

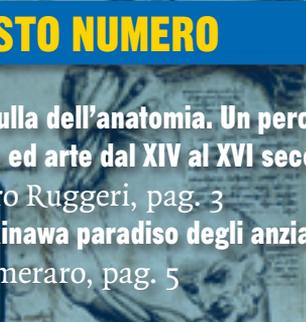
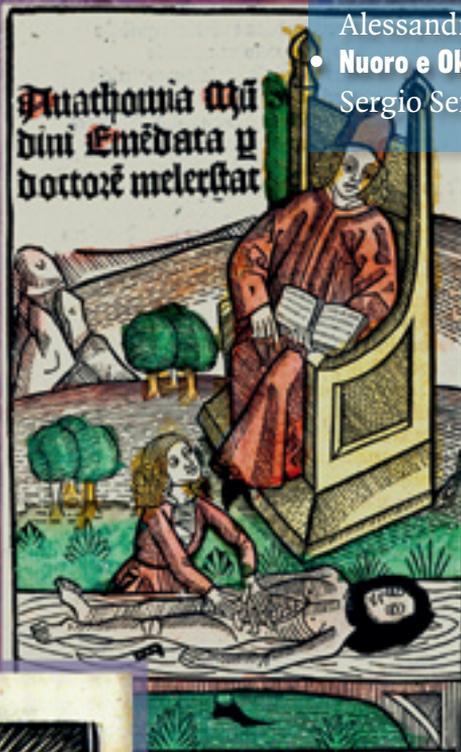
# BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XL - N° 2 FEBBRAIO 2009

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

## IN QUESTO NUMERO

- **Bologna, culla dell'anatomia. Un percorso fra scienza ed arte dal XIV al XVI secolo**  
Alessandro Ruggeri, pag. 3
- **Nuoro e Okinawa paradiso degli anziani**  
Sergio Semeraro, pag. 5



# BOLOGNA COMPUTER

## CENTRO ASSISTENZA E VENDITA

UFFICIO E LABORATORIO TECNICO – Via Ranzani, 17/A – 40127 BOLOGNA

RIPARAZIONI E VENDITA TUTTE MARCHE PC E NOTEBOOK,

MONITOR, TV, DVD, HI-FI, VHS, STAMPANTI, IPOD

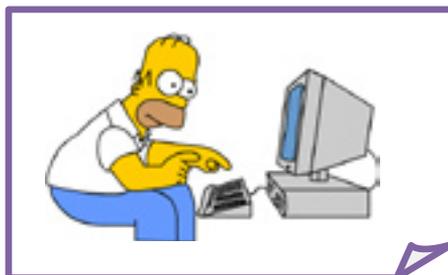
ASSISTENZA TECNICA PER AZIENDE E PRIVATI

INSTALLAZIONI RETI

CORSI DI FORMAZIONE

PERMUTA NUOVO/USATO

*Quando  
Qualità e Assistenza  
Fanno la differenza*



Rep. Commerciale – 051/249927

Fax – 051/245777

E-mail: [info@bolognacomputer.it](mailto:info@bolognacomputer.it)

[www.bolognacomputer.it](http://www.bolognacomputer.it)



Acquisti online [www.chl.it](http://www.chl.it)

# BOLLETTINO NOTIZIARIO



**ORGANO UFFICIALE  
DELL'ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGH  
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

Dott. Salvatore Vatrella

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

I testi dovranno essere inviati in cartelle dattiloscritte e in forma informatica, preferibilmente *word*.

Pubblicazione Mensile

Spedizione in A.P. - 45%

art. 2 comma 20/b - legge 662/96

Filiale di Bologna

Autorizzazione Tribunale di Bologna  
n. 3194 del 21 marzo 1966

Contiene I.P.

Editore: Ordine Medici Chirurghi  
ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:  
Renografica - Bologna

Il Bollettino di gennaio 2009  
è stato consegnato in posta  
il giorno 13/02/2009

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

Direzione, redazione e amministrazione:

via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna

Tel. 051 399745

[www.odmbologna.it](http://www.odmbologna.it)

# SOMMARIO

ANNO XL - FEBBRAIO 2009 N° 2

## **ARTICOLI**

Bologna, culla dell'anatomia.

Un percorso fra scienza ed arte dal XIV al XVI secolo • **3**

Appunti di sociobiologia di genere.

Nuoro e Okinawa paradiso degli anziani • **5**

## **NOTIZIE**

Accordo tra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e i dentisti dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani e dell'Associazione odontoiatri Cattolici Italiani per sconti ai soggetti a basso reddito • **9**

Corte di Giustizia delle Comunità Europee

Definizione giuridica di medicinale • **10**

Commissione provinciale del farmaco (CPF) • **17**

Fondo Specialisti esterni gestito dall'ENPAM • **17**

Uso psicofarmaci per bambini affetti da sindrome da deficit di attenzione e iperattività • **18**

Comunicazione della commissione al Parlamento Europeo e del Consiglio - Proposta di Raccomandazione del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e la lotta contro le infezioni nosocomiali • **19**

La fondazione ANT Italia Onlus è vicina alle donne operate al seno • **25**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **26**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **27**

**CONVEGNI CONGRESSI • 28**

**PICCOLI ANNUNCI • 31**

# **ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA**

## *Presidente*

Dott. GIANCARLO PIZZA

## *Vice Presidente*

Dott. LUIGI BAGNOLI

## *Segretario*

Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

## *Tesoriere*

Dott. SALVATORE VATRELLA

## *Consiglieri Medici*

Dott. FABIO CATANI

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. VITTORIO LODI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

Dott. CARMELO SALVATORE STURIALE

## *Consiglieri Odontoiatri*

Dott. CARLO D'ACHILLE

Dott. ANDREA DUGATO

## *Commissione Albo Odontoiatri*

Presidente: Dott. CARLO D'ACHILLE

Segretario: Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Componenti: Dott. EMANUELE AMBU

Dott. PIETRO DI NATALE

Dott. ANDREA DUGATO

## *Collegio dei Revisori dei Conti*

Presidente: Dott. ENNIO CARMINE MASCIELLO

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO

Dott.ssa CATERINA GALETTI

Supplente: Dott. ANDREA BONFIGLIOLI

# Bologna, culla dell'anatomia. Un percorso fra scienza ed arte dal XIV al XVI secolo

ALESSANDRO RUGGERI, PROFESSORE ORDINARIO DI ANATOMIA UMANA, FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA, UNIVERSITÀ DI BOLOGNA;  
DIRETTORE DEL MUSEO DELLE CERE ANATOMICHE "LUIGI CATTANEO"

**Dal numero di gennaio 2009 il Bollettino si avvale della preziosa collaborazione del prof. Alessandro Ruggeri, Ordinario di Anatomia Umana dell'Alma Mater e Direttore del Museo delle Cere Anatomiche "Luigi Cattaneo".**

**Il prof. Ruggeri, inoltre, si è reso disponibile, per gli iscritti al nostro Ordine, a guidare delle visite al Museo delle Cere Anatomiche "Luigi Cattaneo".**

**Chi fosse interessato è pregato di contattare la Segreteria dell'Ordine al fine di costituire gruppi e concordare col prof. Ruggeri le date di visita.**

Nell'XI secolo Bologna è una città con un'economia fiorente ed un attivissimo sviluppo culturale, collocata in una strategica posizione geografica. Ad essa confluiscono docenti e studenti che, facendo propri i valori fondamentali di libertà dell'insegnamento e di indipendenza della ricerca scientifica, creano i presupposti per la nascita della più antica Università dell'Occidente. Gli storici indicano l'anno di nascita 1088. Il giurista Irnerio è considerato il primo discente che seppe trasmettere con l'insegnamento le sue personali ricerche. In quegli anni si hanno notizie raccolte da atti notari che testimoniano la presenza di medici non solo attivi nella professione ma anche nella gestione di Scuole private.

È però solo nel 1288 che il Comune di Bologna applica ai docenti ed agli studenti di medicina gli stessi privilegi accordati agli studiosi di materie giuridiche ed economiche.

Nel XIII secolo il corpus medicus dell'insegnamento è ancora influenzato dalla dottrina umorale di Ippocrate e dalle conoscenze dogmatiche di Galeno. La medicina pratica è limi-

tata a interventi chirurgici semplici e di superficie, come ad esempio per la cura di affezioni della pelle, delle ferite, fistole, calcoli, fratture. È sufficiente dare un'occhiata ai programmi della Facoltà Medica dell'Università di Bologna del XII-XIV secolo per comprendere quanto la scuola si basasse su riferimenti teorici e poco spazio fosse dato all'applicazione pratica.

Un radicale cambiamento si ha con Mondino de' Liuzzi (1270-1326) che introduce in Bologna la dissezione del cadavere come esercizio indispensabile per lo studio e l'apprendimento della medicina. Nell'anno 1316 esce la prima edizione dell'*Anothomia*, il cui aspetto innovativo è dato dall'interesse rivolto quasi esclusivamente allo studio pratico dell'anatomia attraverso l'attività settoria per prendere familiarità nella conoscenza del corpo e nella pratica del bisturi. Emerge chiaramente dalla lettura dell'opera di Mondino il giudizio critico riservato più volte alle descrizioni dei testi classici di Galeno e Avicenna, per lo più teoriche o prive di esperienza diretta. L'*Anothomia* circolerà in tutta Europa per oltre due secoli. Sorprendentemente (ma non per quei tempi!) le prime edizioni sono prive di iconografia. A queste, nell'arco di due secoli, succederanno nuove edizioni trascritte ed emendate da altri autori, ove compaiono sempre più numerose figure anatomiche. Una delle più famose edizioni è l'*Anothomia Mundini* per Carpum castigata che Berengario da Carpi (1460-1530) consegna alle stampe nel 1514. Berengario da Carpi, un affermato medico che introduce la terapia mercuriale per la cura della sifilide, assegna grande importanza all'osservazione diretta sul cadavere e in particolare intuisce il valore didascalico delle immagini nei testi a stampa, così da affidare l'incarico ad artisti

che lo seguivano nelle sue dissezioni, fra questi Amico Aspertini e seguaci di Francesco Francia.

Le immagini riportate in questi volumi risentono però ancora delle tradizionali forme di espressione artistica dell'epoca legata a schemi e modelli tardo-alessandrini. In particolare rispecchiano la profonda riverenza che gli anatomisti avevano nei confronti degli antichi testi; una dipendenza che si giustifica anche per una sorta di superiorità che veniva attribuita alla parola scritta rispetto a quanto era desunto dall'osservazione e che spiega la diffusa mancanza di consapevolezza della necessità di corredare di illustrazioni i testi anatomici.

Colpisce il confronto di queste immagini anatomiche con gli studi di nudo di artisti dell'epoca o addirittura anche di epoche precedenti, quali il Pollaiuolo, Luca Signorelli, Leonardo da Vinci, Albrecht Dürer, Michelangelo Buonarroti, Raffaello Sanzio. Risalta subito il differente approccio nella rappresentazione dell'immagine fra scienziato e artista. L'uno non è disposto ad assecondare gli entusiasmi e le velleità espressive degli artisti, nella convinzione che l'illustrazione anatomica debba essere essenzialmente un mezzo di documentazione e di comunicazione scientifica. L'altro, essendo impegnato a trasmettere all'opera il proprio vissuto interiore, cede inevitabilmente ad interpretazioni personali, come ad esempio nei corpi atletici di Michelangelo.

Ed è vero che fino al XV secolo lo scienziato e l'artista hanno percorso sentieri indipendenti, rivendicando a sé piena autonomia. Il Pollaiuolo (1489-1498) dedica agli artisti i propri studi sul nudo e realizza con grande verismo una famosa incisione, la battaglia di nudi, che rappresenta un modello didattico di grande successo; più tardi il bolognese Bartolomeo Passerotti (1528-1592) svolge una sua autonoma indagine sull'anatomia del corpo per fornire una sicura base scientifica al proprio operato artistico. Di contro, il biologo naturalista Ulisse Aldrovandi (1522-1605) si rivolge agli artisti chiedendo loro di riprodurre la realtà nel modo più oggettivo possibile.

Ma questo differente atteggiamento filosofico, questa distanza fra anatomia artistica e anatomia scientifica, che manteneva divisi anche fisicamente le due classi di pensiero si ve-

niva progressivamente annullando nella universale personalità di Leonardo da Vinci. In Leonardo convivono in egual misura lo spirito scientifico del ricercatore e la potenzialità espressiva dell'arte. I suoi disegni, ora facenti parte della Royal Collection di Windsor, sono finalmente di carattere scientifico e mostrano un dettaglio anatomico perfetto, senza per questo essere freddi, così che non è possibile tracciare una linea di demarcazione fra l'arte e l'anatomia. Leonardo con questi disegni avrebbe voluto realizzare un testo-atlante di Anatomia con l'anatomista dell'Università di Pavia Marcantonio della Torre. Un'opera che sperava di completare attorno all'anno 1510 ma che purtroppo non fu portata a termine.

Finalmente l'Anatomista e l'Artista s'incontrano in una stretta collaborazione tra dissezione anatomica e disegno su tavola nel *De humani corporis fabrica* di Andrea Vesalio (1514-1564). Quest'opera si ricongiunge alla dottrina introdotta più di due secoli fa da Mondino de' Liuzzi, attribuendo alla dissezione un ruolo decisivo nella produzione del sapere e attribuendo ad essa anche una funzione essenziale nella ricerca. Altrettanta importanza assegna all'illustrazione anatomica per il suo essenziale aiuto nella comprensione della forma e delle sfumature di colore. Per questo arricchisce l'opera di innumerevoli figure anatomiche che non solo devono evidenziare i dettagli anatomici ed i requisiti scientifici tratti dalla dissezione ma anche devono saperne comunicare le relazioni spaziali e topografiche. Per queste ragioni l'iconografia del *De humani corporis fabrica* è affidata all'artista di scuola tizianesca Jan de Calcar.

#### *Didascalie delle figure di copertina*

Sullo sfondo è rappresentato un particolare dell'affresco di Luca Signorelli della Cappella di S. Brizio nel Duomo di Orvieto. Al centro il frontespizio del volume *Anothomia Mundini* nella versione editoriale del 1494; in alto a destra un disegno dei muscoli ed ossa della spalla di Leonardo da Vinci appartenente alla collezione della Royal Library di Windsor; in basso a destra lo scheletro umano visto di profilo del *De humani corporis fabrica* di Andrea Vesalio; in basso a sinistra un disegno del volume *Isagogae breves* (1523) di Berengario da Carpi eseguito da un artista della scuola del Francia.

# Appunti di sociobiologia di genere. Nuoro e Okinawa paradiso degli anziani

SERGIO SEMERARO - GERIATRA

Cosa unisce la Provincia sarda all'Arcipelago sede di leggendarie battaglie fra Americani e Giapponesi nel corso dell'ultima guerra mondiale? Ce lo svelano numerosi studi geriatrico-gerontologici eseguiti da équipes di autorevoli ricercatori. Questi si sono particolarmente soffermati su importanti peculiarità di genere.

## SOCIOBIOLOGIA

La definizione ufficiale di Sociobiologia risale al 1975 ad opera di Wilson<sup>1</sup>: **“lo studio sistematico delle basi fisiologiche di ogni forma di comportamento sociale”**.

