integrale concetto di vita. In altre parole, il servizio a cui i medici sono chiamati deve, secondo

un'espressione di Giovanni Paolo II, «comprendere e insieme trascendere la corporeità, proprio perché questa non esaurisce la vita»¹⁵.

La Rivelazione cristiana, infatti, mentre ricorda la fragilità della condizione umana, vulnerabile come un filo d'erba (Is 40, 6), fuggevole come un'ombra (Gb 4, 2), ne segnala la bellezza e la grandezza unica¹⁶. La precarietà, il mistero del dolore e della morte, conseguenze del peccato, non sono infatti l'ultima parola. Mediante la sua incarnazione redentrice "il Salvatore nostro Gesù Cristo ha distrutto la morte e ha fatto risplendere la vita e l'immortalità per mezzo del Vangelo" (II Tim 1, 10). Egli, che è la Vita, è venuto perché gli uomini «abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza» (Gv 10, 10). Per questo, l'Enciclica *Evangelium vitae* può esclamare: «Davvero grande è il valore della vita umana se il Figlio di Dio l'ha assunta e l'ha resa luogo nel quale la salvezza si attua per l'intera umanità!» (n. 33). Confermata nella sua dignità, in riferimento alla persona, ma non idolatrata come l'unico bene, aperta alla prospettiva di una vita ulteriore, oltre la morte, che comincia però fin dall'esistenza terrena, la vita umana può e dev'essere amata e curata, con rispetto, ma senza affanno e pretese prometeiche.

Questo orizzonte della fede permette, in un certo senso, il riconoscimento di una giusta limitazione secolare dell'opera del medico e gli consente di vivere adeguatamente la sua fedeltà etica al malato. La sua competenza scientifica, la sua abilità professionale si pongono al servizio della vita del paziente, nella consapevolezza della drammaticità umana dell'esperienza della malattia, ma anche dei limiti del fare medico. Si può e si deve superare la tentazione suprema posta al medico dall'attuale contesto immanentistico, di pensare che i problemi umani relativi al mistero della procreazione e della nascita, della sofferenza e del morire, debbano essere risolti dalla medicina. L'assenza di un orizzonte di salvezza ulteriore rispetto a quello della corporeità ed il grande sviluppo delle biotecnologie, pongono infatti sempre più il medico di fronte a richieste che, soprattutto nei momenti di confine

¹⁵ Giovanni Paolo II, Enc. *Evangelium vitae*, n. 33.

¹⁶ Mi permetto di rimandare, al riguardo, al mio volume: L. Melina, Corso di bioetica. Il Vangelo della vita, Piemme, Casale M. 1996, e all'opera coordinata da A. Scola (a cura di), *Quale vita? La bioetica in questione*, Mondadori, Milano 1998.

¹⁴ Cf. J. Granados, *La carne si fa amore. Il corpo, cardine della storia della salvezza*, Cantagalli, Siena 2010, 171-177.

all'origine e al termine della vita, vanno ben oltre l'originario intento terapeutico e di assistenza e tendono a snaturare la fedeltà etica nei confronti del malato.

Mi pare che questa prospettiva di giudizio permetta di cogliere il principio etico fondamentale, in riferimento a molte delle problematiche bioetiche oggi di scottante attualità. Non è questo il momento di dettagliare le risposte normative alle questioni particolari¹⁷. Mi sembra però che il grande principio di riferimento si possa sintetizzare nel riconoscimento che non possono essere date risposte tecniche a problemi che coinvolgono il mistero della vita, e del suo significato ultimo. Così possiamo delineare le grandi linee di applicazione del principio ai problemi più scottanti della bioetica. Il rispetto della vita umana, dal concepimento alla morte naturale, la proibizione di disporre per una manipolazione totale, il divieto di distruggerla riflettono la percezione originaria presente nel cuore dell'uomo, per cui l'altro è un soggetto e non un oggetto. La sostanza etica del patto tra medico e paziente è dunque costituita dal rispetto della vita come bene intangibile e indisponibile e dalla tutela e promozione della salute.

Scendendo ora ad alcune rapide applicazioni specifiche a campi controversi, possiamo capire le implicazioni di un'alleanza terapeutica adeguatamente intesa, nell'orizzonte di una medicina ipocratica. Di fronte ad una vita già sbocciata, non si può stravolgere il senso della missione del medico, chiedendogli di spegnere quella stessa vita nel grembo della madre, solo perché essa non vuole accoglierla oppure non è aiutata a farlo. E, davanti al dramma della sofferenza e della morte, l'indole benefica della medicina cercherà di alleviare il dolore e di trovare le modalità umanamente più degne per accompagnare il morente, ma non potrà arrogarsi il diritto, in nome di una falsa pietà, di spegnere la vita di colui di cui non si può sopportare il dolore.

La medicina, che si sottraesse alla fedeltà etica

¹⁷ Al riguardo: Giovanni Paolo II, Omelia per la canonizzazione del beato Giuseppe Moscati, in "Dolentium hominum" 6/3 (1987) 18-22. Sul tema volentieri rimando al volume di Ph. Gauer, *Le Christ médecin. Soigner : la découverte d'une mission à la lumière du Christ-médecin*, C.L.D., Chambray-les-Tours 1995, che presenta una tesi elaborata sotto la mia direzione presso il Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia di Roma.

alla persona del malato e che si concepisce come tecnica a disposizione del cliente privato o della società, finirebbe per diventare una "medicina dei desideri", che, rinnegando la sua identità ipocratica e la sua finalizzazione terapeutica, con intrinseci limiti etici, regredirebbe – come afferma ancora Karl Jaspers – ad una fase ancestrale della storia umana, riproponendo la mostruosa figura dello stregone, il quale, conoscendo i misteri degli elementi, può applicarli indifferente e su richiesta, sia per il bene che per il male, sia per la vita che per la morte. Una volta rotta la dipendenza dal bene e infranto il limite etico, chi potrebbe ancora fidarsi del medico ?

Cristo medico e la medicina come vocazione

Il servizio alla vita e la contiguità al dramma della sofferenza, fanno sì che il medico, debba avvicinarsi all'uomo con grande rispetto e venerazione, con il senso del mistero sacro a cui si accosta. Per questo la grande tradizione culturale occidentale ha sempre considerato quella del medico non solo una professione, ma anche una vocazione ed una missione. Ed il Beato Giovanni Paolo II lo ha ribadito a più riprese e, in particolare nell'omelia per la canonizzazione del santo medico Giuseppe Moscati e nella Lettera apostolica *Salvifici doloris* : «quanto è da buon samaritano la professione del medico o dell'infermiera, o altre simili ! In ragione del contenuto evangelico racchiuso in essa, siamo inclini a pensare qui piuttosto ad una vocazione, che non ad una semplice professione» (n. 28). Si può dunque parlare in senso forte di una vocazione, cioè di una chiamata con Creatore in una missione di sapienza e di cura, che coinvolge e configura tutta l'esistenza di un uomo o di una donna.

Permettetemi, per concludere un riferimento di carattere spirituale. Cristo "medico" : ecco un titolo biblico, ben documentato nei vangeli e caro soprattutto all'evangelista Luca, medico egli stesso, patrono dei medici e così caro alla vostra città di Bologna, per il Santuario della Madonna di San Luca (cf. Lc 5, 31 ; Lc 4, 23), titolo che non è per la verità molto familiare, benché sia stato oggetto di riflessione teologica presso numerosi Padri della Chiesa¹⁸. I ma-

¹⁸ Ad esempio Clemente di Alessandria nel *Pedagogo*, Cirillo di Gerusalemme nella decima *Catechesi*, Origene nel *Contra Celsum*, Agostino (tema di "Christus, medicus humilis"); al riguardo si veda : H. Schipperges, *Zur Tradition*

Livio Melina

Sacerdote, nato ad Adria (Italia) il 18 agosto 1952. È professore ordinario di teologia morale presso il Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia, del quale è Preside dal gennaio 2006.

Ha compiuto gli studi all'Università di Padova, alla Gregoriana di Roma e all'Università Lateranense, conseguendovi rispettivamente la laurea in filosofia, la licenza in teologia morale e il dottorato in teologia.

È *visiting Professor* a Washington DC (Stati Uniti) e Melbourne (Australia). Ha svolto corsi e cicli di conferenze in varie parti del mondo.

Ha iniziato e dirige l'*Area Internazionale di Ricerca in Teologia Morale*, attiva presso il Pontificio Istituto Giovanni Paolo II dal 1997.

È membro ordinario della Pontificia Accademia di Teologia e Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

È direttore scientifico della rivista "Anthropotes" e fa parte del comitato dei consulenti della rivista internazionale "Communio". Collabora anche con riviste italiane e internazionali.

È l'autore del manuale di teologia morale con J. NORIEGA e J.J. PÉREZ-SOBA, **Camminare nella luce dell'amore. I fondamenti della morale cristiana**, Cantagalli, Siena 2008 e delle numerose opere tra cui:

La conoscenza morale. Linee di riflessione sul Commento di san Tommaso all'Etica Nicomachea [Città Nuova, Roma 1987; 2ª ediz.: Pubblicazioni dell'I.S.U., Milano 2005];

Morale: tra crisi e rinnovamento. Gli assoluti morali, l'opzione fondamentale, la formazione della coscienza [Ares, Milano 1993];

Corso di bioetica. Il Vangelo della vita [Piemme, Casale M. 1996];

Cristo e il dinamismo dell'agire. Linee di rinnovamento della teologia morale fondamentale (PUL - Mursia, Roma 2001);

Per una cultura della famiglia: il linguaggio dell'amore [Marcianum Press, Venezia 2006];

Lazione: epifania dell'amore. La morale cristiana oltre il moralismo e l'antimoralismo [Cantagalli, Siena 2008];

Liebe auf Katholisch. Ein Handbuch für heute [Sankt Ulrich Verlag, Augsburg 2009];

Imparare ad amare alla scuola di Giovanni Paolo II e di Benedetto XVI [Cantagalli, Siena, 2009];

The Epiphany of Love. Toward a Theological Understanding of Christian Action [Eerdmans, Grand Rapids, MI, 2010];

Building a Culture of the Family: the Language of Love [St Pauls, New York 2011]

Learning to Love: in the School of John Paul II and Benedict XVI [Connorcourt, Ballan 2011].

lati dei racconti evangelici si rivolgono a Gesù con una supplica che spesso anche i medici si sentono rivolgere, quasi negli stessi termini: «Se vuoi, puoi guarirmi» (Mc 1, 40). Gesù si accosta all'uomo sofferente e lo guarisce con miracoli che sono segni di quella salvezza che egli è venuto a portare. La compassione di Cristo per gli ammalati ed i sofferenti resta il modello insuperabile di ogni medico, la fonte limpida a cui attingere per alimentare la propria fedeltà etica. Ma il medico, a differenza di Gesù, troppo spesso non può guarire, benché lo voglia. La speranza nella salvezza, che Gesù è venuto a portare e che si compie nella vita eterna, dà la giusta dimensione alle cure che

vanno prodigate alla vita terrena. Egli ci ha ricordato il vertice di eroismo cui può giungere questa fedeltà etica: «non c'è amore più grande di colui che dà la vita per i propri amici» (Gv 15, 13).