Si tratta di una materia interdisciplinare che accomuna discipline biologiche e socio-Umanistiche e che si esprime, nell'enunciazione di Wilson, in due capitoli.

**La Sociobiologia Generale**, che si occupa anche degli animali e la Sociobiologia che si occupa solamente dell'... *animalis homo*.

I presupposti filosofici sono rilevabili, a giudizio dei ricercatori, in Herbert Spencer e Piotr Krapotkin, su cui non ci soffermiamo.

Le conclusioni di Wilson<sup>1</sup> sono state in seguito sottoposte a critiche e rielaborazioni. Fra i più negativi i giudizi dei cosiddetti “critici di Boston” (E. Allen ed altri), che imputavano al “padre” della Sociobiologia l'accomunazione delle problematiche dell'uomo e quelle degli... altri animali. Uno dei maggiori oppositori fu anche Sahlius col suo “Usi ed abusi della Sociobiologia”<sup>2</sup>. Pensiamo tuttavia che, a prescindere dell'estremismo evolutionistico di Wilson, la valutazione degli elementi che vicendevolmente collegano la Biologia alla Sociologia, rappresentino un suggerimento assai utile per studiare e comprendere sia la donna e l'uomo sia la società che essi si costruiscono intorno.

Reputiamo che queste nostre note possano esserne una modesta riprova.

Del resto il grande Wirkow asseriva essere la

medicina una disciplina sociale e, di conseguenza, i medici operatori sociali.

## Nuoro

### Molti centenari e minore differenza di longevità fra uomini e donne

Le ricerche sulla longevità in alcune zone della provincia nuorese sono state eseguite con il coinvolgimento di équipes internazionali ed i risultati sono stati pubblicati su “*Experimental Gerontology*”<sup>3</sup>.

Le ricerche eseguite in Sardegna sono localizzate nella così detta “Blue zone” caratterizzate da una particolare longevità delle popolazioni. Tale caratteristica è propria dei territori prevalentemente montagnosi compresi nella zona centro-orientale dell'isola.

Risultano assai significativi alcuni dati relativi alla provincia di Nuoro comparati a quelli dell'Italia e di un'altra nazione europea come il Belgio (Tab. 1).

Tab. 1 - Centenari

SEDE	PERCENTUALI
NUORO	17,9 / 100.000 abitanti
ITALIA	14,1 / 100.000 abitanti
BELGIO	10,5 / 100.000 abitanti

Le ipotesi avanzate a spiegazione della particolare longevità di queste popolazioni sono varie. Una di queste sarebbe l'instaurarsi di caratteristiche genetiche dovute a matrimoni fra consanguinei e la scarsità di immigrazioni.

Per quel che concerne la maggior speranza di vita degli uomini, con conseguente critica riduzione della sex-ratio (rapporto fra centenari donne e centenari uomini)<sup>3</sup>, viene invocata una maggior incidenza sugli uomini di loro peculiari caratteristiche comportamentali associate o meno a fattori di ordine genetico (Tab. 2).

**Tab. 2 - Sex-Ratio (centenari donna-uomo)**

SEDE	SEX-RATIO
NUORO	RAPPORTO = 1,40
ITALIA	RAPPORTO = 3,80
BELGIO	RAPPORTO = 7,08

## Okinawa

### Paradiso degli uomini e, ancor più, delle donne

Un gruppo di autorevoli ricercatori da più di 20 anni studia le caratteristiche degli abitanti di Okinawa con particolare riguardo ai loro record di sopravvivenza ed alle caratteristiche socio-ambientali di questa isola.

Si tratta dell'Okinawa Center Study che ha sede presso l'Università di Naha, capoluogo appunto di quell'arcipelago appartenente al Giappone.

I risultati di questi accuratissimi studi offrono all'osservazione, anche dei profani, interessanti dati riguardanti la singolare vita di queste popolazioni, in particolare per quanto riguarda il genere femminile.

Va innanzitutto premesso che, mentre gli studi eseguiti in Sardegna si muovevano lungo una linea che prediligeva l'approccio genealogico, l'Okinawa General Study punta molto sulla valutazione dei fattori di ordine ambientale.

I rilievi di ordine generale riguardano innanzitutto L'ASPETTATIVA DI VITA che, secondo il Ministero Giapponese della Salute, raggiunge gli 86 anni per la donna ed i 78 per gli uomini<sup>4</sup>.

Ciò costituisce una sorta di record mondiale in quanto risulta superiore anche alla media nazionale registrata in Giappone, la cui popolazione è all'avanguardia nel pianeta quanto a sopravvivenza.

Quanto ai CENTENARI ne sono stati censiti nell'isola 400 su una popolazione di 1,3 milioni, vale a dire 34 su 100.000 abitanti contro i 5-10 degli Stati Uniti<sup>5</sup>.

La longevità non costituisce la sola caratteristica di queste popolazioni in quanto la loro è una vita non solo "lunga" ma anche caratterizzata da un notevole benessere e minore incidenza dei quadri morbosi che solitamente caratterizzano gli ultimi decenni della nostra esistenza.

Citiamo ad esempio i dati dell'"International Journal of Epidemiology" che riguardano l'epidemiologia della demenza<sup>6</sup>.

Tale quadro morboso, tipico dell'età senile e a volte di quella presenile, presenta in Okinawa in prevalenza complessiva del 6,7%, significativamente inferiore ad esempio alla prevalenza registrata nel nostro paese: 8,4%.

I dati sulla prevalenza della demenza riguardante gli abitanti di 85-90 anni sono ancora più eclatanti: 17% ad Okinawa contro 30% di Giappone e Stati Uniti.

Qual è il segreto di queste popolazioni?

Secondo i ricercatori esso non va individuato nel patrimonio genetico o solo in esso. Importanza fondamentale rivestono, a loro avviso, favorevoli fattori di ordine ambientale, la buona organizzazione sociale ed, in primis, le sane abitudini alimentari.

Ne sono una dimostrazione il peggioramento della salute e la riduzione dell'aspettativa di vita rilevate in abitanti di Okinawa emigrati in altri paesi.

### Le donne di Okinawa

Dagli studi dell'Università di Naha emergono dati assai suggestivi concernenti il *genere femminile*. Tali dati riguardano le donne in merito ad alcune caratteristiche della loro vita e della loro peculiare individualità psicobiologica, con particolare riguardo alle interrelazioni fra biologia e sociologia. La Sociobiologia trova infatti in queste isole significativi spunti e materia di studio.

### La menopausa

Vi è un'affermazione di grado assoluto degli Autori del citato volume su Okinawa che val la pena di citare letteralmente. La frase è la seguente. **"Di fatto non vi sono donne che seguono la terapia ormonale sostitutiva: non ne hanno bisogno"**.

### Gli estrogeni naturali

A cosa devono le donne di Okinawa questa menopausa particolarmente "felice". Secondo quei ricercatori la loro qualità di vita dipende in gran parte dalla dieta.

Quest'ultima, se ben guidata può sostituire, a loro parere, la terapia estrogenica ed estroprogestinica che sappiamo costituire un di-

mostrato fattore di rischio per le neoplasie, in particolare per quella mammaria. Basti citare i dati del Women Health Initiative.

Una dieta ricca di soia, come quelle in uso ad Okinawa, offre infatti all'organismo una fonte naturale di "fitoestrogeni" o estrogeni vegetali chiamati flavonoidi. Azione analoga hanno i "lignani" contenuti nel lino.

Estrogeni vegetali sono contenuti anche nei legumi ma in quantità assai minore.

L'azione di questi estrogeni naturali non si concretizza solo riducendo i sintomi menopausali ma agisce anche riducendo le fratture d'anca e la mortalità per malattie cardiovascolari<sup>7</sup>.

Ne diamo una sintesi significativa con la tabella n. 3.

Va inoltre ricordato che la capacità di ridurre l'incidenza di malattie cardiache da parte di queste sostanze è stata ribadita dalla U.S. Food and Drug Administration<sup>8</sup>.

### Tumori della mammella

Anche in questo campo le statistiche prediligono le donne di Okinawa. Sono indicativi i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>9</sup> e del Ministero Giapponese della Salute e della Previdenza Sociale<sup>4</sup> relativi ai decessi annuali per tali malattie.

Tali dati sono eclatanti. La tabella n. 4 ne dà una sintesi significativa che, in questo caso, associa anche i dati relativi alle morti per neoplasia prostatica

**Tab. 3 - Rapporto tra consumo di bioflavonoidi e patologie**

SEDE	CONSUMO DI BIOFAVONOIDI (mg/die)	SINTOMI MENOPAUSALI (%)	FRATTURE D'ANCA*	MORTALITÀ PER MALATTIE CARDIACHE*
POPOLAZIONE DI OKINAWA	100 mg	16,1%	44,14	10
U.S.A.	13 mg	46,2%	82,06	18

Fonte: Okinawa Center Study - \* annuali / 100.000

## VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

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

BOLOGNA - V. DELL'OSSERVANZA, 19

CENTRALINO: TEL. 051 580 395

AMBULATORI: TEL. 051 644 7852

UFFICIO PRENOTAZIONI RICOVERI:

TEL. 051 644 0324 - FAX: 051 580 315

e-mail: villabaruzzianafn@intervision.it

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

**Tab 4 - Decessi per Ca mammario e prostatico**

PAESE	NEOPLASIE MAMMARIE*	NEOPLASIE DELLA PROSTATATA*
OKINAWA	6	4
U.S.A.	13	28
SVEZIA	34	52
ITALIA	37	23

Fonte: Okinawa Center Study

\*per 100.000 abitanti

Anche in questo caso viene invocata l'azione dei fitoestrogeni che vengono considerati alternativi ai SERM (SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATOR). A questi appartengono, come noto il Tamoxifene ed il Raloxifene. I fitoestrogeni hanno la caratteristica di esercitare un'azione selettiva sui tessuti, quali ad esempio il tessuto osseo, con beneficio di questo. Non agiscono su mammelle ed endometrio.

In tutti i casi la capacità di prevenzione del Tamoxifene sarebbe inferiore al 50% rispetto ai Fitoestrogeni.

Da rilevare inoltre che i SERM possono produrre gravi effetti collaterali quali l'incremento del rischio di trombosi ed ictus.

### Le donne anziane di Okinawa

L'aspettativa di vita delle donne di Okinawa si attesta attorno agli 86 anni contro i 78 degli uomini. Si tratta di un divario fra i due generi rilevante: 8 anni contro i 7 degli Stati Uniti, i 6 dell'Italia, i 4 della Cina ed il solo anno dell'India<sup>1</sup>. "Why women live longer than men"? La dottoressa Royde Crase, che si pone il problema appunto della maggior sopravvivenza delle donne, attribuisce tale fenomeno ai particolari schemi comportamentali del genere femminile di quelle popolazioni.

Vanno ricordati alcuni aspetti di ordine sociale. Ad esempio, al momento del matrimonio, le donne di quest'isola contano alcuni anni meno del coniuge. Ne risulta che la loro vedovanza ha una durata in media di 15 o più anni.

Indipendentemente dalla vedovanza queste donne, secondo le indagini sociali, rivelano una propensione alla vita autonoma nettamente superiore alla media delle donne giapponesi.

Rimangono tuttavia ben integrate nella vita della comunità, mantenendo rapporti con parenti ed amici.

Anche le donne occidentali sono più religiose degli uomini e ciò le accomuna alle donne di Okinawa. Queste si distinguono peraltro per una singolare caratteristica: esse sono spesso la figura di punta della loro Religione, tant'è che gli sciamani ed i capi spirituali sono per lo più di genere femminile.

### Caro dottore: Ti pago... finché sono sano

Gli abitanti di Okinawa fruiscono, come tutti i giapponesi, di un buon sistema previdenziale ed assistenziale. Persiste peraltro fra loro un'antica tradizione. **Essi versano periodicamente una somma al medico di fiducia. Ciò si avvera peraltro finché il paziente gode di ottima salute.**

Tale versamento si arresta infatti allorché si presenta una malattia<sup>10</sup>.

Quanto di meglio per orientare i medici curanti verso la "medicina preventiva"!

### Bibliografia

- 1) Wilson E. O.: *La Sociobiologia*, La Nuova Sintesi 1975.
- 2) *The use and abuse of sociobiology*, University of Michingam, Ann Arbor 6. 1976.
- 3) *Esperimental gerontology* 39, 2004; 1423-1429 e 41, 2006; 723-736.
- 4) Ministero Giapponese della Salute e della Previdenza Sociale. Sez. Inf. e Stat. 1996.
- 5) Hittr e Coll.: *Lancet* Vol. 354 (1999), 652.
- 6) Ogurac e Coll.: *International J. Epidemiol.*, Vol. 24 (1995) 373.
- 7) Okinawa Centenarian Study 2000.
- 8) U.S. Food and drug administration, Fed Regist 64; 206, 1999.
- 9) World health statistic Annual. Ginevra 1966.
- 10) Citazione da: Okinawa l'isola dei centenari, Sperling e Kupfer 2008.

Capitolo tratto da "DONNE E DOTTORI" di Sergio Semeraro e Stefano Semeraro.