Così anche quando ormai non c'è più speranza di guarigione, c'è ancora e sempre speranza di salvezza. E siccome la medicina riconosce il suo limite, non pretende di risolvere da sola ogni problema, magari censurando e tacitando la domanda cui non può rispondere. E quando manca una soluzione medica di "terapia", deve restare sempre la "cura" per l'uomo, che si accompagna sulla soglia del Mistero⁹⁹.

des "Christus medicus" im frühen Christentum und in der älteren Heilkunde, in "Arzt und Christ" 11 (1965) 12-20; G. Dumeige, Le Christ Médecin, in "Dictionnaire de Spiritualité", t. X, Beauchesne, Paris 1980, 891-901.

⁹⁹ La distinzione tra "therapy" e "care" è stata introdotta soprattutto dall'etica medica anglosassone: E. D. Pellegrino - D. C. Thomasma, For the patient's good, Oxford University Press, Inc. Oxford & New York 1988.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) - Standards per la Formazione in Medicina Tradizionale Cinese

World Health Organization (WHO) - Benchmarks for Training in Traditional Chinese Medicine

<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginTraditionalChinese-Medicine.pdf>

La Medicina Tradizionale Cinese è praticata in Cina da oltre 2000 anni e numerosi testi documentano la conoscenza e la classificazione, sin dai tempi antichi, di numerosi farmaci.

Ai giorni nostri, programmi di formazione e di ricerca in MTC sono disponibili presso numerose università cinesi e straniere. Inoltre, esiste un robusto corpo di conoscenze che include teorie di base specifiche, yin/yang, cinque movimenti, ecc., procedure diagnostiche e modalità di trattamento. È attualmente impiegata per il trattamento delle più svariate affezioni anche a livello specialistico.

La Materia Medica Cinese si è continuamente sviluppata dalle origini sino ad oggi attraverso la continua descrizione e raccolta di sostanze di origine vegetale, minerale e animale. Oltre le sostanze vengono descritti processi di preparazione e trasformazione che possono modificare, riducendola, la tossicità delle vari sostanze. Attualmente, numerose ricerche sperimentali vengono effettuate sia per comprendere le basi del funzionamento dei diversi composti sia per derivare farmaci nuovi e moderni dalle antiche sostanze.

La MTC distingue tre tipi di percorsi formativi di base in relazione alla presenza o meno di una precedente formazione nel settore della sanità.

TRAINING FORMATIVO DI I TIPO

È indirizzato a persone che hanno terminato le scuole superiori o un equivalente percorso di studi ma che non hanno alcuna precedente formazione o esperienza nel settore della salute.

Questi, devono avere un programma di formazione completo in MTC.

Sono programmi di 3-4 anni di formazione a tempo pieno frequentati in università o in college.

Hanno un monte ore minimo di 2460 ore suddivise in 1560 ore di teoria e pratica clinica e di laboratorio e 900 ore di pratica clinica sotto supervisione.

Lo scopo è di formare operatori TCM, qualificati a erogare prestazioni di primo livello, indipendentemente o come membri di team sanitari, a livello di centri di comunità o in presidi ospedalieri.

TRAINING FORMATIVO DI II TIPO

Sono programmi indirizzati a personale con una precedente formazione nel settore della salute che vuole essere riconosciuta come operatore di medicina tradizionale cinese.

Sono programmi strutturati come programmi a tempo pieno o a tempo parziale, tengono conto dei precedenti curricula del personale, ma devono soddisfare tutti gli obiettivi inclusi nei training formativi del primo tipo.

Sono raccomandate non meno di 800 ore di lezione frontale, oltre che non meno di 500 ore di pratica clinica supervisionata.

TRAINING FORMATIVO DI III TIPO

Sono programmi formativi previsti per aggiornare e implementare le capacità e le conoscenze di operatori di TCM, che non abbiano avuto un precedente training formativo adeguato.

I programmi e i curricula vengono adeguati al tipo di formazione che i candidati hanno già ricevuto.

Si considera che per questo tipo di formazione servano non meno di 800 ore di formazione

frontale, più 520 ore di teoria e 150 ore di pratica in medicina occidentale.

FORMAZIONE PER DISPENSATORI E DISTRIBUTORI DI MEDICINA CINESE TRADIZIONALE

Per questa particolare categoria di operatori viene consigliata una formazione di 1000 ore, di cui 800 di apprendimento teorico-pratico e 200 di training clinico in appositi dispensari o farmacie sotto la supervisione di un dispensatore o d un farmacista qualificato.

Scopo di questa formazione è:

1. Consentire agli operatori di identificare le piante che vengono lavorate.
2. Apprendere le procedure anche di tipo chimico per la lavorazione dei prodotti e per l'identificazione delle componenti chimiche.

SICUREZZA

Incompatibilità. Alcune incompatibilità sono segnalate nei testi classici di MTC, che classicamente descrivono 18 erbe incompatibili e 19 erbe antagoniste.

Gravidanza. Alcune erbe cinesi sono vietate o devono essere comunque adoperate con grande precauzione in gravidanza.

Dieta. Durante una terapia con erbe cinesi si dovrebbero evitare cibi non cotti, freddi, speziati, grassi.

QUALITÀ

Particolare attenzione deve essere posta alla qualità dei prodotti, evitando contaminazioni, adulterazioni, errori nell'identificazione o nell'uso delle varie sostanze.

COMPLICAZIONI

Il paziente deve essere accuratamente studiato in maniera da utilizzare in maniera appropriata la MTC e da evitare possibili interazioni con farmaci occidentali, che eventualmente il paziente stesse assumendo.

WHO - Benchmarks for Training in Traditional, Complementary and Alternative Medicine In 2003, a WHO Resolution (World Health General Assembly Resolution WHA56.31) on Traditional Medicine urged Member States, where appropriate, to formulate and implement national policies and regulations on Tra-

ditional, Complementary and Alternative Medicine to support their proper use. In 2009, resolution WHA62.13 further urged Member States to consider, within their national context, the inclusion of Traditional Medicine in their national health systems and establishing systems for the qualification, accreditation or licensing of practitioners of Traditional Medicine.

This document, as one of the series of benchmarks for training for selected types of TM/CAM care, is part of the implementation of the WHO resolutions.

The benchmarks for training describe models of training for trainees with different backgrounds, and include training of practitioners and training for dispensers and distributors of.

The benchmarks reflect what the community of practitioners in each practice regards to be reasonable practice when training professionals to practice, taking into consideration that consumer protection and patient safety are core to professional practice.

This document is intended to:

- * Support countries in establishing systems for the qualification, accreditation or licensing of practitioners of traditional medicine;
- * Facilitate better communication between providers of conventional and traditional care, as well as other health professionals, medical students and relevant researchers, through appropriate training programmes;
- * Support integration of traditional medicine into the national health system.

1. Benchmarks for Training in Ayurveda
2. Benchmarks for Training in Naturopathy
3. Benchmarks for Training in Nuad Thai
4. Benchmarks for Training in Osteopathy
5. Benchmarks for Training in Traditional Chinese Medicine
6. Benchmarks for Training in Tuina
7. Benchmarks for Training in Unani Medicine

http://www.who.int/medicines/areas/traditional/trm_benchmarks/en/index.html

<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/>

Malattie di sospetta natura professionale di più frequente riscontro nella provincia di Bologna

Brevissime sulle malattie professionali

È Bernardino Ramazzini (1633/1714) il padre della moderna Medicina del Lavoro. Questi evidenziò l'importanza che venisse considerata, per giungere ad una corretta diagnosi, l'attività lavorativa esercitata dall'ammalato al fine di accertare una eventuale connessione tra malattia e rischio lavorativo.

Risale al 1929 la prima tabella di malattie professionali riconosciute per legge, in Italia (una

APPARATO RESPIRATORIO		
TIPO DI MALATTIA	ESEMPLIFICAZIONE DI CATEGORIE DI LAVORATORI MAGGIORMENTE A RISCHIO	DOCUMENTAZIONE DI MASSIMA NECESSARIA PER L'ISTRUTTORIA DELLA M.P.
<i>Broncopneumopatie ostruttive da polveri o fumi</i>	Saldatori Siderurgici Muratori	Pfr, Rx, Eventuali referti specialistici pneumologici
<i>Asma/bronchiti asmatiche da allergeni lavorativi</i>	Verniciatori Falegnami Pellicciai Fornai	Pfr, Rx, test allergologici eventuali referti specialistici pneumologici
<i>Placche pleuriche da asbesto</i>	Addetti alla ristrutturazione di carrozze ferroviarie di strutture con cobentazioni in amianto	Rx, esame citologico del liquido pleurico, esame istologico, (copia cartella clinica)
<i>Carcinoma polmonare</i>	Esposti ad oli minerali contenenti I.P.A. Esposti ad amianto	Rx, esame istologico, (copia cartella clinica)
<i>Alveolite allergica Estrinseca</i>	Pellicciai, Addetti alla lavorazione di legno, tabacco, vernici, mangimi, caffè	Pfr, Rx, dosaggio delle precipitine, Eventuali referti specialistici pneumologici

CUTE		
TIPO DI MALATTIA	ESEMPLIFICAZIONE DI CATEGORIE DI LAVORATORI MAGGIORMENTE A RISCHIO	DOCUMENTAZIONE DI MASSIMA NECESSARIA PER L'ISTRUTTORIA DELLA M.P.
<i>Dermatiti da cemento e calce</i>	Muratori	Test epicutanei
<i>Dermatiti da disinfettanti</i>	Imprese di pulizia Personale sanitario	Test epicutanei

UDITO		
TIPO DI MALATTIA	ESEMPLIFICAZIONE DI CATEGORIE DI LAVORATORI MAGGIORMENTE A RISCHIO	DOCUMENTAZIONE DI MASSIMA NECESSARIA PER L'ISTRUTTORIA DELLA M.P.
<i>Ipoacusia</i>	Addetti a macchine rumorose (es: per la lavorazione meccanica) o all'uso di strumenti rumorosi (es.: martello pneumatico)	Audiometria tonale, per via aerea e ossea, eseguita in cabina silente in riposo acustico, con riscontro di defi cit percettivo

VISTA		
TIPO DI MALATTIA	ESEMPLIFICAZIONE DI CATEGORIE DI LAVORATORI MAGGIORMENTE A RISCHIO	DOCUMENTAZIONE DI MASSIMA NECESSARIA PER L'ISTRUTTORIA DELLA M.P.
<i>Cataratta da radiazioni non ionizzanti</i>	Saldatori	Referto di visita oculistica con esame del cristallino
<i>Cataratta da radiazioni ionizzanti</i>	Medici, Tecnici radiologi, impiego e manutenzione macchine radiogene	Referto di visita oculistica con esame del cristallino

APPARATO URINARIO		
TIPO DI MALATTIA	ESEMPLIFICAZIONE DI CATEGORIE DI LAVORATORI MAGGIORMENTE A RISCHIO	DOCUMENTAZIONE DI MASSIMA NECESSARIA PER L'ISTRUTTORIA DELLA M.P.
<i>Neoplasia vescicale</i>	Utilizzatori dei coloranti (che espongono all'azione di amine aromatiche)	Esame istologico (copia cartella clinica)

APPARATO OSTEOARTICOLARE MALATTIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI		
TIPO DI MALATTIA	ESEMPLIFICAZIONE DI CATEGORIE DI LAVORATORI MAGGIORMENTE A RISCHIO	DOCUMENTAZIONE DI MASSIMA NECESSARIA PER L'ISTRUTTORIA DELLA M.P.
<i>Periartriti scapolo "omerali"</i>	Movimenti ripetitivi in catena di montaggio ad arti addotti	Rc bilaterale di spalla Ecografia
<i>Epicondilite Epitrocileite</i>	Movimenti ripetitivi di pronazione e supinazione dell'avambraccio	Rx Ecografia
<i>Sindrome del tunnel carpale</i>	Ind. Ceramica (es. scelta) Ind. Insaccati Ind. Macellazione avicola, Lavori agricoli	Ecografia dei polsi Emg arti superiori Rx
<i>Tendinite degli estensori del pollice</i>	Lavori ripetitivi che comportano energetiche prese e torsioni della mano	Rx Ecografia
<i>Dito a scatto</i>	Lavori ripetitivi con uso di attrezzi manuali che richiedono dita in flessione	Rx Ecografia

MALATTIE DA MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI, POSTURA INCONGRUA, VIBRAZIONI		
TIPO DI MALATTIA	ESEMPLIFICAZIONE DI CATEGORIE DI LAVORATORI MAGGIORMENTE A RISCHIO	DOCUMENTAZIONE DI MASSIMA NECESSARIA PER L'ISTRUTTORIA DELLA M.P.
<i>Ernia del disco Spondilodiscoartrosi Protrusione discale</i>	Facchini, personale parasanitario in reparti con pazienti non autosufficienti, conduttori di pale meccaniche e mezzi cingolati Autisti Muratori Lavoratori agricoli	Rx, TAC

malattia parassitaria e cinque diverse tipologie di intossicazione).