In corso di pubblicazione

## Accordo tra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e i dentisti dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani e dell'Associazione Odontoiatri Cattolici Italiani per sconti ai soggetti a basso reddito

### ACCORDO

Tra

**Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali**, con domicilio eletto presso la sede di Via Lungotevere Ripa n. 1, 00153 Roma, nella persona del Sottosegretario di Stato, Prof. Ferruccio FAZIO, d'ora in poi denominato brevemente "Amministrazione", da una parte

e

**L'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (siglata ANDI)**, con sede legale in Roma Via Lungotevere Sanzio n. 9, nella persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore Dott. Roberto CALLIONI, d'ora in poi denominata brevemente "Associazione"

e

**L'Associazione Odontoiatri Cattolici Italiani (siglata OCI)**, con sede legale in Roma Via Nurallao n. 15, nella persona del Segretario Generale Dott. Franco CONDÒ (per delega del rappresentante legale pro tempore), d'ora in poi denominata brevemente "**Associazione**", dall'altra

### Premesso

Che tra le parti in data 28 luglio 2008 è stato sottoscritto un accordo (da ora denominato **accordo-quadro**) per favorire l'accesso alle cure odontoiatriche per particolari categorie svantaggiate, garantendo le prestazioni di cui all'art. 2 ad onorari di riferimento secondo l'elenco di cui all'art. 3; che, per quanto riguarda i beneficiari, le parti hanno già individuato i soggetti con indice di misura della condizione economico-patrimoniale (ISEE) non superiore ad euro ottomila/00, nonché, limitatamente alla visita odontoiatrica con ablazione tartaro ed insegnamento igiene orale, alle donne in gravidanza, come stabilito dall'art. 4 dell'accordo;

- che, per le ulteriori categorie, l'art. 4, 1° co. n. 1, ha rinviato alle parti la relativa individuazione sulla base dei criteri e delle modalità definiti dal successivo art. 6, disponendo che, in mancanza, saranno ammessi al beneficio i soggetti aventi diritto alla esenzione totale dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per fasce di età e per prestazioni specialistiche in relazione a patologie croniche e/o invalidanti;
- che è interesse delle parti dare attuazione all'accordo mediante indicazione delle ulteriori categorie di beneficiari secondo criteri, modalità e condizioni tali da garantirne l'individuazione in maniera uniforme;
- tanto premesso, l'Amministrazione e le Associazioni

### convengono:

- Le parti, fatta salva la facoltà di revisione, confermano la validità dei criteri di immediata appli-

*Casa di Cura*  
**Ai Colli**

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO  
 PER MALATTIE MENTALI**

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

---

**40136 BOLOGNA**  
 VIA SAN MAMOLO, 158 - TEL. 051 581073 - FAX 051 6448061  
 Sito internet: [www.aicolli.com](http://www.aicolli.com)  
 E-mail: [casadicura@aicolli.com](mailto:casadicura@aicolli.com)

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

cazione già definiti nell'accordo-quadro all'art. 4 nn. 2-) ("soggetti con indice di misura della condizione economico-patrimoniale (ISEE) non superiore ad euro 8.000,00 (euro ottomila/00) indipendentemente dall'età") e 3-) ("donne in gravidanza, limitatamente alla visita odontoiatrica con ablazione del tartaro ed insegnamento dell'igiene orale");

- Per quanto concerne il criterio di cui all'art. 4 sub n. 1-) dell'accordo-quadro, le parti dispongono l'ammissione al beneficio delle seguenti categorie:

1. soggetti, con indice di misura della condizione economico-patrimoniale (ISEE) non superiore ad euro 10.000,00 (diecimila/00), aventi diritto, sulla base della normativa regionale vigente nel luogo di residenza del beneficiario nel momento in cui viene richiesta la prestazione, alla esenzione totale dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per ragioni di età, con i seguenti limiti: minori di età fino a sei anni ed anziani con età dai sessantacinque anni in poi;

2. a prescindere dall'età, soggetti con indice di misura della condizione economico-patrimoniale (ISEE) non superiore ad euro 10.000,00 (diecimila/00) a beneficio dei quali, sulla base della normativa regionale vigente nel momento in cui viene richiesta la prestazione, la azienda sanitaria locale di appartenenza od altra autorità competente del servizio sanitario nazionale abbia disposto la esenzione totale dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni specialistiche in relazione a patologie croniche;

3. a prescindere dall'età, soggetti con indice di misura della condizione economico-patrimoniale (ISEE) non superiore ad euro 10.000,00 (diecimila/00) a beneficio dei quali, sulla base della normativa regionale vigente nel momento in cui viene richiesta la prestazione, la azienda sanitaria locale di appartenenza od altra autorità competente del servizio sanitario nazionale abbia disposto la esenzione totale dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni specialistiche in relazione a patologie invalidanti;

4. a prescindere dall'età, tra gli esenti per invalidità, i soggetti con indice di misura della condizione economico-patrimoniale (ISEE) non superiore ad euro 10.000,00 (diecimila/00) riconosciuti inabili al lavoro con invalidità 100% e soggetti riconosciuti affetti da handicap grave ai sensi dell'art. 3 legge n. 104/1992;

5. i titolari di "social card" a norma dell'art. 81, comma 29 ss., legge 6 agosto 2008, n. 133, di conversione, con modifiche, del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112.

Le parti si riservano di modificare o sostituire in ogni momento i seguenti criteri nel rispetto di quanto disposto dall'accordo quadro, anche relativamente ai limiti ISEE di 10.000,00 (diecimila/00) definiti nei punti n. 1-), n. 2-), n. 3-) e n. 4-) del presente atto.

Rispetto al criterio di cui all'art. 4, comma 1 n. 2-) ("soggetti con indice di misura della condizione economico-patrimoniale (ISEE) non superiore ad euro 8.000,00 (euro ottomila/00) indipendentemente dall'età"), le parti potranno procedere ad un revisione del limite ISEE di 8.000,00 (ottomila/00) entro sei mesi dalla sottoscrizione del presente accordo.

Letto, approvato e sottoscritto in Roma addì 11 dicembre 2008

*Il Ministero del lavoro della Salute e delle Politiche Sociali - Prof. Ferruccio FAZIO  
L'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) - Il Presidente  
L'Associazione Odontoiatri Cattolici Italiani (OCI) - Il legale rappresentante*

\* \* \*

## Corte di Giustizia delle Comunità Europee Definizione giuridica di medicinale

Pubbllichiamo il testo integrale della sentenza emanata dalla Corte di Giustizia delle Comunità Europee il 15.01.09.

In ordine a una significativa vicenda, la Corte ha indicato alcuni importanti canoni interpretativi relativi al delicato ed attuale tema della individuazione di ciò che è farmaco e ciò che non può comprendersi in questa categoria. L'art. 1, punto 2, lett. b), della direttiva 2001/83, come modificata dalla direttiva 2004/27, deve essere interpretato nel senso che, esclusi i casi di sostanze o composizioni destinate a stabilire una diagnosi medica, un prodotto non può essere considerato

come medicinale ai sensi di tale disposizione quando, tenuto conto della sua composizione – compreso il dosaggio di sostanze attive – e in condizioni normali di uso, non è idoneo a ripristinare, correggere o modificare in modo significativo funzioni fisiologiche dell'uomo, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica.

## **SENTENZA DELLA CORTE (Prima Sezione)**

**15 gennaio 2009 (\*)**

«Direttiva 2001/83/CE - Artt. 1, punto 2, e 2, n. 2 - Nozione di "medicinale per funzione" - Prodotto di cui non sia accertata la qualità di medicinale per funzione - Considerazione del dosaggio di sostanze attive»  
Nel procedimento C-140/07, avente ad oggetto la domanda di pronuncia pregiudiziale proposta alla Corte, ai sensi dell'art. 234 CE, dal Bundesverwaltungsgericht (Germania) con decisione 14 dicembre 2006, pervenuta in cancelleria il 12 marzo 2007, nella causa

**Hecht-Pharma GmbH**

contro

**Staatliches Gewerbeaufsichtsamt Lüneburg,**

con l'intervento di:

**Vertreterin des Bundesinteresses beim Bundesverwaltungsgericht,**

**LA CORTE (Prima Sezione)**

composta dal sig. P. Jann, presidente di sezione, dai sigg. M. Ilesic, A. Tizzano, A. Borg Barthet (relatore) e J.-J. Kasel, giudici,

avvocato generale: sig.ra V. Trstenjak

cancelliere: sig. M.-A. Gaudissart, capo unità

vista la fase scritta del procedimento e in seguito all'udienza del 24 aprile 2008,

considerate le osservazioni presentate:

– per la Hecht-Pharma GmbH, dall'avv. C. Sachs, Rechtsanwältin;

– per lo Staatliches Gewerbeaufsichtsamt Lüneburg, dal sig. H. Laackmann, in qualità di agente;

– per il governo greco, dalle sig.re N. Dafniou e O. Patsopoulou nonché dal sig. M. Apessos, in qualità di agenti;

– per il governo polacco, dalla sig.ra E. OÊniecka-Tamecka nonché dai sigg. T. Krawczyk e P. Dabrowski, in qualità di agenti;

– per il governo del Regno Unito, dalla sig.ra Z. Bryanston-Cross, in qualità di agente, assistita dal sig. A. Henshaw, barrister;

– per la Commissione delle Comunità europee, dai sigg. B. Stromsky, B. Schima e G. Wilms, in qualità di agenti,

sentite le conclusioni dell'avvocato generale, presentate all'udienza del 19 giugno 2008,

ha pronunciato la seguente

### **Sentenza**

1) La domanda di pronuncia pregiudiziale verte sull'interpretazione della direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 6 novembre 2001, 2001/83/CE, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano (GU L 311, pag. 67), come modificata dalla direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 31 marzo 2004, 2004/27/CE (GU L 136, pag. 34; in prosieguo: la "direttiva 2001/83"), in particolare dei suoi artt. 1, punto 2, e 2, n. 2.

2) Tale domanda è stata presentata nel contesto di una controversia tra la Hecht-Pharma GmbH (in prosieguo: la «Hecht-Pharma») e lo Staatliches Gewerbeaufsichtsamt Lüneburg (Ispettorato del lavoro e della manodopera di Lüneburg), vertente sulla qualificazione di un prodotto chiamato "Red Rice" come integratore alimentare oppure come medicinale ai fini della sua immissione in commercio sul territorio tedesco.

### **Contesto normativo**

*La normativa comunitaria*

3) Ai sensi dell'art. 1, punto 2, della direttiva 2001/83, nella sua versione originale, doveva essere considerata "medicinale":

"ogni sostanza o composizione presentata come avente proprietà curative o profilattiche delle malattie umane.

Ogni sostanza o composizione da somministrare all'uomo allo scopo di stabilire una diagnosi medica o di ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche dell'uomo (...)."

4) Ai termini dell'art. 1, punto 2, della direttiva 2001/83, deve ora intendersi per "medicinale":

"a) ogni sostanza o associazione di sostanze presentata come avente proprietà curative o profilattiche delle malattie umane; o

b) ogni sostanza o associazione di sostanze che possa essere utilizzata sull'uomo o somministrata all'uomo allo scopo di ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica".

5) L'art. 2, nn. 1 e 2, della direttiva 2001/83 dispone quanto segue:

"1. La presente direttiva si applica ai medicinali per uso umano destinati ad essere immessi in commercio negli Stati membri, preparati industrialmente o nella cui fabbricazione interviene un processo industriale.

2. In caso di dubbio, se un prodotto, tenuto conto dell'insieme delle sue caratteristiche, può rientrare contemporaneamente nella definizione di "medicinale" e nella definizione di un prodotto disciplinato da un'altra normativa comunitaria, si applicano le disposizioni della presente direttiva".

6) Il secondo, il terzo, il quarto e il settimo 'considerando' della direttiva 2004/27 così recitano:

"(2) La legislazione comunitaria finora adottata ha contribuito in misura considerevole alla realizzazione della circolazione libera e sicura dei medicinali per uso umano e all'eliminazione degli ostacoli al commercio di tali prodotti. Tuttavia, tenuto conto dell'esperienza acquisita, è risultata evidente la necessità di nuove misure per eliminare gli ostacoli alla libera circolazione ancora esistenti.

(3) Occorre di conseguenza ravvicinare le disposizioni legislative, regolamentari e amministrative nazionali che presentano differenze sui principi essenziali per promuovere il funzionamento del mercato interno, fatto salvo l'obiettivo di realizzare un livello elevato di protezione della salute umana.

(4) Lo scopo principale delle normative sulla fabbricazione e la distribuzione dei medicinali per uso umano dovrebbe essere quello di assicurare la tutela della salute pubblica. Questo scopo dovrebbe tuttavia essere raggiunto avvalendosi di mezzi che non ostacolino lo sviluppo dell'industria farmaceutica o il commercio dei medicinali nella Comunità.

(...)

(7) A seguito, in particolare, dei progressi scientifici e tecnici, occorrerebbe chiarire le definizioni e l'ambito d'applicazione della direttiva 2001/83/CE in modo da conseguire un livello elevato di requisiti di qualità, sicurezza ed efficacia dei medicinali per uso umano. Al fine di tener conto, da un lato, della comparsa di nuove terapie e, dall'altro, del numero crescente dei prodotti detti "di frontiera" tra il settore dei medicinali e gli altri settori, occorrerebbe modificare la definizione di "medicinale" per evitare dubbi sulla normativa da applicare qualora un prodotto corrisponda pienamente alla definizione di medicinale, ma eventualmente anche alla definizione di altri prodotti regolamentati. Tale definizione dovrebbe specificare il tipo di azione che il medicinale può esercitare sulle funzioni fisiologiche. Questa enumerazione di azioni renderà possibile inoltre coprire medicinali quali la terapia genica e i radiofarmaci, nonché taluni medicinali per uso topico. Tenuto conto inoltre delle caratteristiche della normativa farmaceutica, occorre prevederne l'applicazione. Al medesimo scopo di chiarire le possibili situazioni, qualora un prodotto rientri nella definizione di medicinale, ma eventualmente anche nella definizione di altri prodotti regolamentati, è necessario, nei casi dubbi e ai fini della certezza del diritto, precisare esplicitamente quali disposizioni devono essere rispettate. Qualora un prodotto rientri chiaramente nella definizione di altre categorie di prodotti, in particolare prodotti alimentari, integratori alimentari, dispositivi medici, biocidi o cosmetici, la presente direttiva non dovrebbe essere applicata. È anche opportuno migliorare la coerenza della terminologia utilizzata nella normativa farmaceutica".

#### *La normativa nazionale*

7) Ai sensi dell'art. 69, n. 1, dell'Arzneimittelgesetz (legge sui medicinali), le competenti autorità tedesche adottano le disposizioni necessarie per porre termine alle violazioni accertate e per prevenire violazioni future. In particolare, esse possono proibire l'immissione in commercio di medicinali ove non provvisti della necessaria autorizzazione o registrazione.

#### **Causa principale e questioni pregiudiziali**

8) Nel corso del mese di settembre 2002 la Hecht-Pharma, che pratica commercio all'ingrosso di prodotti farmaceutici, immetteva in commercio in Germania un prodotto composto di riso rosso fermentato con la denominazione "Red Rice 330 mg GPH Kapseln" ("capsule Red Rice mg 330").

9) Le capsule venivano commercializzate in flaconi di plastica sulla cui etichetta erano riportate, in particolare, le seguenti diciture: "Red Rice, mg 330, integratore alimentare con riso fermentato; una capsula corrisponde a mg 1,33 di monacolina K". La posologia era così redatta: "come integratore alimentare, 1 capsula da 1 a 3 volte al dì".

10) Con decisione 19 dicembre 2002 la Bezirksregierung Lüneburg (Amministrazione del distretto di Lüneburg) vietava alla Hecht-Pharma di commercializzare sul mercato tedesco il prodotto oggetto della causa principale adducendo come motivazione che si sarebbe trattato di un medicinale soggetto ad autorizzazione all'immissione in commercio sprovvisto di detta autorizzazione.

11) La Hecht-Pharma si opponeva a tale decisione dinanzi alla Bezirksregierung Lüneburg. A seguito del rigetto della sua opposizione con decisione 11 giugno 2003, essa introduceva ricorso avverso tale ultima decisione dinanzi al Verwaltungsgericht (Tribunale amministrativo), che respingeva il ricorso con sentenza 28 aprile 2005.

12) Secondo il Niedersächsische Obergerverwaltungsgericht (Corte d'appello amministrativa della Bassa Sassonia), che con sentenza 23 marzo 2006 respingeva l'appello interposto dalla Hecht-Pharma contro la sentenza del Verwaltungsgericht, il divieto di immissione in commercio impugnato era giustificato in quanto il prodotto oggetto della causa principale è un medicinale.

13) Il Niedersächsische Obergerverwaltungsgericht ha ritenuto applicabile la normativa sui medicinali argomentando che per detto prodotto può valere la definizione di medicinale per funzione. Esso conterrebbe, infatti, una quantità significativa di monacolina K. Tale principio attivo sarebbe identico alla lovastatina, un inibitore della sintesi del colesterolo che costituirebbe, come principio attivo, un componente di diversi medicinali soggetti a prescrizione.

14) Il Niedersächsische Obergerverwaltungsgericht ne ha dedotto che il prodotto in causa è idoneo a ridurre il livello eccessivamente elevato di colesterolo e, dunque, a contribuire alla realizzazione di un obiettivo terapeutico. Ha poi aggiunto che gli inibitori della sintesi del colesterolo possono produrre gravi effetti collaterali sui muscoli e sui reni.

15) Secondo il Niedersächsische Obergerverwaltungsgericht, la Hecht-Pharma non può fondarsi sul fatto che, attenendosi alla dose consigliata, verrebbe meno l'azione farmacologica del prodotto. Detto giudice ha ritenuto, infatti, che la circostanza che la dose giornaliera consigliata contenga solo 1,33-4 milligrammi di monacolina K a fronte dei 10-80 milligrammi al giorno raccomandati per la lovastatina non sia sufficiente ad escludere che il prodotto in questione abbia efficacia farmacologica.

16) Il Niedersächsische Obergerverwaltungsgericht ha aggiunto che, quand'anche la dose giornaliera consigliata contenga un basso dosaggio di monacolina K rispetto ai medicinali soggetti a prescrizione, occorre considerare che i preparati immessi in commercio come integratori alimentari sono solitamente assunti in modo incontrollato ed in quantità superiori a quelle consigliate.

17) Il Niedersächsische Obergerverwaltungsgericht ha peraltro indicato che, non essendo stata fornita con certezza assoluta la prova di tale efficacia farmacologica, enterebbe in gioco la norma sussidiaria enunciata all'art. 2, n. 2, della direttiva 2001/83. La sua applicazione non sarebbe subordinata al requisito della prova della sussistenza dei criteri relativi alla nozione di medicinale. Sarebbe sufficiente che il prodotto possa rientrare nella sfera di applicazione della nozione di medicinale.

18) La Hecht-Pharma ha proposto ricorso in «Revision» (ricorso per cassazione) avverso la sentenza del Niedersächsische Obergerverwaltungsgericht.



POLIAMBULATORIO PRIVATO

**IDROTERAPIC**  
CENTRO MEDICO

Dir. San. Dottor A. Skoumpakis - Medico Chirurgo

**TERAPIA FISICA E RIABILITAZIONE**

Post-chirurgica - Post-traumatica - Neurologica

Vascolare - Posturale

**IDROKINESITERAPIA**

Via San Donato 66/2 bis - 40127 BOLOGNA Tel. 051 6333319/329

www.idroterapic.it E-mail: idroterapic@idroterapic.it

P.G. 53935 del 14/03/2006

19) Ritenendo che per la soluzione della controversia dinanzi ad esso pendente sia necessario interpretare il diritto comunitario, il Bundesverwaltungsgericht (Corte amministrativa federale) ha deciso di sospendere il procedimento e di sottoporre alla Corte le seguenti questioni pregiudiziali: "1) Se la norma sussidiaria enunciata all'art. 2, n. 2, della direttiva [2001/83] sia da intendersi nel senso che la direttiva [2001/83] si applica ad un prodotto che possa essere classificato come medicinale, ma la cui qualità farmacologica non sia stata dimostrata. Quale margine di probabilità, e di conseguenza quale livello di accertamento dei fatti, sia eventualmente necessario per giustificare l'applicazione della direttiva [2001/83].

2) Se un prodotto che non è un medicinale per presentazione possa essere considerato un medicinale per funzione ai sensi dell'art. 1, punto 2, della direttiva [2001/83] per il fatto di contenere una sostanza che, ad un determinato dosaggio, può modificare le funzioni fisiologiche, ma che nel caso specifico – sempre che il prodotto sia assunto conformemente alle prescrizioni d'uso – resta al di sotto di tale livello. Se si debba guardare, per risolvere la questione, all'"azione farmacologica" o alla "modifica delle funzioni fisiologiche dell'uomo".

3) Se caratteristiche come "le modalità d'uso, l'ampiezza della sua diffusione, la conoscenza del preparato stesso da parte dei consumatori e i rischi che possono eventualmente derivare dalla sua utilizzazione" (sentenza 9 giugno 2005, cause riunite C-211/03, C-299/03 e da C-316/03 a C-318/03, HLH Warenvertriebs e Orthica, Racc. pag. I-5141, punto 51), dalla giurisprudenza comunitaria ritenute tutte rilevanti, insieme alle proprietà farmacologiche, ai fini della qualificazione di un prodotto come medicinale, rivestano ancora importanza nella nuova definizione di medicinale offerta dalla direttiva [2004/27]".

## Sulle questioni pregiudiziali

### *Sulla prima questione*

20) Con la sua prima questione il giudice del rinvio chiede, in sostanza, se l'art. 2, n. 2, della direttiva 2001/83 debba essere interpretato nel senso che tale direttiva si applica ad un prodotto la cui qualità di medicinale per funzione non sia accertata, pur non potendo essere esclusa. Tale giudice intende parimenti chiarire quale margine di probabilità, e di conseguenza quale livello di accertamento dei fatti, sia eventualmente necessario per giustificare l'applicazione della direttiva 2001/83.

21) In primo luogo, occorre rilevare che sia l'art. 2 della direttiva 2001/03 nella sua versione iniziale, sia l'art. 2, n. 1, della direttiva 2001/83 prevedono, in sostanza, che la direttiva si applichi ai medicinali per uso umano destinati ad essere immessi in commercio negli Stati membri e preparati industrialmente.

22) La sfera di applicazione della direttiva 2001/83 è limitata, in tal modo, ai prodotti che sono medicinali preparati industrialmente, ad esclusione dei prodotti che non rispondono ad una delle definizioni di medicinale di cui all'art. 1, punto 2, lett. a) e b), della stessa direttiva.

23) Tale affermazione non è inficiata dall'art. 2, n. 2, della direttiva 2001/83.

24) Infatti, dal settimo "considerando" della direttiva 2004/27 risulta che tale disposizione è stata introdotta nella direttiva 2001/83 al fine di precisare che, qualora un prodotto corrisponda pienamente alla definizione di medicinale, ma anche alla definizione di altri prodotti regolamentati, esso deve essere assoggettato alle disposizioni della direttiva 2001/83. Quindi l'art. 2, n. 2, della direttiva 2001/83 prende le mosse dal postulato che il prodotto *de quo* soddisfi i requisiti per essere un medicinale (v., in tal senso, sentenza HLH Warenvertriebs e Orthica, cit., punti 43 e 44).

25) Al riguardo occorre ricordare che, contrariamente alla nozione di medicinale per presentazione, la cui interpretazione estensiva mira a tutelare i consumatori dai prodotti privi dell'efficacia che essi potrebbero legittimamente attendersi, la nozione di medicinale per funzione mira a comprendere i prodotti le cui proprietà farmacologiche sono state accertate scientificamente e che sono realmente destinati a stabilire una diagnosi medica o a ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche (sentenza 15 novembre 2007, causa C-319/05, Commissione/Germania, Racc. pag. I-9811, punto 61).

26) Pertanto, la direttiva 2001/83 non si applica ad un prodotto la cui qualità di medicinale ai sensi del suo art. 1, punto 2, lett. b), non sia accertata, vale a dire un prodotto di cui non siano state scientificamente dimostrate l'idoneità a ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche svolgendo un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero l'idoneità a stabilire una diagnosi medica.

27) Tale interpretazione è corroborata dalla giurisprudenza secondo la quale l'interpretazione

delle disposizioni della direttiva 2001/83 – intesa a garantire, oltre alla tutela della salute umana, la libera circolazione delle merci nell’ambito della Comunità – non può comportare ostacoli alla libera circolazione delle merci sproporzionati rispetto all’obiettivo perseguito di tutela della salute (v., in tal senso, sentenza Commissione/Germania, cit., punti 62 e 71).

28) Peraltro, occorre aggiungere che tale interpretazione non rimette in questione la giurisprudenza secondo la quale, allo stato attuale del diritto comunitario, è ancora possibile che sussistano differenze fra gli Stati membri nella qualificazione dei prodotti come medicinali ovvero come alimenti. Infatti, non può escludersi che uno Stato membro consideri dimostrata la qualità di medicinale per funzione di un prodotto, mentre un altro Stato membro ritenga che, allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, non sia provato che si tratti di un medicinale per funzione (v., in tal senso, sentenza HLH Warenvertriebs e Orthica, cit., punto 56).

29) Di conseguenza, occorre risolvere la prima parte della prima questione affermando che l’art. 2, n. 2, della direttiva 2001/83 deve essere interpretato nel senso che tale direttiva non si applica ad un prodotto cui la cui qualità di medicinale per funzione non sia scientificamente dimostrata, pur non potendo essere esclusa.

30) Alla luce di tale risposta, non occorre procedere alla soluzione della seconda parte della prima questione.

#### *Sulla terza questione*

31) Con la terza questione, che occorre affrontare prima della seconda, il giudice del rinvio intende chiarire se – in esito alla modifica della definizione di medicinale ad opera della direttiva 2004/27 – l’art. 1, punto 2, lett. b), della direttiva 2001/83 debba essere interpretato nel senso che i criteri delle modalità d’uso di un prodotto, dell’ampiezza della sua diffusione, della conoscenza che ne hanno i consumatori e dei rischi che possono derivare dalla sua utilizzazione, elaborati dalla giurisprudenza della Corte, siano ancora rilevanti per stabilire se tale prodotto rientri nella definizione di medicinale per funzione.

32) Nella sua giurisprudenza precedente alla modifica della direttiva 2001/83 ad opera della direttiva 2004/27 la Corte ha indicato che, per stabilire se un prodotto sia compreso nella definizione di medicinale per funzione, le autorità nazionali, che agiscono sotto il controllo del giudice, devono decidere caso per caso, tenendo conto di tutte le caratteristiche del prodotto, tra le quali, in particolare, la composizione, le proprietà farmacologiche quali risultano allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, le modalità d’uso, l’ampiezza della sua diffusione, la conoscenza che ne hanno i consumatori e i rischi che possono derivare dalla sua utilizzazione (sentenze citate HLH Warenvertrieb e Orthica, punto 51, nonché Commissione/Germania, punto 55).

33) Come emerge dal suo settimo ‘considerando’, le modifiche apportate dalla direttiva 2004/27 alla definizione di medicinale hanno la finalità di tener conto della comparsa di nuove terapie e del numero crescente di prodotti detti «di frontiera». Così, per evitare situazioni di dubbio quanto alla normativa applicabile, la definizione è stata precisata e specifica ormai il tipo di azione – farmacologica, immunologica o metabolica – che deve svolgere un medicinale ai fini di ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche dell’uomo.

34) Una siffatta precisazione è potuta sembrare necessaria al legislatore comunitario in quanto l’effetto fisiologico non è peculiare dei medicinali, ma fa parte altresì dei criteri utilizzati per la definizione di integratore alimentare (sentenza Commissione/Germania, cit., punto 63).

35) D’altro canto, nelle modifiche apportate dalla direttiva 2004/27 alla definizione di medicinale non sussiste alcun elemento che indichi l’intento di modificare i criteri elaborati dalla giurisprudenza, a parte la necessità di prendere ormai in considerazione, oltre alle proprietà farmacologiche di un prodotto, le sue proprietà immunologiche e metaboliche.

36) L’art. 2, n. 2, della direttiva 2001/83, introdotto dalla direttiva 2004/27, conferma, al contrario, l’approccio accolto dalla giurisprudenza nel ricordare che, per determinare se un prodotto ricade nella definizione di medicinale, occorre tener “conto dell’insieme delle sue caratteristiche”.

37) La terza questione deve pertanto essere risolta affermando che l’art. 1, punto 2, lett. b), della direttiva 2001/83 va interpretato nel senso che i criteri delle modalità d’uso di un prodotto, dell’ampiezza della sua diffusione, della conoscenza che ne hanno i consumatori e dei rischi che possono derivare dalla sua utilizzazione sono ancora rilevanti per stabilire se tale prodotto sia compreso nella definizione di medicinale per funzione.

#### *Sulla seconda questione*

38) Con la seconda questione il giudice del rinvio chiede, in sostanza, se l’art. 1, punto 2, lett. b),

della direttiva 2001/83 debba essere interpretato nel senso che un prodotto può essere qualificato come medicinale per funzione quando, tenuto conto della sua composizione – compreso il dosaggio di sostanze attive – e in condizioni normali di uso, non è idoneo a ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche. Detto giudice chiede anche alla Corte se occorra tener conto del dosaggio di sostanze attive di un prodotto per valutare l'idoneità dello stesso a svolgere un'"azione farmacologica" o a "modifica[re] funzioni fisiologiche dell'uomo".

39) In limine, occorre ricordare che, come risulta dai punti 32 e 33 della presente sentenza, per stabilire se un prodotto rientri nella definizione di medicinale per funzione ai sensi della direttiva 2001/83, le autorità nazionali, che agiscono sotto il controllo del giudice, devono decidere caso per caso, tenendo conto di tutte le caratteristiche del prodotto, tra le quali, in particolare, la composizione, le proprietà farmacologiche, immunologiche o metaboliche quali risultano allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, le modalità d'uso, l'ampiezza della sua diffusione, la conoscenza che ne hanno i consumatori e i rischi che possono derivare dalla sua utilizzazione.

40) Ne consegue che non può essere sistematicamente qualificato come medicinale per funzione qualsiasi prodotto che contenga sostanze dagli effetti fisiologici, senza che l'amministrazione competente proceda, con la dovuta diligenza, ad una valutazione caso per caso di ogni prodotto, tenendo conto, segnatamente, delle proprietà farmacologiche, immunologiche o metaboliche che lo caratterizzano, quali possono essere stabilite allo stato attuale delle conoscenze scientifiche.

41) Al riguardo, occorre ricordare che il criterio dell'idoneità a ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche non deve condurre a qualificare come medicinale per funzione sostanze che, nonostante abbiano un'influenza sul corpo umano, non hanno effetti fisiologici significativi e non modificano quindi, propriamente parlando, le condizioni del suo funzionamento (v., in tal senso, sentenza Commissione/Germania, cit, punto 60).

42) Ne deriva che, esclusi i casi di sostanze o composizioni destinate a stabilire una diagnosi medica, un prodotto non può essere considerato come medicinale per funzione quando, tenuto conto della sua composizione – compreso il dosaggio di sostanze attive – e in condizioni normali di uso, non è idoneo a ripristinare, correggere o modificare in modo significativo funzioni fisiologiche dell'uomo.

43) Relativamente alla seconda parte della seconda questione sollevata dal giudice del rinvio occorre ricordare che, ai sensi dell'art. 1, punto 2, lett. b), della direttiva 2001/83, deve intendersi per medicinale per funzione ogni sostanza o associazione di sostanze che possa essere utilizzata sull'uomo o somministrata all'uomo allo scopo, segnatamente, "di ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica".

44) Pertanto, la distinzione effettuata dal giudice del rinvio tra idoneità a esercitare un'azione farmacologica e idoneità a modificare funzioni fisiologiche non rileva ai fini della qualificazione di un prodotto come medicinale per funzione.