Il vigente Testo Unico dell'INAIL (D.P.R. n. 1124 del 30.6.65)

- all'art. 3 definisce Malattie Professionali quelle indicate nelle Tabelle allegate al predetto TU contratte nell'esercizio e a causa della lavorazioni specifici cate nelle tabelle stesse;

- all'art. 139 stabilisce l'obbligatorietà, per ogni medico che ne riconosce l'esistenza, della denuncia della malattia professionale, che secondo l'art. 10, comma 4, del D.Lgs. 38/2000, va inviata, sia alla Azienda Usl, alla sede INAIL competente per territorio e alla DPL.

La sentenza n. 179/88 della Corte Costituzionale ha dichiarato illegittima la norma (art. 3, comma 1, T.U. 1124/65), nella parte in cui non prevede la tutela delle malattie professionali diverse da quelle comprese nella tabella e causate da agenti patogeni indicati nella tabella stessa, purchè si tratti di malattie nelle quali sia comunque dimostrata la causa di lavoro.

Il D.Lgs. 38/2000 in materia di malattie professionali prevede, tra l'altro:

- la revisione periodica delle Tabelle delle Malattie Professionali > DM 9 aprile 2008 "Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura" che include 109 fattispecie di malattie professionali, con l'esclusione della silicosi;

- la predisposizione di una ulteriore lista di malattie di probabile e possibile origine lavorativa DM 14 gennaio 2008 aggiornata da ultimo con DM 11 dicembre 2009.

A titolo esemplificativo si elencano le lavorazioni che più frequentemente sono da ritenersi a rischio sovraccarico biomeccanico:

- Approvvigionamento e/o scarico linea macchina (torni, frese, presse) a ritmi prefissati e/o elevati.

- Levigatura manuale e/o con levigatrice orbitale nella lavorazione del legno, autocarrozeria, ecc...

- Lavori in edilizia (posatori di pavimenti e rivestimenti, imbianchini, stuccatori) quando svolti con continuità per buona parte del turno lavorativo.

- Montaggio, assemblaggio, microassemblaggio, cablaggio su linea a ritmi prefissati e/o elevati nell'industria metalmeccanica, elettromeccanica ecc. con o senza l'utilizzo di strumenti manuali, elettrici, pneumatici, ecc.

- Cassiere full time in supermercati, addetti ai videoterminali (in particolare archivisti, data entry)

- Industria dell'abbigliamento (taglio, cucitura a macchina o a mano, orlatura e altre rifiniture, stirature a mano o con presse).

- Lavorazione del marmo, di pietre, del legno, di metalli (incisione, taglio, scultura, ecc).

- Confezionamento, imballaggio su linea a ritmi prefissati e/o elevati.

- Conduzione di mezzi meccanici per movimento terra, trattorista, gruista, carrellista ecc.

- Lavorazione delle carni (pollame, suini), macellazione (scuoio, viscerazione, disosso ecc.), insaccamento a ritmi prefissati e/o elevati.

- Lavori di carpenteria con uso di martello o mazza per almeno un terzo del turno lavorativo.

- Movimentazione dei carichi per facchinaggio (traslochi, aeroporto, ecc.) magazzinaggio, in alcuni reparti nosocomiali.

- Lavorazioni manuali (industriali, commerciali, logistiche) e di concetto (amministrative-organizzative-relazionali) a ritmi prefissati e/o elevati, con frequenze predeterminate e/o vincolate.

Dentisti di un tempo attraverso la pittura del XVII secolo

Grazie ad una produzione pittorica vastissima ci giungono importanti informazioni sulle attività odontoiatriche nell'Europa del seicento. I medici trovavano assai comodo (scrive Vincenzo Guerini nella sua storia dell'odontoiatria del 1909) essere dispensati dalla cura delle malattie dentali e dalla estrazione dei denti, operazioni difficili per persone poco esercitate come essi erano e per giunta dolorosissime. Così anche il ciarlatano cavadenti viene ad appartenere alla storia della medicina dentale pur facendo parte di una storia minuta, popolare, di minore importanza.

In base ai dipinti possiamo individuare alcune costanti. I praticanti lavoravano spesso nella piazza del mercato delle città o dei paesi dove disponevano tavoli, poltrone sotto un ampio ombrello. Erano costretti a viaggiare di continuo alla ricerca di possibili clienti e, come in ogni categoria, anche in questa, esistevano quelli che guadagnavano più degli altri. Il ca-



Adrian Brouwer, il dentista, Philadelphia, Museum of Art.

vadenti povero viaggiava su un misero carro con una cassetta sotto il braccio con un miserabile strumentario, quello ricco su carrozze trainate da cavalli addobbati ed erano preceduti da squilli di tromba. Potevano esserci giocolieri, musicisti e scimmie per richiamare ed intrattenere il pubblico. Le scene in esterno si situano nelle campagne, agli angoli delle strade, in mezzo ai mercati. La scena attira sempre un gran numero di spettatori. Il dentista deve essere anche un attore poiché anche grazie al suo inganno finge di estrarre un dente ad uno dei suoi assistenti per incoraggiare gli spettatori a farsene estrarre uno (questa volta per davvero). La presenza di un ladro nei dipinti è quasi sempre una costante: è infatti il simbolo dell'inganno, allusione al ciarlatano che rappresenta egli stesso il falso. Spesso troviamo dei cocodrilli che stanno a significare che ci troviamo davanti ad un uomo di scienze o ancora che il cocodrillo con le sue fauci ben fornite di denti è simbolo di una possente dentatura. Il numero delle prestazioni rappresentate è abbastanza ridotto: si va dall'esame della bocca all'estrazione. Per estrarre un dente i praticanti stavano quasi sempre alle spalle del paziente ed in certi dipinti si possono vedere gli strumenti utilizzati, flaconi e vasi. Tre dipinti sono particolarmente ricchi di informazioni sullo strumentario: un quadro di David Teniers (1610-1694) della scuola fiamminga esposto al museo di Dresda. Un altro dello stesso Teniers ed il terzo di Theodore Rombouts (1597-1637) sempre di scuola fiamminga, del quale esistono varie copie, di queste una delle migliori è al Museo del Prado a Madrid. In questi quadri troviamo ben raffigurate delle pinze, uno scalpello, un abbassa lingua delle leve, un trapano ed altri rarissimi strumenti che possiamo vedere soltanto al Museo Pierre Fauchard a Parigi.

Tra i più noti dipinti di questo secolo raffiguranti praticanti dentisti è inserito "il ciarlatano" di Gerard Dou (1613-1675) esposto alla Pinacoteca di Monaco e datato 1652. Attraver-

so lo studio di questo quadro noti studiosi sono arrivati a comprendere il legame tra pittura ed emblemi.

In questo quadro la scena si svolge a Leida e il ciarlatano è in possesso di un documento o diploma appesantito da un enorme sigillo (riprodotto in molti altri dipinti). Il sigillo infatti ispira fiducia e i documenti ufficiali hanno una palese influenza sulla credulità della gente.

Un altro splendido quadro raffigurante una estrazione è di Gerrit van Honthorst (1590-1659) meglio conosciuto come Gherardo delle Notti, pittore olandese di scuola Caravaggesca. In tale dipinto conservato allo Staatliche Kunstmuseum di Dresda datato 1622 l'assistente regge una candela per illuminare il campo di lavoro, il praticante è posto dietro il paziente e molti spettatori interessati si trovano sul davanti. Sempre dello stesso autore è splendida la rappresentazione di una estrazione datata 1627 e conservata al Louvre.

Jan Steen (1625-1679) olandese, fu un pittore itinerante e dipinse il famoso quadro "il dentista" conservato al museo Mauritshuis all'Aia. Lo stesso Steen fece innumerevoli quadri dedi-

cati al dentista sia in ambienti interni sia in ambienti esterni.

Altri pittori olandesi che hanno raffigurato scene odontoiatriche sono stati: Adraen van Ostade (1610-1685), Peter Jansz Quast (1606-1647) (bellissimo è il suo quadro esposto al Bayerische Staatsemaldehymsammlungen a Monaco) e Pieter de Bloot (1602-1658).

Di scuola fiamminga dobbiamo citare ancora: Thomas van Apshoven (1622-1664), David Ryckaert (1623-1661) e Adriaen Brouwer (1606-1638).

Il diverso clima politico e religioso ha fortemente contribuito a differenziare la pittura olandese dalla pittura fiamminga. Tuttavia, malgrado questo contesto, la pittura fiamminga conobbe in questa epoca un grandissimo successo che, secondo molti storici dell'arte, fu dovuto alla personalità e al genio di Rubens che ha saputo essere il capofila di una scuola. Anche dalle preziose informazioni che ci vengono dai dipinti di questo secolo sappiamo che l'odontoiatria fece scarsi progressi in questo periodo. L'odontoiatria solo nel secolo seguente diventerà una vera scienza.

La Scuola di Theodor Billroth nella chirurgia europea dell'Ottocento

Nicolò Nicoli Aldini e Alessandro Ruggeri

Un bellissimo dipinto di Adelbert Seligmann (1862-1945) ci permette ancora oggi di assistere ad una lezione operatoria di Theodor Billroth (1829-1894) nella Clinica Chirurgica dell'Università di Vienna, da lui diretta dal 1867 fino all'anno della sua morte. Il quadro, di grandi dimensioni, databile intorno al 1890, dopo un lungo periodo di abbandono in un ripostiglio della Clinica viennese, è stato riscoperto e restaurato nel 1963 e costituisce un documento di straordinaria efficacia espressiva nel raffigurare una delle maggiori personalità della chirurgia dell'Ottocento, la cui opera ed il cui insegnamento, grazie anche ad una scuola da cui sono usciti allievi di grande valore, hanno segnato decisivi e definitivi progressi per l'arte chirurgica.