45) Di conseguenza, occorre risolvere la seconda questione affermando che l'art. 1, punto 2, lett. b), della direttiva 2001/83 deve essere interpretato nel senso che, esclusi i casi di sostanze o composizioni destinate a stabilire una diagnosi medica, un prodotto non può essere considerato come medicinale ai sensi di tale disposizione quando, tenuto conto della sua composizione – compreso il dosaggio di sostanze attive – e in condizioni normali di uso, non è idoneo a ripristinare, correggere o modificare in modo significativo funzioni fisiologiche dell'uomo, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica.

## Sulle spese

46) Nei confronti delle parti nella causa principale il presente procedimento costituisce un incidente sollevato dinanzi al giudice nazionale, cui spetta quindi statuire sulle spese. Le spese sostenute da altri soggetti per presentare osservazioni alla Corte non possono dar luogo a rifusione.

Per questi motivi, la Corte (Prima Sezione) dichiara:

**1) L'art. 2, n. 2, della direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 6 novembre 2001, 2001/83/CE, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano, come modificata dalla direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 31 marzo 2004, 2004/27/CE, deve essere interpretato nel senso che la direttiva 2001/83, come modificata dalla direttiva 2004/27, non si applica ad un prodotto la cui qualità di medicinale per funzione non sia scientificamente dimostrata, pur non potendo essere esclusa.**

2) L'art. 1, punto 2, lett. b), della direttiva 2001/83, come modificata dalla direttiva 2004/27, deve essere interpretato nel senso che i criteri delle modalità d'uso di un prodotto, dell'ampiezza della sua diffusione, della conoscenza che ne hanno i consumatori e dei rischi che possono derivare dalla sua utilizzazione sono ancora rilevanti per stabilire se tale prodotto sia compreso nella definizione di medicinale per funzione.

3) L'art. 1, punto 2, lett. b), della direttiva 2001/83, come modificata dalla direttiva 2004/27, deve essere interpretato nel senso che, esclusi i casi di sostanze o composizioni destinate a stabilire una diagnosi medica, un prodotto non può essere considerato come medicinale ai sensi di tale disposizione quando, tenuto conto della sua composizione – compreso il dosaggio di sostanze attive – e in condizioni normali di uso, non è idoneo a ripristinare, correggere o modificare in modo significativo funzioni fisiologiche dell'uomo, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica.

\* \* \*

## Commissione Provinciale del Farmaco (CPF)

---

Siamo lieti di comunicare che da gennaio 2009 è consultabile il sito WEB della Commissione provinciale del Farmaco (CPF) all'indirizzo <http://www.cpfbologna.it>

La CPF che coinvolge le quattro Aziende Sanitarie presenti sul territorio della Provincia di Bologna (AUSL di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli, AUSL di Imola), è parte integrante di una strategia mirata a perseguire azioni di sviluppo della politica farmaceutica orientate all'utilizzo di farmaci di provata efficacia e alla promozione e miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione intra ed extra ospedaliera.

Per dare la massima trasparenza ai percorsi e alle decisioni della CPF si è ritenuto di rendere disponibili non solo ai professionisti della sanità ma a tutti i cittadini:

- la composizione della commissione;
- l'elenco dei farmaci in uso presso le strutture delle Aziende Sanitarie della Provincia di Bologna (Prontuario Terapeutico Provinciale) in regime di degenza, dimissione, prescrizione specialistica ambulatoriale e nel trattamento di persone soggette a controlli ricorrenti e a presa in carico assistenziale (Legge 405/2001);
- il metodo di lavoro e il regolamento operativo;
- i percorsi di valutazione di alcune alternative terapeutiche.

Inoltre, per facilitare il recupero delle informazioni sulla sicurezza dei farmaci e sulla segnalazione delle reazioni avverse è stata prevista una sezione dedicata alla farmacovigilanza.

Nella speranza che il sito WEB possa ulteriormente contribuire al rapporto di collaborazione tra i professionisti sanitari e la CPF in un'ottica di trasparenza verso i cittadini, si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

*Massimo Annichiarico*

\* \* \*

## Fondo Specialisti Esterni gestito dall'ENPAM

---

Caro Presidente,

desidero con questa nota metterTi al corrente di una situazione che si sta delineando in ordine all'applicazione dell'art. 1 comma 39, della Legge n. 243/2004, il quale – come ben sai – ha istituito in capo alle società professionali mediche e odontoiatriche in qualunque forma costituite e delle società di capitali, operanti in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario nazionale, l'obbligo di versare al Fondo Specialisti esterni gestito dall'ENPAM un contributo nella misura del 2% del fatturato annuo attinente alle prestazioni specialistiche rese nei confronti del medesimo SSN e delle sue strutture operative, senza diritto di rivalsa.

Ebbene, mi è giunta notizia che alcune delle predette società, visti rigettati tutti i ricorsi presentati in opposizione a tale obbligo dinanzi a svariati Tribunali e constatato altresì che la stessa Corte Costituzionale ha dichiarato inammissibile la questione di incostituzionalità della norma prospettata dal giudice di merito, stanno prendendo l'iniziativa di far firmare ai Professionisti una clausola in base alla quale questi ultimi si obbligano ad accollarsi il contributo di cui sopra, versandolo alle società stesse, con cui intrattengono il rapporto contrattuale.

Tale iniziativa è da considerarsi del tutto illegittima, in quanto l'obbligo contributivo, essendo preordinato all'interesse generale e al dovere di solidarietà economica e sociale di cui all'art. 2 della Costituzione, è indipendente dalle prestazioni e prescinde da ogni valutazione di vantaggiosità previdenziale per gli stessi soggetti obbligati. Questi ultimi appartengono, in ragione del loro accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, alla categoria degli erogatori dei servizi alla salute.

Già dal 2005 la Corte di Cassazione ha espresso il principio per il quale il rapporto intercorre direttamente tra le società accreditate e il S.S.N., e il Tribunale di Venezia ha recentemente confermato che le società indicate dalla Legge, con il loro rapporto di accreditamento, sono parte del sistema sanitario nazionale e dunque sono tenute direttamente ai doveri solidaristici stabiliti dalle norme vigenti.

Le obbligazioni contributive non possono venir "ribaltate" su soggetti diversi da quelli previsti dalla legge: l'imputazione del contributo sui singoli medici si configura, sotto il profilo legale, come evasione di un'obbligazione che incombe direttamente sulle società.

Ti invito pertanto a diffondere le informazioni di cui sopra presso tutti gli iscritti, affinché si rifiutino di sottoscrivere la citata clausola contrattuale che – ribadisco – è del tutto illegittima.

Con i migliori saluti

*Eolo Parodi*



## Uso psicofarmaci per bambini affetti da sindrome da deficit di attenzione e iperattività

---

*Ministero dell'Istruzione, dell'Università della Ricerca - Dipartimento per l'Istruzione  
Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione  
Ufficio Quarto*

Prot. n. 4226/P4°

Ai Direttori Generali degli uffici Scolastici Regionali

### **Loro Sedi**

Al Sovrintendente Scolastico per la Provincia di Bolzano

### **Bolzano**

Al Sovrintendente Scolastico per la Provincia di Trento

### **Trento**

All'Intendente Scolastico per la Scuola in lingua tedesca

### **Bolzano**

All'Intendente Scolastico per la Scuola delle Località Ladine

### **Bolzano**

Al Sovrintendente degli studi per la Regione Valle d'Aosta

### **Aosta**

Pervengono segnalazioni, anche attraverso atti parlamentari, relative alla organizzazione di corsi rivolti a genitori e insegnanti finalizzati a propagandare l'uso di prodotti psicoattivi nei casi di bambini affetti da disturbi del comportamento e dell'apprendimento (sindrome ADHD).

Si premette al riguardo che il processo di rilevazione della sindrome ADHD è complesso e coinvolge, nei rispettivi ruoli, la famiglia, la scuola e le strutture sanitarie specializzate dovendosi adeguatamente valutare l'aspetto della iperattività e della disattenzione nel contesto di vita del

bambino in quanto tali sintomi non sono necessariamente sinonimi di ADHD ma possono essere spiegati con cause di tipo ambientale e di natura psicopatologica.

La diagnosi di ADHD è pertanto tutt'altro che semplice, anche in virtù del conseguente possibile ricorso a terapia farmacologica, e comunque non può essere effettuata attraverso le somministrazioni all'interno delle scuole di test o di questionari relativi allo stato psichico ed emozionale degli alunni.

Gli eventuali interventi debbono avvenire all'interno di strutture sanitarie pubbliche e sotto lo stretto controllo di operatori sanitari qualificati su precisa richiesta delle famiglie, spettando all'istituzione scolastica unicamente la segnalazione di comportamenti anomali o disturbanti durante l'orario delle lezioni.

Una volta accertata la presenza dell'ADHD e ove venga prescritta la terapia farmacologica, la somministrazione dei farmaci a scuola dovrà avvenire secondo le indicazioni contenute nell'atto di Raccomandazioni predisposto dal Ministero della P.I. d'intesa con il Ministero della Salute in data 25.11.2005 contenente le linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Alla luce di quanto sopra espresso, si pregano le S.S.L.L. di voler dare istruzioni alle istituzioni scolastiche di competenza affinché eventuali analoghi episodi siano immediatamente portati all'attenzione degli U.S.R. di competenza e successivamente segnalati alla scrivente Direzione Generale.

*Il Vice Direttore Generale Sergio Scala*

\* \* \*

## **Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo e del Consiglio - Proposta di Raccomandazione del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e la lotta contro le infezioni nosocomiali**

---

IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA,

visto il trattato che istituisce la Comunità europea, in particolare l'articolo 154, paragrafo 4, secondo comma,

vista la proposta della Commissione<sup>1</sup>,

visto il parere del Parlamento europeo<sup>2</sup>,

visto il parere del Comitato economico e sociale europeo<sup>3</sup>,

visto il parere del Comitato delle regioni<sup>4</sup>,

considerando quanto segue:

(1) L'articolo 152 del trattato prevede che l'azione della Comunità, che completa le politiche nazionali, si indirizza al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute umana.

(2) Si stima che negli Stati membri dell'UE una quota compresa tra l'8% e il 12% dei pazienti ricoverati presso ospedali soffrono di eventi sfavorevoli mentre ricevono cure sanitarie<sup>5</sup>.

(3) La scarsa sicurezza dei pazienti rappresenta un grave problema per la sanità pubblica, ma anche un elevato onere economico per le scarse risorse sanitarie disponibili. Gli eventi sfavorevoli sono in larga misura prevenibili, sia nel settore ospedaliero che in quello delle cure primarie, e la maggior parte di essi è riconducibile a fattori sistemici.

(4) La proposta della Commissione si basa sul lavoro in materia di sicurezza dei pazienti svolto dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) attraverso la sua Alleanza mondiale per la sicurezza dei pazienti, dal Consiglio d'Europa e dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE).

(5) La Commissione, tramite il Settimo programma quadro per la ricerca e lo sviluppo (in particolare alla voce "salute") sostiene la ricerca riguardo ai sistemi sanitari in relazione alla qualità

delle prestazioni sanitarie, con particolare attenzione alla sicurezza dei pazienti. Quest'ultima riceve particolare attenzione anche nell'ambito della voce "Tecnologie dell'informazione e della comunicazione".

(6) Il Libro bianco "Un impegno comune per la salute: approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013" del 23 ottobre 2007<sup>6</sup>, inserisce la sicurezza dei pazienti tra i settori d'azione.

(7) Dalle indagini condotte in materia emerge che gli Stati membri dell'UE si collocano su livelli diversi per quanto riguarda lo sviluppo e l'attuazione di strategie efficaci e comprensive volte a tutelare la sicurezza dei pazienti<sup>7</sup>. La presente iniziativa mira quindi a creare un quadro volto a stimolare sviluppi politici e azioni future, sia negli Stati membri che tra Stati membri, al fine di affrontare le sfide chiave che attendono l'UE nel settore della sicurezza dei pazienti.

(8) È opportuno informare i pazienti e metterli in grado di agire attivamente, coinvolgendoli nel processo volto a garantirne la sicurezza; essi dovrebbero essere informati sui livelli di sicurezza e sul modo di reperire informazioni accessibili e complete sulle procedure di reclamo e ricorso.

(9) È opportuno che gli Stati membri creino o perfezionino sistemi di segnalazione e di apprendimento volti a registrare l'estensione e le cause degli eventi sfavorevoli, con l'obiettivo di sviluppare soluzioni ed interventi efficaci. La sicurezza dei pazienti dovrebbe fare parte integrante dei programmi di istruzione e formazione del personale sanitario, ovvero di coloro che forniscono le cure in prima persona.

(10) È necessario raccogliere dati comparabili e aggregati a livello comunitario per elaborare programmi, strutture e politiche di sicurezza dei pazienti efficaci e trasparenti; al fine di agevolare l'apprendimento reciproco, è necessario elaborare, in cooperazione tra gli Stati membri e la Commissione europea, una terminologia comune e indicatori comuni riguardo alla sicurezza dei pazienti, tenendo conto del lavoro svolto dalle organizzazioni internazionali competenti.

(11) Gli strumenti delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, come le cartelle sanitarie elettroniche o le "e-prescrizioni", possono contribuire a migliorare la sicurezza dei pazienti, ad esempio analizzando in maniera sistematica le possibili interazioni tra prodotti farmaceutici o le allergie a determinati prodotti farmaceutici.

(12) Il Centro europeo di prevenzione e di controllo delle malattie (CEPM) ha stimato che le infezioni nosocomiali colpiscono in media un paziente ospedaliero su venti.

(13) È opportuno elaborare una strategia nazionale complementare alle strategie mirate a un uso prudente degli agenti antimicrobici, che incorpori la prevenzione e la lotta contro le infezioni nosocomiali negli obiettivi sanitari e miri a ridurre il rischio di infezioni nosocomiali nelle istituzioni sanitarie. È fondamentale che le risorse necessarie per attuare le diverse componenti della strategia nazionale vengano stanziare nel quadro del finanziamento di base destinato alla fornitura dell'assistenza sanitaria.

(14) La prevenzione e la lotta contro le infezioni nosocomiali dovrebbero fare parte delle priorità strategiche a lungo termine per le istituzioni sanitarie. Tutti i livelli gerarchici e tutte le funzioni dovrebbero cooperare per modificare i comportamenti e l'organizzazione in base a un approccio improntato sui risultati, definendo responsabilità a tutti i livelli, organizzando strutture di sostegno e risorse tecniche locali, creando procedure di valutazione.

(15) I dati disponibili sulle infezioni nosocomiali sono insufficienti per consentire alle reti di sorveglianza di procedere a raffronti significativi tra singole istituzioni, per sorvegliare l'epidemiologia dei patogeni associati alle cure sanitarie e per valutare e guidare le politiche in materia di prevenzione e lotta contro le infezioni nosocomiali.

Di conseguenza è necessario creare e rafforzare sistemi di sorveglianza a livello delle istituzioni sanitarie nonché a livello regionale e nazionale. Il personale sanitario è soggetto al rischio di infezioni nosocomiali.