Prussiano di origine (era nato nell'isola di Rugen, nel Mar Baltico), Billroth aveva compiuto i suoi studi nell'Università di Gottinga e poi a Berlino, ove la cattedra di chirurgia era ricoperta da Bernhard von Langenbeck (1810-1887). Ne divenne assistente nel 1853, iniziando così una brillante carriera che lo avrebbe condotto, nel 1860, alla direzione della Clinica Chirurgica nell'Università di Zurigo. In quell'occasione così si espresse von Langenbeck, presentando l'allievo e sottolineandone le qualità: "Il professore di quest'università, Dr. Theodor Billroth, ha occupato per 4 anni il posto di primo assistente in questa Clinica Universitaria Chirurgica e come tale ha diretto la Clinica Ambulatoriale per la maggior parte in modo autonomo, con un'attività in media di 5000 malati annuali, e mi ha sostituito durante le vacanze o malattia...". Nel 1867 Billroth venne poi chiamato a prendere il posto di Franz Schuh (1804-1865) sulla cattedra di chirurgia dell'Università di Vienna, con la direzione della II Clinica Chirurgica, incarico che avrebbe mantenuto sino ai suoi ultimi giorni, rifiutando cortesemente anche le sollecitazioni del suo antico Maestro che, al momento di ritirarsi dall'in-

segnamento, lo avrebbe invece voluto come successore nell'Università di Berlino.

L'attività di Billroth è stata di ampio respiro, in un'epoca in cui il chirurgo doveva possedere competenze assai articolate, dedicandosi a malattie ed interventi che nei decenni successivi sarebbero divenuti appannaggio di branche specialistiche sempre più autonome, come l'ortopedia, l'otorinolaringoiatria, l'urologia. Billroth fu testimone di decisive trasformazioni dello scenario operatorio (quando iniziò la sua carriera erano trascorsi pochi anni dall'"Ether day", il giorno dell'ottobre 1846 in cui la narcosi era stata per la prima volta eseguita con successo durante un'intervento a Boston, e mancava ancora oltre un decennio alla diffusione del metodo antisettico da parte di Joseph Lister), e fu egli stesso artefice di profondi cambiamenti ed innovazioni. Basterà qui ricordare gli interventi di resezione gastrica che da allora, pur nelle numerose varianti tecniche successivamente introdotte, i trattati di chirurgia indicano nel loro disegno fondamentale come "Billroth I" e "Billroth II", a seconda che il moncone dello stomaco, dopo la resezione, venga anastomizzato al duodeno o invece alla prima ansa digiunale.

Grazie anche alle ricerche sperimentali condotte dagli allievi, Billroth, nel 1881 era stato infatti il primo ad eseguire con successo l'asportazione di una neoplasia gastrica, segnando l'inizio di quella chirurgia dell'apparato digerente resa finalmente possibile non solo dall'anestesia e dalle misure di antisepsi, ma anche da un approccio fisiopatologico alle tecniche di ricostruzione delle vie digestive di cui egli può essere considerato il vero iniziatore.

Proprio al lavoro sperimentale eseguito dai collaboratori va il riconoscimento del Maestro, che, dopo il primo successo operatorio con il procedimento poi divenuto nel linguaggio semplificato dei chirurghi "la Bill-

roth I", così volle esprimersi: "Prego, vogliate perdonare se io provo un certo orgoglio per il lavoro dei miei allievi che hanno reso possibile questo progresso". Poco tempo più tardi, nel 1885, l'anno in cui veniva messo a punto l'intervento poi conosciuto universalmente come "Billroth II" allargando così le possibilità tecniche del chirurgo, avrebbe poi affermato: "Colui che unisce la conoscenza della fisiologia e della chirurgia [...] raggiunge il più alto ideale in medicina", sottolineando così l'importanza di coniugare la verifica sperimentale all'osservazione clinica.

"La scienza e l'arte originano dalla stessa sorgente" scriveva ancora nel 1875. Dotato di grande talento artistico, Billroth infatti fu anche musicista e strinse amicizia, documentata da un ricco carteggio, con Johannes Brahms (1833-1897) che gli volle dedicare uno dei suoi quartetti per archi (Brahms op.51); la dimora di Billroth divenne il luogo di esecuzione di numerose opere cameristiche del compositore. Nell'ambiente viennese egli aveva trovato non solo terreno favorevole per compiere la propria opera di medico e di scienziato, ma anche un vivace clima culturale ed artistico di cui fu immediatamente partecipe. La capitale dell'impero era a quei tempi la metropoli di cui Karl Popper ha scritto: "Vienna era davvero una città incredibile, caratterizzata da una creatività ineguagliabile. Era una mistura feconda di quasi tutte le culture europee: il regime favoriva la libera espressione e l'incontro di queste diverse tradizioni". Era il ritratto di quell'Austria felix, ormai però avviata ad un inesorabile declino. Di questo declino imminente probabilmente Billroth ebbe la percezione quando, il 30 gennaio 1889, venne chiamato precipitosamente nella reale casa di caccia di Mayerling ove si era appena consumata la tragica fine dell'erede al trono, l'arciduca Rodolfo, di cui era personalmente amico, e della baronessa Maria Vetsera.

Ma torniamo al dipinto di Seligmann: con il suo aspetto imponente ed autorevole, Billroth ci appare come un vero patriarca della chirurgia, circondato da allievi giovani ed attenti pronti ad assecondarlo; il suo gesto sembra sottolineare l'importanza dell'atto che sta per compiere sull'ammalato e dell'insegna-



mento che sta trasmettendo. L'attaccamento e la dedizione alla scuola è certamente uno dei tratti salienti della personalità di Billroth. I suoi allievi, fra cui Czerny (1842-1916), Mikulicz-Radecky (1850-1905), Wölfler (1850-1917), VonEiselberg (1860-1939), si trovarono presto a ricoprire cattedre nelle maggiori università europee, gli eponimi legati ad alcuni di essi risuonano ancora nel linguaggio della medicina. Senza contare i numerosissimi medici che venivano da ogni paese, l'americano William Stuart Halsted (1852-1922) e l'italiano Edoardo Bassini (1844-1924) solo per citare alcuni fra i nomi più noti, che nella Clinica di Billroth avevano posto le basi del loro sapere in campo chirurgico.

Certo, il capo ed il volto scoperti dei chirurghi, le mani nude che toccano i ferri, gli abiti borghesi degli spettatori che si accalcano sull'anfiteatro, rivelano che il tempo della completa asepsi operatoria non è ancora giunto, ma i camici bianchi dell'intera équi-

pe sono già ben distanti dagli abiti scuri da passeggio che in alcuni dipinti solo di pochi anni precedenti indossano chirurghi illustri come il francese Jules Péan (1830-1898) e l'americano Samuel Gross (1805-1884), nel farsi ritrarre durante i loro interventi.

Nato sulle fredde sponde del Baltico, Billroth, già minato nella salute da una cardiopatia, avrebbe chiuso la sua esistenza a 65 anni su quelle più miti dell' Adriatico, ad Abbazia (oggi Opatija) in Istria, ove si recava a soggiornare nelle sue vacanze.

Poteva certamente compiacersi della propria opera e del suo insegnamento, e così ha lasciato scritto, quasi come testamento: "la più grande soddisfazione della mia vita è stata di avere fondato una scuola che porta avanti i miei intenti di realizzazione scientifica ed umanitaria".

Riferimenti bibliografici

- 1) Absolon K.B. *The surgical school of Theodor Billroth*. *Surgery* 50(4): 697- 715, 1961.
- 2) Absolon K.B. *Theodor Billroth's formative years. A study in Memory of the Subject's 150 th*

- Birthday*. *Am J Surg*, 137: 394-407, 1979.
- 3) Roses F.D. *On the Sesquicentennial of Theodor Billroth*. *Am J Surg* 138: 704-709, 1979.
- 4) Rutledge R.H. *In commemoration of Theodor Billroth on the 150th anniversary of his birth*. *Surgery* 86 (5): 672-93, 1979.
- 5) Schein C.J., Koch E. *Mikulicz's obituary of Theodor Billroth*. *Surg Gynecol Obstet* 148: 252-258, 1979.
- 6) Nicoli Aldini N. *The first Billroth II gastric resection as reported by an italian medical journal*. *Gesnerus* 52: 290-302 (1995).

Autori

Alessandro Ruggeri - Professore di Anatomia Umana dell'Alma Mater - Curatore del Museo delle Cere Anatomiche "Luigi Cattaneo", Università di Bologna

Nicolò Nicoli Aldini - Storico della Medicina. Istituto Ortopedico Rizzoli

Figura di copertina:

A. Seligmann - *Billroth im Hörsaal*, olio su tela, circa 1890.

Commissione Albo Odontoiatri

Come già ribadito nel numero di agosto u.s. sul Bollettino Notiziario dell'OMCeO di Bologna, **il modello pubblicitario attualmente proposto dalla società Groupon non è applicabile al campo sanitario perché palesemente in contrasto con le norme del Codice Deontologico.**

Da questo ne deriva che i Collegi che si servissero di un modello pubblicitario di questo tipo commetterebbero un illecito disciplinare sanzionabile dal Codice di Deontologia Medica.

Bologna, l'Ordine contro i medici che vanno su Groupon

Deontologia e Groupon non vanno d'accordo, quindi i medici stiano lontani dal sito di offerte commerciali "last minute". L'avvertimento arriva dall'Ordine dei medici di Bologna, che nei giorni scorsi ha aperto una quindicina di procedimenti disciplinari nei confronti di altrettanti iscritti: odontoiatri, ecografisti, medici estetisti e ambulatoriali privati che hanno approfittato di un "passaggio" su Groupon per reclamizzare la propria attività. «Da settimane ormai monitoriamo quotidianamente il sito» spiega il presidente dell'Omceo bolognese, Giancarlo Pizza «prendiamo nota dei medici che fanno offerte e apriamo un procedimento». L'accusa è violazione della deontologia professionale: il nome del professionista, prosegue Pizza, non può comparire su veicoli di promozione commerciale. Finora sono passati davanti all'Ordine una mezza dozzina di medici, ma nessuno è stato sanzionato. «Non siamo la Santa inquisizione» precisa Pizza «ci siamo limitati a richiamare le regole. Tutti gli iscritti finora sentiti, tra l'altro, hanno detto di essere stati contattati da Groupon e di avere avuto l'assicurazione che fosse tutto legittimo. Così non è, anche perché nessuno di loro ci ha mai sottoposto preventivamente il messaggio informativo che volevano inviare, come vorrebbero le regole». Nonostante le violazioni deontologiche, in sostanza, l'Ordine non irrorerà sanzioni. «Alla prima no» precisa il presidente di Omceo Bologna «ma in caso di recidiva saremo invece severissimi. Sia chiaro: non vogliamo vietare ai medici di usare Internet, tutt'altro. Né intendiamo censurare Groupon, è un sito commerciale e fa il suo lavoro. La questione è prettamente etica: c'è un regolamento e vogliamo che sia rispettato dai nostri iscritti, tutto qui». I medici sono avvisati.

* * *

Ogni anno 25 mila decessi per batteri resistenti a farmaci

Ogni anno in Europa si contano circa 25.000 decessi per infezioni provocate da batteri resistenti ai farmaci, con un costo sanitario e sociale superiore a 1,5 miliardi di euro. Un quadro preoccupante illustrato dal commissario europeo alla salute Jhon Dalli che, insieme alla collega per la ricerca e l'innovazione Maire Geoghegan Quinn, hanno lanciato un appello affinché si metta fine a un vero e proprio "abuso" degli antibiotici da parte delle persone, ma anche sugli animali.

* * *

L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto OsMed 2010 (luglio 2011)

http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/rapporto_osmed_2010_o.pdf

* * *

In «Gazzetta Ufficiale» la procedura per la verifica INPDAP

In caso di accertata e permanente inidoneità psicofisica al servizio del dipendente, l'amministrazione pubblica può risolvere il rapporto di lavoro. La procedura per la verifica dell'inidoneità, gli effetti e il trattamento giuridico ed economico della misura, sono ora disciplinati dal Dpr 27 luglio 2011, n. 171, pubblicato nella «Gazzetta Ufficiale» n. 245 del 20 ottobre scorso. Il provvedimento è stato emanato in attuazione della previsione legislativa di cui all'articolo 55-octies del Dlgs 165/2001, introdotto con il Dlgs 150/2009, attuativo della riforma Brunetta in materia di ottimizzazione ed efficienza del personale. Destinatari del nuovo regolamento sono tutti i dipendenti, anche con qualifica dirigenziale, di amministrazioni dello Stato, enti pubblici non economici, enti di ricerca, università e Agenzie di cui al Dlgs 300/1999. In via preliminare si realizza, nel provvedimento, una distinzione fra l'inidoneità psicofisica permanente assoluta e quella permanente relativa, rappresentando la prima lo stato di colui che: «A causa di infermità o di difetto fisico o mentale si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa», la seconda, invece è costituita dallo stato di colui che «a causa di infermità o difetto fisico o mentale si trovi nell'impossibilità permanente allo svolgimento di alcune o di tutte le mansioni dell'area, categoria o qualifica di inquadramento». È demandata allo stesso dipendente ovvero all'amministrazione

l'iniziativa per l'inizio della procedura per l'accertamento dell'inidoneità. Il dipendente può attivare la richiesta in qualsiasi momento dopo il superamento del periodo di prova. L'amministrazione può procedere solo in presenza di determinati casi quali l'assenza per malattia del dipendente allorché sia stato superato il primo periodo di conservazione del posto, come indicato dai contratti di lavoro, nel caso di gravi comportamenti che facciano evidenziare un'alterazione psichica, ovvero in presenza di condizioni fisiche tali da presumere un'inidoneità permanente e assoluta al servizio. L'amministrazione a conseguenza delle valutazioni relative alle condizioni del dipendente potrà chiedere che sia sottoposto a visita per verificarne l'eventuale inidoneità relativa o assoluta. Se quella assoluta è accertata, l'amministrazione ne dà notizia all'interessato e procede alla risoluzione del rapporto di lavoro con corresponsione dell'indennità sostitutiva del preavviso, se dovuta. L'articolo 6 del regolamento consente all'amministrazione di poter adottare misure di sospensione cautelare dal servizio, prima della visita medica di inidoneità, qualora sussistano evidenti comportamenti che inducano a considerare l'esistenza di alterazioni psichiche o un pericolo per la sicurezza e l'incolumità dello stesso dipendente o dei suoi colleghi o della stessa utenza. Stessa procedura è adottabile nel caso di condizioni fisiche del lavoratore che possano far presumere la sua inidoneità fisica o creare stati di insicurezza agli altri lavoratori o all'utenza. Qualora il dipendente non si presenti all'accertamento medico di inidoneità l'amministrazione può disporre la sospensione cautelare e richiedere un nuovo accertamento. In caso di reiterato e ingiustificato rifiuto di sottoporsi a visita, la stessa amministrazione provvede a risolvere il rapporto di lavoro. La sospensione, salvo situazioni d'urgenza, dovrà comunque essere preceduta dalla comunicazione all'interessato che potrà, entro cinque giorni, presentare eventuale ulteriore documentazione che dovrà essere obbligatoriamente valutata dall'amministrazione. Nel caso che l'accertamento medico dia esito negativo la sospensione dovrà cessare immediatamente. La sospensione cautelare non potrà superare la durata massima di 180 giorni, salvo rinnovo o proroga, in presenza di giustificati motivi.

* * *

Studio Besta Milano, 31% diagnosi errate su coma e stati vegetativi

"C'è molto di più" dietro quel buio della mente che avvolge i pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza. Un mondo fatto di silenzi, complicato, su cui stanno cercando di far luce gli scienziati dell'Istituto neurologico Besta di Milano, che a una prima conclusione sono già arrivati: "È tutto molto più difficile di come sembra e, al momento, il rischio di diagnosi imprecise è alto - spiega all'Adnkronos Salute Matilde Leonardi, la ricercatrice che dirige il progetto "Start up Coma research centre (Crc): diagnosi e prognosi dei disturbi della coscienza" - Abbiamo osservato che molti dei pazienti arruolati nel nostro studio erano stati classificati come affetti da un certo disturbo della coscienza che a un'analisi più approfondita si è rivelato diverso. Al momento la percentuale di diagnosi 'convertite' si aggira intorno al 31%, ma sono dati preliminari da convalidare".

Per quasi un paziente su tre, dunque, la diagnosi era sbagliata. E la percentuale più alta di errori è stata registrata in relazione agli stati vegetativi. "Sono molte di più le persone ritenute in stato vegetativo che, con le nostre valutazioni approfondite, si sono rivelate essere invece in stato di minima coscienza", osserva Leonardi oggi a Milano, a margine della presentazione dei risultati della ricerca targata Besta nel triennio 2009-2011. "Vale la pena di fare una riflessione - dice - dal momento che, grazie ai progressi della medicina e all'aumento dell'età media della popolazione, questi pazienti sono in aumento". Dai primi risultati dello studio coordinato dall'Irccs di via Celoria "emerge che siamo molto vicini a quel dato del 40% di errori di valutazione di cui si parla in letteratura", riflette la scienziata. E questo perché "c'è ancora molto da studiare". I pazienti con disturbi della coscienza "sono molto più complicati di come si pensava. E non possono essere rinchiusi in gabbie rigide. Le diagnosi vanno perfezionate, perché esistono diversi stadi di disturbi della coscienza. Su questo ci stiamo concentrando. E siamo al lavoro per definire una nuova stadiazione dei disturbi della coscienza". Per arrivare a una nuova riclassificazione più precisa dei disturbi della coscienza, continua Leonardi, "stiamo valutando i pazienti su più fronti, mixando le informazioni che ci arrivano dall'imaging, dalla clinica e dalla neurofisiologia". A un anno

dall'avvio del progetto biennale finanziato con 1,48 milioni di euro dalla Regione Lombardia sono stati 'arruolati' 79 pazienti in diversi centri italiani, con l'obiettivo di arrivare a 130 entro la fine del 2011 (è prevista la presa in carico di due pazienti a settimana). Per studiare la loro condizione in ogni minimo dettaglio è stata mobilitata un'équipe multidisciplinare composta da oltre 30 specialisti tra neurologi, neurofisiologi, neuroradiologi, fisici, neuropsicologi, bioingegneri, tecnici di neuroradiologia e neurofisiologia, fisiatri, neuroftalmologi e neurochirurghi. "Abbiamo coinvolto persino il dietologo, il dentista, l'otorino-laringoiatra", elenca la scienziata. "Viaggiamo al ritmo di 18 valutazioni settimanali. Si parte con l'inquadramento clinico del paziente, poi si valuta se questo corrisponde alle informazioni che ci arrivano dall'imaging e dall'analisi neurofisiologica". Al termine del periodo di ricovero i pazienti, con un trasporto in ambulanza a carico del Besta, tornano al centro di riabilitazione o di lungodegenza da cui provengono, e vengono seguiti in follow-up dal Crc-Besta per correlare i dati raccolti con l'evoluzione clinica successiva. I risultati di questi esami aprono scenari "molto interessanti - assicura Leonardi - Diversamente da quanto si pensava fino a oggi c'è una grande variabilità fra i pazienti, il costruito diagnostico non è così solido. Abbiamo inoltre osservato che a grandi lesioni non necessariamente corrispondono ad altrettanto gravi danni alla coscienza. Capita che il disturbo rilevato sia molto inferiore. E, allo stesso modo, succede che una minilesione causi dei danni enormi. Anche il decorso si differenzia da persona a persona". La visione multidisciplinare del Besta ha messo in luce anche problematiche inedite o sottovalutate dei pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza. "Dalla nostra osservazione è emerso che spesso sono bassi di peso, un aspetto che non si può sottovalutare. Se, infatti, questi pazienti sono poco nutriti, stanno peggio e sono più soggetti a piaghe da decubito e a infezioni", sottolinea Leonardi, che al Besta dirige l'Unità di neurologia, salute pubblica e disabilità. Isolati dal mondo, senza possibilità di comunicare con l'esterno, per le persone in stato vegetativo o di minima coscienza anche il mal di denti passa sotto silenzio. "I problemi dentistici ci sono stati segnalati spesso dalle famiglie. Abbiamo ritenuto importante anche una valutazione della salute della bocca, perché il paziente non potendo manifestare il dolore non può segnalare la presenza di un dente che duole", evidenzia la neurologa. Partner del progetto del Besta è la Fondazione europea di ricerca biomedica-Ferb onlus, che fra i suoi soci ha l'università europea del lavoro di Bruxelles e il Coma Science Group di Liegi, diretto dal neurologo Steven Laureys. Crc-Besta e Coma Science Group della Ferb stanno collaborando per lo sviluppo di protocolli comuni di ricerca per i pazienti con disturbi della coscienza.

* * *

Paracetamolo. Allarme overdose. Fatali dosi anche se di poco superiori al dovuto

L'ingestione, ripetuta nel tempo, di una quantità del farmaco anche solo leggermente aumentate rispetto a quelle consigliate, può portare a effetti tossici fatali. L'avvertimento arriva da uno studio pubblicato sul British Journal of Clinical Pharmacology.

23 NOV - Siamo abituati ad usarlo quando non ci sentiamo molto bene, come analgesico o antipiretico, ma un nuovo studio dell'Università di Edimburgo dimostra come il paracetamolo potrebbe essere pericoloso per la nostra salute. Preso nelle giuste dosi e quando necessario il farmaco è del tutto sicuro, ma la ricerca scozzese mette in evidenza che assumerne delle dosi un po' aumentate per un lungo periodo di tempo può causare overdose. Lo studio <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2125.2011.04067.x/abstract> è stato pubblicato sul British Journal of Clinical Pharmacology.

In particolare, l'overdose da paracetamolo ottenuta in questo modo sarebbe anche particolarmente difficile da riconoscere e dunque ancor più pericolosa. I pazienti infatti non riconoscono i sintomi dell'abuso e spesso non pensano che il malessere possa derivare proprio da quello. "Il rischio cresce nel tempo, non come per chi assume una dose massiccia tutta in una volta, magari per tentare il suicidio. Ma a un certo punto può arrivare ad essere fatale", ha spiegato Kenneth Simpson, docente dell'Università di Edimburgo che ha condotto lo studio.

Il problema infatti è che questo tipo di overdose è difficile da riconoscere, anche se si fanno analisi del sangue. I pazienti che arrivano in ospedale con questo problema possono avere livelli di pa-

racetamolo bassi nel sangue, anche se stanno andando incontro ad una crisi epatica o cardiaca. Questo dipende appunto dal fatto che l'abuso si è prolungato nel tempo e non è stato frutto di una overdose da dose singola.