(16) Al fine di raggiungere i summenzionati obiettivi in materia di sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e la lotta contro le infezioni nosocomiali, è necessario che gli Stati membri assicurino un approccio autenticamente globale, valutando gli elementi più adatti a sortire un impatto concreto sulla prevalenza e sugli oneri degli eventi sfavorevoli.

HA ADOTTATO LA SEGUENTE RACCOMANDAZIONE:

PARTE I: AZIONI DEGLI STATI MEMBRI

## **I. Definizioni**

Ai fini della presente raccomandazione, si applicano le definizioni che figurano all'allegato 1.

## **II. Temi generali attinenti alla sicurezza dei pazienti**

### **(1) Gli Stati membri dovrebbero sostenere la creazione e lo sviluppo di politiche e programmi nazionali tramite:**

- (a) La nomina dell'autorità o delle autorità responsabili per la sicurezza dei pazienti sul proprio territorio;
- (b) L'inserimento della sicurezza dei pazienti tra i temi prioritari nelle politiche e nei programmi sanitari a livello nazionale, regionale e locale;
- (c) Il sostegno allo sviluppo di sistemi, procedure e strumenti più sicuri, compreso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

### **(2) Gli Stati membri dovrebbero informare cittadini e pazienti e metterli in grado di agire attivamente tramite:**

- (a) Il coinvolgimento a tutti i livelli delle organizzazioni e dei rappresentanti dei pazienti nello sviluppo delle politiche e dei programmi in materia di sicurezza dei pazienti;
- (b) La fornitura ai pazienti di informazioni riguardo ai rischi, ai livelli di sicurezza e alle misure in vigore per ridurre o prevenire gli errori, e la garanzia che i pazienti, prima di dare il proprio consenso a una terapia, ricevano informazioni sufficienti a riguardo, al fine di assicurare la libertà di scelta e di decisione dei pazienti.

### **(3) Gli Stati membri dovrebbero creare o rafforzare sistemi di segnalazione e di apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli, al fine di:**

- (a) Fornire informazioni adeguate sulla portata, i tipi e le cause di errori, eventi sfavorevoli e situazioni che hanno quasi provocato degli incidenti;
- (b) Incoraggiare il personale sanitario a riferire attivamente, assicurando condizioni aperte ed eque riguardo alla fornitura di informazioni. Tale sistema di relazioni dovrebbe differenziarsi dai sistemi disciplinari degli Stati membri e dalle procedure relative al personale sanitario; le implicazioni giuridiche relative alla responsabilità del personale sanitario vanno chiarite preventivamente.

### **(4) Gli Stati membri dovrebbero promuovere l'istruzione e la formazione del personale sanitario riguardo alla sicurezza dei pazienti, attraverso:**

- (a) L'incoraggiamento dell'istruzione e formazione multidisciplinare in materia di sicurezza dei pazienti di tutto il personale sanitario, di altri lavoratori del settore e del personale manageriale e amministrativo delle strutture sanitarie;
- (b) La collaborazione con organizzazioni attive nell'istruzione professionale in campo sanitario, per assicurare che nei piani di studio della scuola secondaria e nell'istruzione e formazione impartita agli operatori sanitari si tenga in debito conto la sicurezza dei pazienti.

### **(5) Gli Stati membri dovrebbero classificare, codificare e misurare in maniera adeguata la sicurezza dei pazienti, cooperando con la Commissione europea:**

- (a) Alla messa a punto di definizioni e di una terminologia comune, tenendo conto delle attività internazionali di normalizzazione;
- (b) All'elaborazione di un set di indicatori comuni affidabili e comparabili a livello UE volti a individuare i problemi di sicurezza, alla valutazione dell'efficacia degli interventi mirati a migliorare la sicurezza e all'agevolazione dell'apprendimento reciproco tra Stati membri;
- (c) Alla raccolta e condivisione di dati e informazioni comparabili a livello UE sul tipo e numero di risultati ottenuti in materia di sicurezza dei pazienti, al fine di agevolare l'apprendimento reciproco e procurare le informazioni necessarie per individuare le priorità.

### **(6) Gli Stati membri dovrebbero condividere conoscenze, esperienze e le migliori pratiche a livello europeo attraverso:**

- (a) La condivisione delle migliori pratiche ed esperienze riguardo agli sforzi mirati a elaborare programmi, strutture e strategie efficaci e trasparenti in materia di sicurezza dei pazienti, compresi sistemi di segnalazione e di apprendimento, al fine di affrontare gli eventi sfavorevoli in campo sanitario;
- (b) La condivisione di esperienze riguardo all'efficacia degli interventi e delle soluzioni a livello di strutture sanitarie e la valutazione della loro trasferibilità.

## **III. Prevenzione e lotta contro le infezioni nosocomiali**

### **(1) Gli Stati membri dovrebbero adottare e attuare una strategia nazionale per la prevenzione e la lotta contro le infezioni nosocomiali, perseguendo i seguenti obiettivi:**

- (a) Attuare misure di prevenzione e controllo a livello degli Stati membri per sostenere il contenimento delle infezioni nosocomiali;
- (b) Migliorare la prevenzione e la lotta contro le infezioni a livello delle istituzioni sanitarie;
- (c) Creare o rafforzare sistemi di sorveglianza attiva a livello degli Stati membri e a livello delle istituzioni sanitarie;
- (d) Intensificare l'istruzione e la formazione del personale sanitario a livello degli Stati membri e a livello delle istituzioni sanitarie;
- (e) Migliorare il livello di informazione dei pazienti;
- (f) Sostenere la ricerca.

**(2) Gli Stati membri dovrebbero valutare la creazione, possibilmente entro un anno dall'adozione della presente raccomandazione, di un meccanismo intersettoriale per l'attuazione coordinata della strategia nazionale nonché ai fini dello scambio di informazioni e del coordinamento con la Commissione, con il CEPCM e con gli altri Stati membri<sup>8</sup>.**

#### IV. Raccomandazioni supplementari

**(1) Gli Stati membri dovrebbero** diffondere il contenuto della presente raccomandazione tra le organizzazioni sanitarie, gli organi professionali e le istituzioni dell'istruzione per incoraggiarle a seguire l'approccio suggerito, facendo sì che gli elementi chiave possano entrare a fare parte della pratica quotidiana.

(2) Gli Stati membri dovrebbero affiancare agli elementi chiave elencati alle sezioni I e II della raccomandazione le azioni di sostegno di cui all'allegato 2.

(3) Gli Stati membri dovrebbero riferire alla Commissione riguardo all'attuazione della presente raccomandazione entro due anni dalla sua adozione e successivamente su richiesta della Commissione, puntando a contribuire al follow-up della presente raccomandazione a livello comunitario.

#### PARTE II: RELAZIONE DELLA COMMISSIONE

(1) La Commissione è invitata ad elaborare, entro tre anni dall'adozione della presente raccomandazione, una relazione di attuazione al Consiglio, che ne valuti l'impatto sulla base delle informazioni fornite dagli Stati membri, ad analizzare in quale misura le misure proposte stiano funzionando efficacemente e a valutare la necessità di azioni ulteriori.

#### ALLEGATO 1 - DEFINIZIONI

Evento sfavorevole	Incidente con conseguenze negative per un paziente, implicanti una disabilità fisica strutturale o funzionale, e/o qualsiasi effetto negativo che ne deriva.
Agenti antimicrobici	Sostanze prodotte sinteticamente o naturalmente da batteri, funghi o piante, impiegate per sopprimere o inibire la crescita di microrganismi, tra i quali batteri, virus e funghi, e di parassiti, in particolare protozoi.
Infezione nosocomiale	Le infezioni nosocomiali sono affezioni o patologie (malattia, infiammazione) correlate alla presenza di un agente infettivo o dei suoi prodotti in conseguenza all'esposizione a strutture o procedure sanitarie.
Istituzione sanitaria	Un'istituzione in cui personale sanitario presta cure secondarie o cure specialistiche.
Operatore sanitario	Un professionista iscritto presso l'autorità competente di uno Stato membro e il cui lavoro preveda la fornitura di servizi sanitari.
Personale sanitario	Tutto il personale addetto alla fornitura diretta di cure sanitarie.
Personale di collegamento addetto alla lotta contro le infezioni	Personale sanitario che lavora in servizi/dipartimenti clinici e funge da collegamento tra i propri servizi/dipartimenti e l'èquipe di prevenzione e lotta contro le infezioni. Personale di collegamento addetto alla lotta contro le infezioni che contribuisce alla prevenzione e alla lotta contro le infezioni presso i propri servizi/dipartimenti clinici e fornisce feedback all'èquipe di prevenzione e lotta contro le infezioni.
Piano sanitario per il paziente	Documento che indirizza la fornitura di cure infermieristiche o multidisciplinari.
Sicurezza dei pazienti	Libertà dei pazienti da danni non necessari o danni potenziali associati alle cure sanitarie.

Cure primarie	Cure fornite da operatori sanitari insediati in una comunità che fungono da primo punto di consultazione per i pazienti.
Indicatore di processo	Indicatore riferito alla conformità con attività previste (igiene delle mani, sorveglianza, procedure operative standard, ecc.).
Programma	Un ampio quadro di obiettivi da raggiungere, che funge da base per definire e pianificare progetti specifici.
Cure secondarie	Cure specialistiche fornite da operatori sanitari specializzati che di norma non rappresentano il primo punto di contatto per i pazienti.
Indicatore strutturale	Indicatore riferito a risorse quali il personale, l'infrastruttura, i comitati, ecc.
Cure specialistiche	Cure specialistiche fornite – di norma su indicazione di operatori sanitari addetti alle cure primarie o secondarie – da parte di operatori sanitari specializzati operanti in istituzioni sanitarie, che dispongono del personale e delle strutture necessarie per svolgere esami e fornire cure di carattere specialistico.

## **ALLEGATO 2 - AZIONI DI SOSTEGNO**

### **1. Temi generali attinenti alla sicurezza dei pazienti**

#### **(1) Gli Stati membri dovrebbero sostenere la creazione e lo sviluppo di politiche e programmi nazionali tramite:**

- (a) La regolare revisione e l'aggiornamento di chiari standard in materia di sicurezza applicabili alle cure sanitarie fornite negli Stati membri;
- (b) L'attribuzione alle organizzazioni professionali del settore sanitario di un ruolo attivo nel quadro della sicurezza dei pazienti.

#### **(2) Gli Stati membri dovrebbero informare cittadini e pazienti e metterli in grado di agire attivamente tramite:**

- (a) La diffusione presso i pazienti di informazioni riguardo alle procedure di reclamo e ai rimedi e ricorsi a disposizione di coloro che hanno subito danni nel quadro di cure sanitarie, nonché sui termini e sulle condizioni applicabili;
- (b) La valutazione dello sviluppo di competenze di base in materia di sicurezza dei pazienti (ovvero le conoscenze, attitudini e capacità basilari per rendere più sicure le cure sanitarie) per i pazienti.

#### **(3) Gli Stati membri dovrebbero creare o rafforzare sistemi di segnalazione e di apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli, al fine di:**

- (a) Dare ai pazienti, ai loro parenti e ad altri fornitori di assistenza informale l'opportunità di riferire le proprie esperienze;
- (b) Integrare gli altri sistemi di relazioni di sicurezza, come quelli relativi alla farmacovigilanza e agli strumenti medici, evitando le doppie relazioni, nella misura del possibile.

#### **(4) Gli Stati membri dovrebbero promuovere l'istruzione e la formazione del personale sanitario riguardo alla sicurezza dei pazienti, attraverso:**

- (a) L'integrazione del tema della sicurezza dei pazienti nei programmi di studio universitari e post-universitari e nello sviluppo professionale continuo del personale sanitario;
- (b) La valutazione dello sviluppo di competenze di base in materia di sicurezza dei pazienti (ovvero le conoscenze, attitudini e capacità basilari per rendere più sicure le cure sanitarie) al fine di diffonderle tra tutto il personale sanitario nonché tra i quadri manageriali e amministrativi competenti;
- (c) La fornitura e diffusione di informazioni a tutto il personale sanitario a rischio, l'applicazione di livelli di sicurezza e misure volte a ridurre o prevenire gli errori e a promuovere il coinvolgimento dei lavoratori.

#### **(5) Gli Stati membri dovrebbero classificare, codificare e misurare in maniera adeguata la sicurezza dei pazienti tramite:**

- (a) L'attenzione alle definizioni, alla terminologia e alle attività internazionali quali la Classificazione internazionale per la sicurezza dei pazienti attualmente in fase di sviluppo da parte dell'OMS nonché al lavoro del Consiglio d'Europa nel settore;
- (b) La messa a disposizione di indicatori per problemi di sicurezza sia a livello nazionale che delle strutture sanitarie.

#### **(6) Gli Stati membri dovrebbero condividere conoscenze, esperienze e le migliori pratiche a livello europeo attraverso:**

(a) La condivisione reciproca e tempestiva dei principali allarmi in materia di sicurezza dei pazienti;

(b) La collaborazione reciproca nonché con la Commissione europea e con le principali organizzazioni internazionali competenti.

## **(7) Gli Stati membri dovrebbero sviluppare e promuovere la ricerca in materia di sicurezza dei pazienti:**

(g) Compresa la ricerca sui temi e gli interventi attinenti a tutti i settori del sistema sanitario nonché ai costi economici degli eventi sfavorevoli e degli interventi.

## **2. Prevenzione e lotta contro le infezioni nosocomiali**

### **(1) Gli Stati membri dovrebbero sviluppare strategie nazionali per la prevenzione e la lotta contro le infezioni nosocomiali attraverso:**

(a) L'applicazione di misure di prevenzione e di controllo a livello degli Stati membri, segnatamente:

– l'applicazione di misure standard e di prevenzione e lotta contro le infezioni, basate sui rischi, in tutte le strutture sanitarie e per qualsiasi attività attinente alle cure sanitarie;

– l'integrazione di misure di prevenzione e di controllo nei piani di assistenza medica dei pazienti;

– la disponibilità di orientamenti e raccomandazioni a livello degli Stati membri;

– l'incoraggiamento del rispetto delle misure di prevenzione e di controllo tramite il ricorso a indicatori di struttura e di processo, nonché sulla base dei risultati dei processi di accreditamento o certificazione in vigore.

(b) Il miglioramento della prevenzione e la lotta contro le infezioni a livello delle istituzioni sanitarie. Si raccomanda di creare le strutture seguenti:

– un programma di prevenzione e lotta contro le infezioni nosocomiali che affronti aspetti quali le modalità organizzative e strutturali, le procedure diagnostiche e terapeutiche (ad esempio una strategia per l'impiego corretto degli antibiotici), le risorse necessarie, gli obiettivi di sorveglianza, la formazione e l'informazione dei pazienti;

– un comitato interdisciplinare per la prevenzione e la lotta contro le infezioni, incaricato dell'elaborazione e del monitoraggio del programma di prevenzione e lotta contro le infezioni;

– un'equipe di prevenzione e lotta contro le infezioni, incaricata di attuare un programma di prevenzione e lotta contro le infezioni nosocomiali.

(c) Creazione di sistemi di sorveglianza attiva o rafforzamento di quelli già esistenti:

– A livello degli Stati membri:

• Organizzando ad intervalli regolari indagini sulla diffusione delle infezioni;

• Creando e rafforzando reti coordinate di sorveglianza dell'incidenza di determinati tipi d'infezione, al fine di raccogliere dati di riferimento nazionali accompagnati da indicatori di processo e strutturali volti a valutare la strategia nazionale;

• Assicurando una sorveglianza in tempo reale e la notifica tempestiva agli organi competenti dei raggruppamenti di infezioni nosocomiali;

• Notificando i raggruppamenti e i tipi di infezione pertinenti per l'UE, o a livello internazionale, conformemente alla legislazione in vigore.

– A livello delle istituzioni sanitarie:

• Garantendo la qualità della documentazione microbiologica e dei fascicoli relativi ai pazienti;

• Sorvegliando l'incidenza dei tipi d'infezione target, affiancandola ad indicatori di processo ed indicatori strutturali volti a guidare e valutare l'applicazione delle misure di lotta contro le infezioni;

• Sorvegliando in tempo reale particolari tipi raggruppamenti di infezioni e/o di ceppi particolari di agenti patogeni nosocomiali al fine di individuare le epidemie locali.

– Usando, per quanto possibile, i sistemi di sorveglianza ed indicatori raccomandati dal CEPN e le definizioni di caso concordate a livello UE.

(d) Favorire l'istruzione e la formazione del personale sanitario,

– A livello degli Stati membri:

• Definendo ed attuando programmi di formazione e/o d'istruzione alla lotta contro le infezioni per il personale addetto alla lotta contro le infezioni e rafforzando la formazione sulla prevenzione e sulla lotta contro le infezioni nosocomiali, per il rimanente personale sanitario.

– A livello delle istituzioni sanitarie:

• assicurando regolarmente la formazione di tutto il personale, compresi i quadri, riguardo ai

principi base dell'igiene, della prevenzione e della lotta contro le infezioni;

- assicurando regolarmente la formazione specializzata del personale incaricato di compiti particolari riguardanti la prevenzione e la lotta contro le infezioni nosocomiali.

(e) Migliorare l'informazione fornita ai pazienti da parte delle istituzioni sanitarie:

- informazioni precise e comprensibili sul rischio di infezioni nosocomiali, sulle misure di prevenzione da esse adottate nonché sul modo in cui i pazienti possono contribuire alla prevenzione delle infezioni nosocomiali;

- informazioni specifiche (ad esempio relative alle misure di prevenzione e controllo) ai pazienti colonizzati o infettati da agenti patogeni associati alle cure sanitarie.

(f) Sostenere la ricerca epidemiologia, nuove tecnologie ed interventi preventivi e terapeutici, rapporto costi/efficacia della prevenzione e del controllo.

## BIBLIOGRAFIA

1) GU C [...] del [...], pag. [...].

2) GU C del [...], pag. [...].

3) GU C [...] del [...], pag. [...].

4) GU C [...] del [...], pag. [...].

5) Relazione tecnica 'Improving Patient Safety in the EU' preparata per la Commissione europea, pubblicata nel 2008 dalla RAND Cooperation.

6) COM(2007) 630 def.

7) Safety improvement for Patients in Europe (SIMPATIE) progetto finanziato nel quadro del programma comunitario relativo alla sanità pubblica 2003-2008, [www.simpatie.org](http://www.simpatie.org)

8) Il lavoro di tale meccanismo intersettoriale dovrebbe essere complementare al lavoro del meccanismo intersettoriale di cui alla raccomandazione n. 2002/77 sull'uso prudente degli agenti antimicrobici nella medicina umana.

\* \* \*

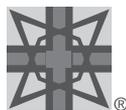
## La fondazione ANT Italia Onlus è vicina alle donne operate al seno

Il servizio di psicologia ANT organizza colloqui gratuiti individuali ed incontri di gruppo per tutte coloro che stanno vivendo il delicato periodo post-operatorio ed eventuali terapie adiuvanti.

I colloqui si svolgeranno presso l'Istituto ANT in Via Jacopo di Paolo 36, 40128 Bologna.

Per prenotazioni rivolgersi alla Dott.ssa C. Fierro (medico specializzato in psicologia) tel. 348/3148150 - 051/7190111.

\* \* \*



**OSPEDALE PRIVATO**  
— SANTA VIOLA —



*Direttore Sanitario:*

**DOTT. GIUSEPPE GUERRA MEDICO CHIRURGO**

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

**STRUTTURA SANITARIA PER LUNGODEGENZE ACCREDITATA**  
Aut. San. PG 160609 del 07/10/2002

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

## MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 2 febbraio 2009

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ALAGNA VINCENZO	Via Emilia Levante, 144/4 – Bologna	347/07.46.069
ALESSANDRELLI FLAVIO	Via Murri, 13 – Bologna	333/46.13.267
ALI' NIKOLIN	Via Michele Amari, 1 – Bologna	340/54.25.965
ALTINI CHIARA	Via Saragozza, 120 – Bologna	051/64.48.350 - 347/51.48.008
ANTONACCI NICOLA	Via F. V. Giulia, 8 – Bologna	051/54.56.23 - 348/53.17.427
BALLARINI ELISA	Via Lombardi, 51 – Bologna	340/77.96.465
BENINI ROBERTA	Via Croce Idice, 1/c – S.Lazzaro di Savena	051/62.56.519 - 340/92.15.255
BERRA MARTA	Via L. Balugani, 19 – Bologna	338/87.98.897
BIFULCO ELISABETTA	Via Mazzini, 104 – Bologna	051/39.06.95 - 335/51.46.022
BLUME JULIA FRIEDERIKE	Via Massarenti, 122/3 – Bologna	051/34.79.58 - 346/54.25.207
BONAVINA GIUSEPPE	Via S. Annunziata, 9 – Bologna	051/58.01.97 - 340/29.79.142
BUGIARDINI ENRICO	Via Saragozza, 115 – Bologna	051/64.46.405 - 328/31.23.704
CALABRO' TERESA	Via Finelli, 1 – Bologna	051/58.79.338 - 338/18.45.257
CAPPELLA MICHELA	Via Broccaindosso, 61 – Bologna	051/27.29.83 - 349/23.32.266
CASAGLIA ALESSANDRO	Via Montanari, 2/2 – Bologna	051/34.15.72 - 348/56.32.577
CASANELLI SONIA	Via Amola, 63 – Monte S. Pietro [BO]	051/67.60.214 - 347/09.69.518
CATAPANO FEDELE	Via F. Zanardi, 189 – Bologna	051/63.44.618 - 349/80.75.043
CECCARINI CHIARA	Via Musolesi, 2 – Bologna	0541/62.28.57 - 320/61.71.994
CENTONZE GIANLUCA	Via Firenze, 9 – Carmiano [LE]	328/33.69.351
CEPELI ERIONA	Via Ferravilla, 11 – Bologna	320/49.12.919
COLAFATI MARIA ANTONIETTA	Via Manfredi, 2 – Bologna	051/39.22.95 - 346/21.14.877
D'AMORE ROBERTO	Via Togliatti – Ozzano Emilia	051/64.42.079 - 320/88.45.386
DE LUCA SERENA	Via Malaguti, 2 – Bologna	347/26.01.081
DI GRAZIA VALERIO MARIA	Via Don Minzoni, 11 – Bologna	338/40.12.783
DJEUMEN MBIAPA WILFRIED STEVE	Via Mezzofanti, 65 – Bologna	051/99.13.519 - 349/28.26.966
FORMARO SILVANA	Via Koch, 1/3 – Bologna	051/40.47.21 - 347/78.27.325
FOSCHIERI JENNY	Via Dogali, 4 – S. Giovanni Persiceto	051/82.30.064 - 349/57.32.402
FOSCO MATTEO	Via Lombardia, 18 – Bologna	329/22.35.625
GAUDIANO ROSA MARIA	Via Galeotti, 6 – Bologna	329/08.28.354
GEBREMICAEL B. DANIEL	Via Malvolta 17 – Bologna	347/37.37.806
GIANNINI ENRICO	Via Lame, 76 – Castel Maggiore	335/81.02.481
GIOVANNINI EUGENIO	Via Venturini, 51/b – Imola	0542/35.900 - 389/11.06.277
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	051/59.22.80 - 338/16.14.287
GRASSI ILARIA	Via S. Ferrari, 20 – Bologna	051/48.42.942 - 347/00.41.722
HRISTOVA ASENKA	Via Don Minzoni, 6 – Monterezeno	349/39.91.164
IAPICCA GERARDO	Via Marconi, 14 – Ozzano Emilia	348/70.75.054
JAKUBINI EMILIAN	Via delle Lame, 71 – Bologna	051/04.12.927 - 339/38.82.824
LABROPOULOS FOTIOS	Via Paolo Fabbri, 29 – Bologna	329/10.64.113
LANZA MARIA CONCETTA	Via Vizzani, 51 – Bologna	051/99.13.599 - 349/71.91.744
LIA LOREDANA	Via Guido Reni, 6 – Bologna	347/69.17.417
LULLINI GIADA	Via del Pino, 10 – Ozzano Emilia	051/58.71.058 - 340/61.63.754
MAGAGNI GABRIELE	Via Alderotti, 2 – Bologna	051/79.63.57 - 339/49.58.751
MANCINO FRANCO	Via G. F. Barbieri, 1 – Bologna	051/56.61.29 - 349/13.35.956
MAROSTICA FILIPPO	Via G. F. Barbieri, 1 – Bologna	051/35.20.97 - 339/25.05.707
MARZARI ROSSELLA	Via Ercolani, 10 – Bologna	051/52.17.28 - 380/54.65.125
MASCITTI PAOLA	P.zza Aldrovandi, 6 – Bologna	335/53.93.123
MASTROPIETRO MARIANGELA RITA	Via Vizzani, 2 – Bologna	328/81.79.190
MATTEUCCI CARLOTTA	Via Mondo, 4/3 – Bologna	051/58.83.105 - 333/28.65.945
MATTEINI PAOLA	Via P. Nenni, 26 – Cottignola [RA]	0545/40.524 - 339/84.98.105
MONARI FFRANCESCO	Via Cavazza, 1 – Bologna	051/44.32.41 - 339/48.19.676
	Via de Carracci, 51 – Bologna	320/64.42.518

MURANO PAOLA	Via Mondo, 7 – Bologna	328/33.92.615
MURARIU I. ADIMA	Via Rizzoli – Granarolo dell'Emilia	051/76.04.82 – 348/91.48.155
PADOVANO ILARIA	Via Carpaccio, 6 – Bologna	340/09.55.106
PALLOTTI FRANCESCA	Via B. G. della Verna – Fermo	329//43.32.330
PECHLIVANIDIS KONSTANTINOS	Via Alessandrini, 2 – Bologna	334/81.66.657
PIZZUTI MANUELA	Via Mondo – Bologna	349/37.83.281
POMBENI MARCO	Via Mentana, 9 – Bologna	333/98.90.192
SAVORELLI GIULIA	Via Paolo Fabbri - Bologna	328/45.97.123
TEODOREANU LUCIA – DANA	Via Emilia Levante, 13 – Imola	0542/60.92.16 – 347/50.28.676
TERNINI SILVIA	V.le Masini, 17 – Bologna	346/97.56.063
TEFAI WAHID MELODY	Via Mengoli, 1/3 – Bologna	328/94.22.072
TCHOUGANG NOND JOEL RAYMOND	Via Pomponia, 5 – Bologna	338/52.57.388
TSEGAY ISAAC Y.	Via Malvolta, 17 – Bologna	339/88.33.408
VENTURA ELISABETTA	Via Majani, 2 – Bologna	333/22.05.287

\* \* \*

## MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ANGELINI ANNA PINA	Geriatria	051/52.10.19 – 347/75.96.785
ARBIZZANI ANNALISA	Neuropsichiatria Infantile	347/41.93.314
BIAGETTI CARLO	Malattie Infettive	389/97.95.926
BIANCHINI SILVIA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	051/34.12.65 – 347/76.04.654
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16 – 340/85.50.870
CAIVANO ANTONIO	Chirurgia e Chirurgia dell'Infanzia	0532/80.91.18 – 335/81.28.675
CARLO VITTORIA	Odontostomatologia	345/59.11.005 – 338/75.23.735
CECILIATO ROSA	Gastroenterologia	338/72.28.882
COSTANTINI GENNARO	Malattie dell'Apparato Cardiovascolare	
	Medicina Interna - Radiologia	333/29.53.184
DELLA BELLA CRISTINA	Reumatologia	051/39.10.75 – 349/86.07.715
DI SAVERIO SALOMONE	Chirurgia Generale	051/58.71.478 – 320/70.91.509
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
FINO VIOLA	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	0542/35.767 – 347/07.06.768
GALATI PIETRO	Allergologia e Immunologia Clinica	328/66.57.282
GIAMBERSIO MARIA PIA	Radiodiagnostica	392/27.02.06
GIULIANELLI CINZIA	Neuropsichiatria infantile	329/06.80.142
LA MORGIA CHIARA	Neurologia	051/51.25.53 – 338/87.63.871
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MANFRIN MARIA	Medicina Tropicale	340/73.29.049
MARCONI VALENTINA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	051/30.65.71 – 329/54.39.985
MARZARI ROSSELLA	Otorinolaringoiatria	335/53.93.123
MASSA FLORINDO	Ostetricia e Ginecologia	338/50.62.768
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente Med.Lav.	051/44.32.41 – 339/48.19.676
MICONI ALESSANDRA	Geriatria e Gerontologia	051/30.84.78 – 349/46.23.147
NALDI ILARIA	Neurologia	051/94.85.34 – 349/59.69.526
PRATI ANDREA	Corso di Formazione in Medicina Generale	347/83.94.839
RESCINA FABIO	Chirurgia Generale	333/18.45.648
ROJAS LLIMPE FABIOLA LORENA	Oncologia	051/36.02.44 – 328/47.19.894
SOZZI MARCELLO	Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria	051/63.67.837 – 340/29.68.635

## Centro Psicoanalitico di Bologna

### Bologna

**17-28 febbraio 2009**

**14-28 marzo 2009**

**9-16 maggio - 6 giugno 2009**

L'acquisizione di un certo grado di autosufficienza "compatibile" è il frutto di una dinamica che dalla assoluta dipendenza del neonato dalle cure materne approda alla consapevolezza ed alla ambivalente accettazione di tale condizione. Come conseguenza di una carenza o di un fallimento delle funzioni di accudimento, al di là di patologie estreme come l'autismo infantile o lo sviluppo di gravi situazioni psicotiche, si evidenzia il vasto e variegato capitolo delle patologie da dipendenza, oggetto del ciclo di seminari qui proposto.

### Forme della dipendenza e patologia del legame

**14 Febbraio 2009**

- Sul comportamento di addiction.

**28 Marzo 2009**

- Sulla dipendenza dalle Istituzioni.

**16 Maggio 2009**

Il desiderio e l'inconscio nell'età mediatica.

### Nuove dipendenze, antichi abbandoni

**24 Gennaio 2009**

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

**28 Febbraio 2009**

- Amori che consolano, amori che feriscono.

**9 Maggio 2009**

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

**6 Giugno 2009**

- Realtà virtuali, dipendenze vere.