Per arrivare a questo risultato i ricercatori scozzesi hanno considerato 663 pazienti della Royal Infirmary of Edinburgh, ricoverati tra il 1992 e il 2008 per lesioni al fegato legate all'uso di paracetamolo. Tra questi 161 avevano assunto dosi poco oltre le indicazioni mediche, a causa di dolori comuni come mal di testa, mal di denti, o dolori muscolari. U quarto dei soggetti era invece andato in overdose per aver preso due o più dosi senza rispettare le otto ore di distanza l'una dall'altra, superando dunque il limite giornaliero. Circa 48 pazienti avevano assunto in maniera eccessiva il farmaco per una settimana. In alcuni casi i pazienti avevano assunto due dosi di grandi dimensioni nello stesso giorno, altri invece due o tre compresse in più al dì in 4-5 giorni. "Questi pazienti si presentavano all'accettazione con problemi ai reni o al cervello, avevano più spesso bisogno di dialisi o di aiuto nella respirazione e correvano un rischio maggiore di morire, in rapporto a quelli da normale abuso", ha spiegato ancora Simpson. Lo studio ha infatti dimostrato che i pazienti che vanno in overdose da paracetamolo non assumendolo in unica soluzione, hanno circa un terzo di probabilità in più di morire per questo. Un problema ulteriore dipendeva dal fatto che queste persone arrivavano in ospedale in media più di un giorno dopo essere andate in overdose e per questo in condizioni peggiori.

Poiché come già detto l'analisi del livello di paracetamolo nel sangue può non essere un buon metodo per definire lo stato di salute di un paziente in overdose, i ricercatori pensano che sia necessario trovare al più presto un metodo per valutare quando sia possibile dimettere i pazienti, quando si possano curare farmacologicamente e quando ancora invece debbano essere messi in lista per un trapianto di fegato.

* * *

Merck & Co versa 950 mln per cause legali su Vioxx

Merck & Co ha raggiunto un accordo in base al quale verserà 950 mln di dollari per porre fine alle accuse legali e civili per l'utilizzo non autorizzato dell'antidolorifico Vioxx (rofecoxib). Il farmaco è stato ritirato dal mercato nel settembre 2004 a causa di rischi cardiaci correlati al suo utilizzo. Il Dipartimento di Giustizia ha affermato che Merck ha sostenuto l'uso del farmaco per il trattamento dell'artrite reumatoide, prima di essere autorizzato da Food and Drug Administration

Pfizer patteggia multa da 60 mld

Pfizer pagherà 60 mld di dollari per risolvere una disputa con il Governo americano sul pagamento di possibili tangenti per aggiudicarsi commesse fuori dai confini Usa.

* * *

Mille "eventi sentinella" in cinque anni nel SSN

Tra tutti gli eventi sentinella, cioè gli eventi avversi di particolare gravità che causano morte o gravi danni al paziente, che sono stati segnalati dalle strutture sanitarie dal 2005 al 2010, il suicidio o tentato suicidio è il più frequente (19,0%), seguito dalla morte o grave danno per caduta del paziente (16,08%). Il tasso di mortalità, tra tutti gli eventi segnalati, è del 45,36%. È quanto evidenzia il 3° Rapporto di monitoraggio degli eventi sentinella, che considera tutti gli eventi segnalati dalle strutture sanitarie da settembre 2005 a dicembre 2010 e validati dai 3 livelli (azienda, Regioni e Pa e ministero della Salute). Sono pervenute 1047 segnalazioni, di cui 873 valide ai fini della produzione della reportistica. La sorveglianza di questi eventi, già attuata in altri Paesi, costituisce un'importante azione di sanità pubblica, rappresentando uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali evenienze e per la promozione della sicurezza dei pazienti. È per questo che il ministero della Salute ha avviato dal 2005, prima in fase sperimentale, il monitoraggio degli eventi sentinella, avvalendosi di un protocollo per la raccolta ed analisi degli eventi, con lo scopo di giungere alla definizione di una modalità univoca e condivisa di sorveglianza sul territorio nazionale di tali eventi. Rispetto al precedente rapporto, vi è stato un incremento del numero delle segnalazioni, anche a seguito del D.M. 11 dicembre 2009, che istituisce, nell'ambito del Nuovo sistema

informativo sanitario, il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – Simes e individua la funzione di Osservatorio nazionale per il monitoraggio degli eventi sentinella (Osmes) presso la Direzione generale della programmazione sanitaria. Da rilevare una numerosità di eventi sentinella relativamente piccolo: infatti, nel periodo compreso tra settembre 2005 e dicembre 2010, a fronte di circa 2 milioni e 800.000 di parti sono stati segnalati 52 casi di eventi sentinella relativi a mortalità neonatale e 31 eventi sentinella relativi alla morte materna al parto; questi dati consentono di dare una risposta di tranquillità in termini di sicurezza sia per la madre che per il neonato. Analogamente per la chirurgia, il sistema di monitoraggio ha consentito di raccogliere, nel periodo considerato, 164 eventi sentinella correlati ad attività chirurgiche, a fronte di oltre 23 milioni di prestazioni erogate. Il 59,2% degli eventi è stato analizzato attraverso le metodologie indicate nel protocollo, con un significativo miglioramento(+14,8%) rispetto al precedente Rapporto. Nel 55,1% dei casi è stato individuato un piano di azione per prevenire il ripetersi dell'evento ed anche questo dato (che risulta maggiore del 15% rispetto al precedente rapporto) mette in luce le azioni condotte a vari livelli per il necessario approccio di cambiamento richiesto dal verificarsi di eventi sentinella. Dopo 5 anni di attività, in tutte le Regioni e P.A. vi è un referente per il Simes; in 19 Regioni e Pa l'inserimento dei dati avviene attraverso l'uso dell'applicativo web: la diffusione capillare sul territorio circa l'utilizzo del Simes, è stata possibile anche grazie allo svolgimento di corsi formativi di natura tecnica che il ministero ha svolto presso le Regioni che ne hanno fatto richiesta.

* * *

Sanità. Forum Risk: eventi avversi, tasso in Italia al 5,17% - Alto dato prevenibilità: 56,7% contro 43,5% altri paesi.

“Eventi avversi” in sanità: in Italia il tasso è al 5,17% contro il 9,2% registrato in altri studi a livello internazionale. Sono questi i numeri che emergono da una ricerca promossa e finanziata dal ministero della Salute e realizzata dal Centro gestione rischio clinico della Regione Toscana e illustrati in anteprima al Forum risk management in sanità, ad Arezzo.

Un dato però che non deve far abbassare la guardia è quello che riguarda la “prevenibilità degli eventi avversi” che in Italia è più alta in confronto a quella riscontrata in altri Paesi: 56,7% rispetto al 43,5%. Altro aspetto rilevante della ricerca sono le conseguenze degli “eventi avversi”, che nel 66% dei casi provocano un prolungamento della degenza (ogni giorno di degenza ha un costo per il Ssn di euro 400) e nel 28% possono comportare una disabilità o il decesso del paziente.

* * *

Agopuntura: sicura anche per gli adolescenti

La tecnica orientale di infissione degli aghi sarebbe sicura anche su bambini e ragazzi di età inferiore ai 18 anni. Per chi ama le tecniche non invasive, riequilibranti e quasi totalmente prive di effetti collaterali, c'è un nuovo studio revisionale condotto dai ricercatori dell'Università di Alberta (Canada) che infonde ancor più sicurezza, soprattutto se si tratta di “piccoli” pazienti.

Sono sempre più, infatti, le persone che si rivolgono all'agopuntura per curare, spesso con successo, diversi disturbi. Gli stessi adulti, spesso però, hanno qualche riserva se a dover seguire la cura è uno dei loro figli, ritenuti troppo piccoli per farsi infiggere degli aghi.

Analizzando 37 studi che includono oltre 1.400 pazienti, i ricercatori hanno notato che gli effetti collaterali come dolore, ecchimosi, sanguinamento o peggioramento dei sintomi era estremamente raro e si verificava in un massimo del 12 per cento delle persone trattate.

Secondo lo studioso, dottor Sunita Vohra, tale percentuale potrebbe essere di gran lunga inferiore se gli aghi fossero infissi da operatori qualificati.

«Tra gli eventi avversi associati all'agopuntura pediatrica, la maggior parte di questi sono di lievissima entità. Molti degli eventi avversi più gravi potrebbero essere stati causati dalla pratica scadente», concludono infatti i ricercatori.

Lo studio, pubblicato sulla rivista *Pediatrics*, ha quindi lo scopo di tranquillizzare i genitori che

vogliono rivolgersi a questa tecnica, in molti casi efficace, per i loro figli. Ma vuole anche mettere in guardia dai possibili operatori non qualificati. Rivolgetevi dunque sempre a medici agopuntori che conoscete bene o di cui potete verificarne l'effettiva istruzione e qualifica.

* * *

È consigliabile la mammografia annuale per le ultraquarantenni

Tutte le donne di età superiore ai 40 anni dovrebbero sottoporsi a controlli mammografici annuali. Lo suggerisce una ricerca dell'Elizabeth Wende Breast Care di Rochester, Usa, secondo cui superata questa età la probabilità di sviluppare una forma invasiva di cancro al seno e metastasi ai linfonodi sono pari, rispettivamente, al 64 e al 30% sia per le donne che hanno una storia familiare di tumore mammario, sia per coloro che non ha nessun caso in famiglia. Lo studio ha coinvolto 1.071 pazienti tra i 40 e i 49 anni, a 373 delle quali è stato diagnosticato il tumore. Di queste, solo il 39% presentava casi di cancro alla mammella in famiglia. Stamatia Destounis, autrice della ricerca, ha discusso questi risultati durante il convegno annuale della Radiological Society of North America in corso a Chicago (Stati Uniti)

<http://www.clinicalimagingscience.org/downloadpdf.asp?issn=2156-7514;year=2011;volume=1;issue=1;page=48;epage=48;aulast=Dhillon;type=2>

* * *

Salute. Immuno-nutrizione: l'influenza si previene a tavola - Al primo posto sempre la vitamina c

Tenere alla larga l'influenza senza farmaci è un tentativo valido se ci si "allea con la tavola". Alcuni alimenti, infatti, aumentano la resistenza del fisico all'attacco di virus influenzali e parainflenziali tipici dell'inverno. A fondamento di queste scelte alimentari mirate c'è l'immuno-nutrizione.

Nella hit delle sostanze 'amiche', secondo gli esperti di Melarossa.it (sito dedicato all'alimentazione e al benessere con la consulenza scientifica della Società Italiana di Scienza dell'Alimentazione) c'è la vitamina C, di cui sono particolarmente ricchi i kiwi, gli agrumi e gli ortaggi a foglie verdi. Ottimi sono anche gli alimenti ricchi di acidi grassi omega-3, come il pesce e in particolare il pesce azzurro. A seguire c'è lo zinco, componente essenziale di molti enzimi indispensabile per il buon funzionamento del sistema immunitario:

lo si trova soprattutto nelle carni, in particolare nel filetto, costata e girello, ma anche nel pesce, soprattutto polpo, nel latte e derivati. Un ruolo particolare nell'immuno-nutrizione, lo hanno poi gli aminoacidi: la glutamina e l'arginina. Quest'ultima si trova soprattutto nella carne, mentre la glutamina si trova soprattutto nel latte e nei formaggi. Infine occorre preoccuparsi che nella dieta anti-influenza vi sia anche il resveratrolo, una molecola di origine vegetale presente nella buccia dell'acino d'uva, ma anche nei pinoli, nelle bacche e negli anacardi.

Secondo gli esperti, comunque, per preservare il benessere nella stagione dei malanni è indispensabile rispettare le norme igieniche di base, praticare uno sport, coltivare un hobby o semplicemente per rilassarsi e riposare. È certo, infatti, che lo stress psicofisico rende più vulnerabile il fisico all'attacco di virus e batteri.

* * *

Sognare aiuta a vivere meglio: diminuisce lo stress

Per metabolizzare le difficoltà del quotidiano non c'è miglior rimedio che sognare.

Stando alla ricerca condotta dall'Università della California di Berkeley, durante la fase REM del sonno, quella in cui si sogna, i circuiti cerebrali dello stress si spengono, permettendo al cervello di processare le esperienze emotive. Secondo Matthew Walker, responsabile della ricerca, la fase

REM "ci offre una sorta di terapia notturna, un balsamo lenitivo che rimuove i bordi taglienti delle esperienze emotive del giorno precedente". E al risveglio "ci sentiamo meglio e pensiamo di potercela fare". Per giungere a questa conclusione, i ricercatori hanno monitorato l'attività cerebrale di 35 giovani adulti durante la visione di immagini emozionali che sono state fatte visualizzare due volte: metà dei partecipanti ha osservato le immagini la prima volta al mattino e la seconda di sera, mentre l'altra metà dei volontari le ha visualizzate la prima volta di sera e la seconda volta il mattino seguente, dopo aver dormito.

Si è così riscontrato che dormire tra una visione e l'altra riduce la reazione emotiva alla seconda visione delle immagini e attenua l'attività dell'amigdala, l'area cerebrale che processa le emozioni.

* * *

Uno studio apre alla lettura dei sogni attraverso scansioni cerebrali

Analizzare l'attività cerebrale mentre si sta dormendo potrebbe presto permettere di leggere i sogni. Ad aprire a questa prospettiva è una ricerca del Max Planck Institute of Psychiatry di Monaco, Germania, pubblicata da *Current Biology*. Gli autori dello studio hanno chiesto a un gruppo di "sognatori lucidi" – così sono chiamate le persone in grado di prendere coscienza del fatto di sognare e di scegliere quali azioni compiere durante i sogni – di eseguire specifici movimenti con le mani durante i sogni. Grazie all'impiego di scansioni cerebrali mentre i partecipanti dormivano, i ricercatori hanno dimostrato che i movimenti compiuti con le mani nel sogno attivavano la corteccia sensorimotoria del cervello. Ciò ha portato ad ipotizzare che i dati ottenuti in esperimenti di questo tipo potrebbero aiutare a decifrare i sogni spontanei.

Il "Sogno Lucido" si distingue dal tipico sogno notturno perché il sognatore, in questo caso "oniro-nauta" (viaggiatore del sogno), è cosciente, consapevole che sta sognando e riesce ad indirizzare le azioni che si svolgono nel sogno. Solo per questa tipologia un gruppo di neuroscienziati del Max Planck Institute of Psychiatry di Monaco, ha effettuato uno studio utilizzando la risonanza magnetica, giungendo alla conclusione che nel cervello, durante il sogno lucido, si attiva la corteccia motoria, stessa zona cerebrale attiva quando il soggetto è realmente impegnato a svolgere l'azione sognata. Dunque in futuro, ipotizzano gli studiosi, sarà possibile ricostruire la trama dei sogni altrui come se si trattasse di un film. "Sognare non è solo come guardare un film, ma è un momento in cui il cervello lavora, svolgendo un'azione particolare. E lo fa mettendo in moto una zona specifica" ha affermato Martin Dresler, uno dei ricercatori della Max Planck Institute of Psychiatry a proposito dei risultati ottenuti.

Dreamed Movement Elicits Activation in the Sensorimotor Cortex. Current Biology 21, 1833-1837, 2011

* * *

La memoria migliora dopo l'esercizio fisico

Una ricerca ha scoperto che subito dopo aver fatto esercizio fisico la memoria migliora, perché aumenta la produzione di una proteina che migliora la funzionalità delle cellule nervose. A dimostrarlo è uno studio irlandese oggetto di pubblicazione *New York Times*. All'indagine ha preso parte un gruppo di studenti universitari sedentari che, dopo essere stati sottoposti alla visione di una rapida sequenza di foto raffiguranti facce e nomi di estranei, dovevano ricordare i nomi legati ai visi delle persone appena viste, proposte da una successiva rappresentazione proposta da un pc. Successivamente metà degli studenti è salita su una cyclette, pedalando a un ritmo crescente finché non erano esausti, mentre gli altri sono rimasti seduti per 30 minuti. Entrambi i gruppi hanno rifatto il test di memoria e quelli che si erano sottoposti all'esercizio fisico hanno ottenuto risultati nettamente migliori rispetto alla prima volta in stato di riposo. Chi è rimasto in poltrona non ha prodotto miglioramenti. Una possibile spiegazione del fenomeno può essere letta attraverso le analisi del sangue; subito dopo l'esercizio in bicicletta sono stati riscontrati livelli più alti di una proteina, il fattore neurotrofico cerebello derivato (bdnf), che aumenta il benessere delle cellule nervose. Anche se ci sono altri fattori di crescita e composti chimici regolati dallo sforzo

fisico, afferma Ahmad Salehi, dell'università di Stanford, "il fattore bdnf è quello che cresce più velocemente e maggiormente. Sembra essere la chiave non solo per preservare la memoria, ma anche le capacità cognitive".

* * *

Esperto OMS, povertà taglia 8-10 anni vita, peggio con la crisi

"In alcune città dell'Europa occidentale, gli abitanti che vivono in aree più disagiate, o che appartengono a gruppi socio-economici svantaggiati, vivono in media almeno 8-10 anni in meno, con picchi di oltre 30 anni, rispetto ai residenti in aree abbienti o provenienti da contesti sociali benestanti. La crisi economica, e il suo impatto sulla percentuale di persone che vivono in povertà assoluta o relativa, sta esacerbando questo problema in un numero crescente di paesi, Italia inclusa". È l'allarme lanciato da Erio Ziglio, direttore dell'Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo all'OMS, che domani chiuderà i lavori del Meeting europeo dell'Afar (Associazione Fatebenefratelli per la ricerca Biomedica e Sanitaria, riunita in questi giorni a Venezia con i ricercatori della rete europea. "Le iniquità di salute – prosegue Ziglio – possono essere definite come quelle differenze sistematiche, evitabili e ingiuste nello stato di salute tra diversi gruppi sociali in una data società. Recenti studi hanno dimostrato che, negli ultimi decenni, vi sono stati dei miglioramenti nello stato di salute generale della popolazione nella gran parte dei Paesi europei. Tuttavia, anche in Europa persistono condizioni di iniquità sotto questo aspetto, sia tra differenti Paesi che tra diversi gruppi sociali all'interno della stessa nazione. I gruppi più vulnerabili, e persone che vivono in povertà, pagano il prezzo più alto in termini di salute-malattia". Le iniquità nello stato di salute stanno diventando motivo di preoccupazione per molti Paesi sia dell'Ue che nel resto del vecchio continente. "Oltre a rappresentare un problema nazionale – sottolinea l'esperto – la consapevolezza del bisogno di contrastare le iniquità di salute è aumentata anche a livello regionale e locale". Secondo Ziglio, il sistema sanitario può contrastare questo stato di cose a diversi livelli, con azioni che spaziano dalla fornitura del servizio al ruolo di leadership e governance istituzionale. Azioni che possono "portare a un miglioramento delle prestazioni del sistema sanitario, e al tempo stesso portare valore aggiunto allo sviluppo umano ed economico e alla giustizia sociale, sia a livello nazionale che locale".

* * *

Infezioni. Molto efficaci alcuni rimedi naturali. Dal tè bianco alla tintura di rosa

Sono sostanze naturali – polvere di tè bianco, foglie di hamamelis essiccate e tintura di rosa – e sono in grado di fermare le infezioni in maniera sorprendente. Lo studio della Kingston University che lo dimostra è stato pubblicato sulla rivista *Journal of Inflammation*.

"Per millenni il genere umano ha usato rimedi naturali per provare – talvolta con risultati anche sorprendenti – a preservare la propria giovinezza. Ma mai avremmo pensato che le stesse sostanze naturali potessero offrire anche trattamenti clinici per rallentare la progressione di infiammazioni e dunque trattare malattie come cancro, diabete o artrite". A parlare è Declan Naughton, docente della Kingston University, che con il suo team ha appena dimostrato che sostanze usate in cosmetica, come tè bianco ed estratto di rosa, oltre che mantenere la pelle liscia e senza rughe potrebbero avere effetti benefici anche su alcune patologie.

La ricerca che ha condotto al risultato, pubblicata sulla rivista *Journal of Inflammation*, ha preso in considerazione tre particolari rimedi naturali: polvere di tè bianco (*Camellia sinesis*), foglie di hamamelis (*Hamamelis virginiana*) essiccate e tintura di rosa (*Rosa alternifolia*), dimostrando che queste sono in grado di rallentare le infiammazioni che sono alla base di malattie come cancro, diabete, artrite, sindromi neurodegenerative, problemi cardiovascolari e patologie polmonari. Effetti tanto positivi che secondo i ricercatori è difficile continuare a ignorare le proprietà benefiche di queste piante.

Le infiammazioni sono infatti alla base di alcune di queste malattie, e ne sostengono lo sviluppo.

Inoltre sono correlate a invecchiamento precoce e morte prematura. "L'infiammazione è un vero e proprio serial killer", ha semplificato Naughton. "È sicuramente una buona idea fermarne la diffusione o magari addirittura prevenirla del tutto".

A questo scopo, il docente e il suo team hanno testato estratti di 21 piante diverse, per controllarne gli effetti. Tra queste, le tre sostanze sopra elencate hanno dimostrato di avere la capacità di diminuire la quantità di interleukina-8, una proteina prodotta dal sistema immunitario cruciale nella comparsa delle infiammazioni. "Quando inizia un processo infiammatorio – che la causa sia un taglietto sul dito o l'artrite a un'articolazione – il corpo comincia a produrre l'interleukina-8. Per questo abbiamo cominciato a cercare un modo per bloccare questo meccanismo e quindi fermare il progresso dell'infezione.

Il risultato? Sorprendente. Sebbene ricerche precedenti avessero già ottenuto dei risultati incoraggianti, gli scienziati che hanno pubblicato quest'ultimo studio sono rimasti stupiti dalle proprietà di queste piante. In particolare, infatti, il tè bianco e l'hamamelis sono risultati essere in grado di ridurre la produzione di interleukina-8 fino all'83-85%. L'estratto di rosa, che tra tutti ha ottenuto i risultati peggiori, riusciva comunque a inibirne la produzione della proteina di percentuali che oscillavano tra il 30 e il 45%.

È proprio il caso di dire, sembra, che queste piante nascondano non solo il segreto della bellezza, ma anche quello della salute.

<http://www.journal-inflammation.com/content/8/1/27>

* * *

Gli ultrasessantacinquenni hanno superato il 20% della popolazione

L'Italia ha raggiunto il traguardo storico del 20,3% della popolazione con più di 65 anni. La cartella clinica dello stivale, disegnata dalla relazione sullo stato sanitario del paese presentata dal ministro Renato Balduzzi, parla di un paziente più longevo, ma pigro, che non riesce a rinunciare al fumo, che vive molti anni di disabilità negli ultimi anni di vita. Se da una parte di è quasi dimezzata dal 1980 la mortalità generale, diminuisce la mortalità infantile (ridotta del 22% per i maschi e del 24% per le femmine), dall'altra le malattie del sistema circolatorio e i tumori si confermano le principali cause di malattia e mortalità. Alla Campania spetta il titolo di Regione con la più alta mortalità d'Italia sia per gli uomini sia per le donne. Dopo la Campania, la mortalità più alta, sia maschile sia femminile, si registra in Sicilia. La mortalità per tumori e quella per malattie del sistema circolatorio tracciano una chiara polarizzazione a sfavore delle Regioni più industrializzate del Paese in termini di mortalità per tumori e a sfavore delle Regioni meridionali in termini di mortalità per malattie cardiovascolari. In questo panorama, la Campania si distingue anche per la mortalità per tumore del polmone fra gli uomini, tra i quali si registra il tasso più alto del Paese. Fra le buone notizie si è ridotta del 60% dal 1980 la mortalità per malattie cardiocircolatorie e dagli anni '90 è diminuita del 20% la mortalità per tumori. Il numero totale dei consumatori di droga (sia quelli occasionali sia quelli che le usano quotidianamente) è stimato in circa 2.924.500. Le percentuali di persone che nella popolazione generale contattata (su un campione di 12.323 soggetti di età compresa tra 15-64 anni) hanno dichiarato di avere usato almeno una volta nella vita stupefacenti sono risultate, rispettivamente, 1,29% per l'eroina, 4,8% per la cocaina, 22,4% per la cannabis, 2,8% per gli stimolanti – amfetamine – ecstasy, 1,9% per gli allucinogeni. Nel 2008 sono quasi 7 milioni le donne, tra i 16 e i 70 anni, che hanno subito violenze fisiche o sessuali nel corso della loro vita e 900.000 le vittime di ricatti sul lavoro. Il fenomeno è sottostimato come nel caso degli stupri. Per quanto riguarda la violenza sui minori, si legge nel rapporto, "anche in questo caso la maggior parte degli abusi avviene in casa e in famiglia". L'Italia, tra i paesi europei, si colloca tra quelli a basso rischio di suicidio. Nel biennio 2007-2008, si sono verificati 7.663 suicidi (3.757 nel 2007 e 3.906 nel 2008). Di questi nel 77% dei casi il suicida è un uomo. Sebbene "il fenomeno del suicidio, in termini assoluti, assuma dimensioni più rilevanti in età anziana, è nei giovani che esso rappresenta una delle più frequenti cause di morte". Il rapporto segnala infatti che nelle fasce di età 15-24 e 25-44 anni, il suicidio è stato nel biennio 2007-2008 la quarta più frequente causa di morte, circa l'8% di tutti i decessi. Fra le malattie infettive, infine, l'Aids: dall'inizio dell'epidemia

nel 1982 a oggi sono stati segnalati oltre 61.000 casi di Aids, con quasi 40.000 deceduti.

* * *

Online tutti i concorsi del Ministero della Salute

Il ministero della Salute ha pubblicato il nuovo portale internet www.trovalavoro.salute.gov.it, per promuovere la massima conoscenza delle possibilità di lavoro offerte dal Servizio Sanitario nazionale sia per le professioni sanitarie come il medico, l'infermiere, il tecnico di laboratorio, sia per il personale non sanitario. Il portale, realizzato dalla Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del ministero in collaborazione con l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, permette per la prima volta gratuitamente e liberamente la consultazione e la ricerca in tempo reale di concorsi ed esami in ambito sanitario e di tutte le informazioni correlate, come diari e graduatorie. Il portale contiene tutti i concorsi in ambito sanitario pubblicati nella Gazzetta Ufficiale 4a Serie Speciale Concorsi (a partire dal 1° agosto 2011) avvisi e aggiornamenti. I concorsi riguardano più di 1080 enti e strutture del SSN (enti centrali, Asl, Aziende ospedaliere, Irccs, Izs, ospedali, etc) e tutte le professioni sanitarie e arti ausiliarie più ruoli non sanitari. L'iniziativa editoriale on line rientra nelle attività di sviluppo e ristrutturazione del portale istituzionale www.salute.gov.it.

* * *

Uno studio fa luce sui meccanismi che generano lo stress

La risposta fisiologica allo stress dipende dai neurosteroidi, molecole che interagendo con specifici recettori localizzati sui neuroni CRH, Corticotrophin Releasing Hormone, aumentano i livelli ematici dell'ormone corticosterone. Lo hanno dimostrato i ricercatori della Tufts University, Boston, Usa, che sono riusciti a bloccare questo meccanismo e il comportamento ansioso ad esso associato nei topi, impedendo la sintesi dei neurosteroidi. "Il nostro prossimo lavoro – spiega Jamie Maguire, coordinatore della ricerca – sarà incentrato sulla modulazione di questi recettori per trattare disturbi associati allo stress, incluse epilessia e problematiche depressive".

"Neurosteroidogenesis Is Required for the Physiological Response to Stress: Role of Neurosteroid-Sensitive GABAA Receptors". The Journal of Neuroscience, 2011, 31[50]:18198-18210
<http://www.jneurosci.org/content/31/50/18198.abstract?sid=a5b8db5f-28af-40a4-bfa3-2bdfbca80806>

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 26 novembre 2011

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
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 PIERGIOORGIO	Via L.Visconti, 1/b – Ferrara	328/95.64.040
ESPERTI VINCENZO	Via Rubizzano, 1902/c – S.Pietro in Casale	327/53.40.055 335/18.18.648
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
GUALANO CHIARA	Via C.Cattaneo, ½ - Bologna	349/87.13.430
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
MONALDI ALICE	Via S.Donato, 80/3 – Bologna	0734/67.75.65 333/38.63.322
MONTORI MARIA	Via Gobetti, 17 – Bologna	329/98.64.870
MUSCI MARIANGELA	Via G.Emanuel, 13 – Bologna	328/09.43.015
NIKOLAKAKI MARIA	Via Lino Gucci, 4 – Bologna	388/60.44.969 051/56.06.67
NIKOLLAU NIKOLETA	Via Barozzi, 4 – Bologna	320/67.75.921
PALAIÀ 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
SERENA TIZIANA	Via S.Felice, 51 – Bologna	349/60.58.835
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
BOSCHI SABINA	Scienza dell'Alimentazione	341/43.28.278
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	Geriatrica e Gerontologia	051/62.30.844
		393/52.42.452
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

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

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 interattivo di Ecografia transvaginale nelle urgenze ginecologiche

10-11 febbraio 2012

Aula Magna di Nuove Patologie - Università degli Studi di Bologna - A. O. U. Policlinico S. Orsola Malpighi, Pad. 5 - Via Massarenti, 9 40128 Bologna

Direttore del Corso: **Dott. Luca Savelli**

SSD Pronto Soccorso

Ostetrico-Ginecologico ed OBI

Dipartimento Salute della Donna,

del Bambino e dell'Adolescente

A. O. U. S. Orsola-Malpighi, Bologna

Venerdì 10 Febbraio 2012

I Sessione - Il dolore pelvico

II Sessione - Menometrorragie

Sabato 11 Febbraio 2012

III Sessione - Patologie del I trimestre

Iscrizione

Quota di iscrizione euro 200,00

(IVA 21% inclusa)

Segreteria organizzativa

MCR Service

Via Finlandia, 26 - 50126 Firenze

Tel. 055 4364475 Fax 055 4222505

E-mail: info@mcrconference.it

www.mcrservice.it

La certificazione di malattia

24 febbraio 2012

Bologna - Direzione Regionale INPS

Via Milazzo 4/2

Segreteria

fimmg - Via Todaro n° 8 - Bologna

Tel. 051/247337 - Fax 051/247338

fimmgbo@libero.it

La partecipazione al corso è gratuita - Sono previsti crediti ECM - Le schede di partecipazione devono essere inviate, via email o fax alla segreteria FIMMG sopra indicata.

3D Bologna in Diagnosis, Planning and Treatment in Maxillofacial Surgery

Bologna, 30-31 marzo 2012

Policlinico S.Orsola M.

Segreteria scientifica

Alberto Bianchi, MD DMD

Oral & Maxillofacial Unit

S.Orsola-Malpighi Hospital

University of Bologna Via Massarenti 9

40138 Bologna

Tel. +39 051 6364205 - Fax +39 051 6363641

alberto.bianchi@aosp.bo.it

Segreteria organizzativa

Nadia Borelli

Fondazione Alma Mater

Via T. Martelli 22/24 - 40138 Bologna

Tel. +39 051 2091409 - Fax +39 051 2091981

mobile +39 339 8401902

n.borelli@fondazionealmamater.it

Informazioni

www.3dbologna.com

PICCOLI ANNUNCI

Murri - Chiesa Nuova: piano terra affitto signorile studio medico composto da attesa, 2 studi, 2 bagni. Possibile esercizio contemporaneo di 2 medici. Idoneo anche per odontoiatria. Posto auto riservato. Tel. 051/440376 ore ufficio o 348/8126096.

Via Bellinzona, affittasi a medici specializzandi appartamento composto da 3 camere, bagno, cucina e 2 balconi. Informazioni dopo le ore 20 al numero: 334/3380162

Vicolo del Falcone, affittasi a medico specializzando bilocale arredato, silenzioso e luminoso. Informazioni dopo le ore 20 al numero: 334/3380162

Adiacenze Piazza Aldrovandi, vendesi n. 2 posti auto in garage. Informazioni dalle ore 20 al numero: 334/3380162

Affittasi ambulatori a Medici, Psicologi, Laureati Area Medica, Odontoiatri (studio attrezzato ed autorizzato), in studio medico nel centro storico di Bologna, angolo P.zza Galileo, adiacente a garage pubblico con libero accesso sirio autorizzato. Per info tel.: 3355431462.

Vendesi in via San Mamolo lussuoso appartamento completamente ristrutturato - videocitofono - 2 cantine - risc. autonomo / condizionatori / filodiffusione - pavimenti parquet - 3 camere (1 con doppia cabina armadio) - 2 bagni (1 in camera singola) sala con cucina completamente arredata a vista. Balcone. Per info tel. 349/6288208.

Vendesi prestigiosa villa su 3 piani via Gandino (Bologna) con dependance e ampio giardino di proprietà. Da ristrutturare. Trattative riservate - Tel. 334/9564464

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.cdosl.it. Cercasi ecografisti.

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

Affittasi studio dentistico con una unità operativa sito in Bologna centro. Anche a giornate. Tel. 051/941872

Offresi mezza giornata a specialisti in studio medico in San Lazzaro Centro. Ottima posizione. Per info 335/6571046.

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 mezza giornata (mattino e/o pomeriggio). Per informazioni Tel. 051/557366 (cell 348/6712133) dal lunedì al venerdì 9,30-12,30/14,30-19,30

Situato viali circonvallazione in Bologna affittasi con canone onnicomprensivo molto interessante a specialisti - non odontoiatri in poliambulatorio. Per info tel. 334/2687853.

Centro di Radiologia in provincia di Pesaro cerca specialista in radiologia per sostituzione od incarico professionale. Telefonare 340.5427016.

Affittasi ambulatorio in via S. Felice 98, 2° piano con ascensore e portiere: ingresso, 2 stanze con balcone, bagno e posto auto condominiale. Euro 400,00 mensili. Per info Tel. 338.5454907.

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.

Affittasi per cessata attività studio odontoiatrico, autorizzato e completo di attrezzature in Zona Mazzini, composto da: sala d'attesa, zona sterilizzazione, 2 locali operativi, 2 bagni, ripostiglio, per un totale di circa 100 mq. tel. 051/544758.

Affittasi ambulatorio medico, adiacenze ospedale Sant Orsola, 550.00 euro mensili onnicomprensivo. Telefonare al 338/5893272.

Murri - Chiesa Nuova: piano terra affitto signorile studio medico composto da attesa, 2 studi, 2 bagni. Possibile esercizio contemporaneo di 2 medici. Idoneo anche per odontoiatria. Posto auto riservato. Tel. 051/440376 ore ufficio o 348/8126096.

Norme editoriali

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

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

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

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

Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.

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

Annunci: testo di massimo 500 battute

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