### PSICHE-DIKE GENITORI E FIGLI TRA PSICOLOGIA E LEGGE Il figlio conteso nell'affido condiviso

L'esperienza peritale mostra come la lettura psicoanalitica delle dinamiche familiari permetta di spiegarle – non certo di giustificarle o al

contrario demonizzarle, come talora si frainrende – e contribuisca a costruire un progetto riparativo sia per i figli che per i genitori.

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

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

### Segreteria Organizzativa

CENTRO PSICOANALITICO DI BOLOGNA

Via Cesare Battisti 24 - 40123 Bologna

Tel. 3314129985 - Fax 0513372212

E-mail: [segreteria.organizzativa@cepsibo.it](mailto:segreteria.organizzativa@cepsibo.it)

[www.cepsibo.it](http://www.cepsibo.it)

## Alma Oftalmologia ECM 2009 Quinto anno

### Bologna

**26 marzo 2009**

Patologie allergiche della superficie oculare.

### Bologna

**16 aprile 2009**

La miopia.

### Parma

**16 aprile 2009**

La diagnosi del glaucoma: cosa posso fare nel mio ambulatorio.

### Parma

**23 aprile 2009**

Equipe di pronto intervento in corso di occlusioni arteriose retiniche.

### Parma

**7 maggio 2009**

La toxoplasmosi: dal gatto al bambino...

### Bologna

**5-6 giugno 2009**

Occhio, visione e superficie.

### Bologna

**17 settembre 2009**

Occhio e gravidanza.

## **Bologna** **8 ottobre 2009**

Up-to-date della chirurgia della cataratta.

## **Parma** **15 ottobre 2009**

West Nile Virus, Filarie, Rickettsia:  
patologie all'ordine del giorno.

## **Ferrara** **22 ottobre 2009**

Argomenti di semeiotica oculare: casi clinici.

## **Parma** **29 ottobre 2009**

È glaucoma oppure no? La diagnosi  
differenziale dell'otticopatìa glaucomatosa.

## **Parma** **5 novembre 2009**

Up to date sulle terapie intravitreali.

## **Ferrara** **3 dicembre 2009**

Terapia Medica del Glaucoma ad angolo  
aperto.

### **Sede dei Corsi**

**Bologna:** Aula Murri, Policlinico S. Orsola-  
Malpighi, Via Massarenti 9  
Segreteria tel. 051 6364646;  
mail: [piera.versura@unibo.it](mailto:piera.versura@unibo.it)

**Ferrara:** anche quest'anno gli eventi  
organizzati dall'Università di Ferrara  
vengono svolti a Bologna, Aula Murri  
Policlinico S. Orsola-Malpighi  
Segreteria tel. 0532 206338;  
mail: [sbd@unife.it](mailto:sbd@unife.it)

**Parma:** Sala Congressi Az. Osp. Univ. di  
Parma - Aula G. Via A. Gramsci, 14  
Segreteria tel. 0521 703138;  
mail: [patrizia.dondi@unipr.it](mailto:patrizia.dondi@unipr.it)

## **Aggiornamenti in Flebologia**

## **Bologna** **21 febbraio 2009**

21 febbraio 2009 - ore 8,30-16,30

Lettura Magistrale  
**Tromboembolie venose: il follow-up dopo  
il primo evento**

## **Prima Sessione**

- Novità rispetto alle precedenti LG 2004.
- Chirurgia flebologica.
- Il contenzioso in chirurgia flebologica.
- Gradi di raccomandazione ACCP.

## **Seconda Sessione**

- TVP atipiche.
- TVS e chirurgia.
- Chirurgia flebologica e terapia  
anticoagulante.

## **Tavola Rotonda** **Update ACCP 2008: aree grigie**

### **Topics**

- TEV e terapia anticoagulante.
- Trombofilia.
- Filtro cavale.
- Terapia Endovascolare.
- Il chirurgo e la trombosi venosa profonda  
dell'arto superiore.
- Flebotonici.
- Elastocompressione nel postchirurgico.
- Elastocompressione nel paziente medico.
- Laser in flebologia.

Questionario di Apprendimento ECM.

### **Sede del Corso**

Aula Magna - Ospedale Maggiore  
Bologna

### **Segreteria Organizzativa**

ADB Eventi&Congressi  
Via Tagliapietre, 12b - 40123 Bologna  
Tel. 051 4072960

[info@adbcongressi.it](mailto:info@adbcongressi.it) - [www.adbcongressi.it](http://www.adbcongressi.it)

-----  
CONGRESSO INTERNAZIONALE

## **Atrial Fibrillation**

## **Bologna** **26-27 febbraio 2009**

Sede: Royal Hotel Carlton  
-----

## **Carcinoma differenziato della tiroide: dalla diagnosi al follow-up**

## **Bologna** **21 marzo 2009**

21 marzo 2009 - ore 8,00-18,40

## I Sessione: Diagnosi

Ruolo diagnostico dell'ecografia:  
certezze di oggi e nuove prospettive.

## Le zone grigie della citologia tiroidea

- Cosa ci deve dire il patologo.
- Quando inviare il paziente al chirurgo e che tipo di intervento.
- Biologia molecolare nella diagnosi citologica.
- Importanza della stadiazione pre-operatoria.
- Caso clinico.

## II Sessione: Chirurgia

Chirurgia: punti pericolosi ed errori tipici.

## Il problema dell'N

- Punto di vista dell'Endocrinologo.
- Punto di vista del Chirurgo.
- Chirurgia del carcinoma avanzato.
- Ipocalcemia ed emorragia nel post-operatorio: ruolo dell'infermiere professionale.
- Lesioni dei nervi laringei: come inquadrate e come gestirle.
- Ruolo del logopedista.
- Ruolo del Chirurgo.

## III Sessione: Follow-up

- Ablazione con 131-I: quando e come?
- Follow-up e persistenza di AbTg: cosa fare?
- Test al TSH ricombinante nel follow-up: ruolo dell'infermiere professionale.
- Radioterapia esterna: per quali pazienti e con quale tecnica.
- Nuove tecniche di imaging.

## Metastasi a distanza

- Ruolo della chirurgia per le metastasi endotoraciche.
- Ruolo dell'ortopedico per le secondarietà scheletriche.
- Ruolo dell'interventistica per le secondarietà epatiche e di altre sedi.
- La chemioterapia e i nuovi farmaci: quale ruolo nella pratica clinica?

## Sede del Corso

Relais Bellaria Hotel & Congressi - Bologna

## Segreteria Organizzativa

Konicab srl

Via Francesco Baracca, 7 - 40133 Bologna

Tel. 051 385328 - Fax 051 311350

E-mail: [congressi@konicab.it](mailto:congressi@konicab.it) - [www.konicab.it](http://www.konicab.it)

**Fitoterapia e integrazione alimentare nel malato oncologico**  
**Fondazione I.R.C.C.S.**  
**Istituto Nazionale Tumori di Milano**

## Milano

**22-23 aprile 2009**

### 22 aprile 2009 - ore 9,00-18,00

- Approccio all'uso delle piante medicinali.
- Controllo di qualità delle droghe vegetali.
- La standardizzazione del fitocomplesso.
- Piante medicinali e alimenti: interazioni con la terapia oncologica.
- La medicina tradizionale tra gli indios dell'Amazzonia.
- Composizione, indicazioni, interazioni farmacologiche di Curcuma e Iperico.
- Panax ginseng C.A. Meyer a supporto del trattamento della "Fatigue".
- Arnica e Calendula: aspetti botanici, composizione, indicazioni, interazioni farmacologiche.

### 23 aprile 2009 - ore 9,00-17,30

- La preparazione delle tinture madri e macerati glicerici.
- Il *Viscum album* L.: aspetti botanici, composizione, indicazioni, interazioni farmacologiche.
- Composizione, indicazioni, interazioni farmacologiche dell'*Aloe*.
- Casi clinici: applicazioni cliniche dei fitocomplessi nel malato cronico.
- Esperienze con *Scrophularia nodosa* L.
- Il Vischio nel malato oncologico: esperienze cliniche.
- La fitoterapia per il controllo dei disturbi del gastroenterico.
- Stili alimentari che possono favorire l'insorgenza di neoplasie (mammella, ovaio, polmone, colon): potenzialità, realtà e prospettive (I).
- Gli aspetti curativi della dieta nel malato oncologico: potenzialità, realtà e prospettive (II).

## Sede del Corso

Aula "A" - Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Nazionale Tumori di Milano  
Università di Milano  
Via Venezian 1 - 20133 Milano

## Segreteria Organizzativa

Smile Tech srl

Via Valdirivo, 19 - 34132 Trieste

Tel. 040/3499050-3481631 - Fax 040/3487023

E-mail: [info@smileservice.it](mailto:info@smileservice.it)

Poliambulatorio autorizzato, non accreditato (C.D.O. s.r.l. Via Ortolani 34/F Bologna) piano terra, a norma, accesso handicap, con fermata autobus antistante, rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Il Poliambulatorio è dotato di recentissimo ecografo Aloka 4 sonde - SSD 4000 CV. Per informazioni tel. 051/547396.

---

Poliambulatorio 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.

---

In Imola (BO) importante polo medico pediatrico, per ampliamento locali, ricerca specialisti nelle seguenti branche: cardiologia, chirurgia pediatrica, medicina dello sport. Per informazioni tel. 0562/23848 - 395/6667776.

---

Vendo arredo ambulatorio pediatrico (design) composto da: sala d'aspetto, libreria, poltrone in pelle, divano puff seduta. Ambulatorio: libreria, lettino, scrivania, 2 sedie-poltrone, cestino rifiuti. Prezzo da convenirsi. Per informazioni tel. 051/397322.

---

Vendesi apparecchio professionale per terapia a segnale pulsato (elettromagnetoterapia) total body perfettamente funzionante e in ottime condizioni. € 300. Per informazioni Dr. Angone 329/7339726.

---

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

---

Causa cessazione dell'attività, vendo radiologico per uso odontoiatrico De Gotzen del 2008 modello X Genus perfettamente funzionante con lungo completo di centralina. Il prezzo richiesto è veramente basso e lo strumento è correlato da tutta la documentazione prevista di legge. Chi è interessato può rivolgermi al numero 335/6584156.

---

Medico-chirurgo specialista in terapia fisica e riabilitazione, con decennale esperienza, offresi per collaborazione e consulenze presso Poliambulatori, Case di cura, Case protette, in zona Bologna e dintorni. Per informazioni tel. 334/7768796.

---

Studio medico Piazza dei Martiri 1 fuori ZTL, si locano locali diverse metrature e tipologie, aut. ASL; Wi-Fi. Contattare lo 051/255111 oppure centroedone@tiscali.it.

---

Nuovissimo ambulatorio medico privato affitta, vani con segreteria-reception mattina e/o pomeriggio in Piazza dei Martiri 5. Telefonare allo 051/246923 oppure al 338/5071627.

---

Affittasi studio medico piano terra per singole o mezze giornate a Bologna zona Andrea Costa a medici specialisti. Per informazioni telefonare al 338/3622426.

---

Cedesi studio medico odontoiatrico (no muri) in Casalecchio di Reno. 2 unità operative a norma, autorizzato, avviamento ventennale. Causa trasferimento. Disponibile anche ad eventuali collaborazioni. Tel. 347/2315927.

---

Affittasi per alcune giornate ambulatorio per libero-professionista di fronte clinica ostetrica S. Orsola. Per informazioni telefonare al 335/6692204.

---

## Norme editoriali

---

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

**Articoli:** sono graditi gli articoli a carattere sanitario e a rilevanza locale.

Gli articoli a carattere scientifico saranno inviati a referee nazionali scelti dalla redazione. Ogni articolo non dovrà superare di norma le 16.000 battute e contenere massimo 3 immagini in bianco e nero.

**Notizie:** testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

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

Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.

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

**Annunci:** testo di massimo 500 battute

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

DODICESIMO

NOVITÀ E AGGIORNAMENTI IN TEMA  
DI **MEDICINA E CHIRURGIA ESTETICA**

# 12° CONGRESSO INTERNAZIONALE

# SIES

D O D I C E S I M O

B O L O G N A

F E B B R A I O

20 - 21 - 22

2 0 0 9

Centro Congressi **CENTERGROSS**

## Principali argomenti oggetto del Convegno

Antiaging	Epilazione laser
Inestetismi del viso: tecniche mediche, cosmetologiche e chirurgiche	Trattamenti multidisciplinari della P.E.F.S.
Tecniche manuali applicate alla Medicina Estetica	Angiologia in Medicina e Chirurgia Estetica
Tossina botulinica	Filler: conferme e novità
Fosfatidilcolina: intralipoterapia	Tricologia
Laser resurfacing	Chirurgia Plastica Estetica
Alimentazione, obesità, benessere	Bioestimolazione invecchiamento cutaneo
Liposcultura e chirurgia corporale	Peeling
Novità in Medicina e Chirurgia Estetica	Radiofrequenza
	Ginecologia Estetica



CENTRO POSTUNIVERSITARIO - MEDICINA AMBULATORIALE

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

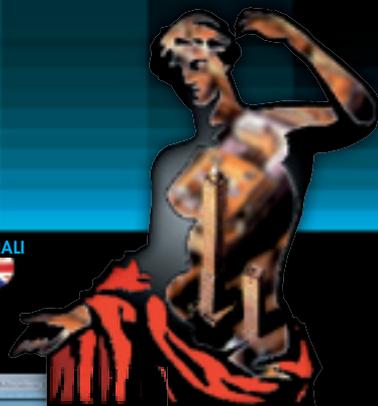
VALET • via dei Fornaciari 29/b - 40129 Bologna (Italy)  
tel: +39 051.63.88.334 - fax: +39 051 32.68.40

www.valet.it - [congresso@valet.it](mailto:congresso@valet.it)

### SEGRETERIA SCIENTIFICA

Società Italiana di Medicina e Chirurgia Estetica  
www.sies.net - [informazioni@sies.net](mailto:informazioni@sies.net)

### LINGUE UFFICIALI





**S.I.S.ME.R.® s.r.l.**  
**Poliambulatorio privato**  
**Clinica Day Surgery**

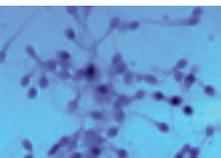
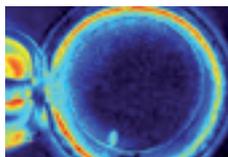
Via Mazzini, 12 - 40138 Bologna  
 tel. +039.051.307 307 (5 linee r.a.)  
 fax +039.051.302 933  
 sismer@sismer.it - pazienti@sismer.it

## IL TEAM DI S.I.S.ME.R. RIPRODUZIONE

Dott. Luca Gianaroli  
 Dott.ssa Anna Pia Ferraretti  
 Dott. Daniele Barnabè  
 Dott.ssa Elisabetta Feliciani  
 Dott.ssa Carla Tabanelli

## IL TEAM DI S.I.S.ME.R. ANDROLOGIA

Dott. Giorgio Cavallini  
 Dott. Edoardo Pescatori  
 Dott. Giovanni Vitali



## IL TEAM DI S.I.S.ME.R. PRENATALE

Dott. Luigi Filippo Orsini  
 Dott.ssa Eleonora Guadalupi

## IL TEAM DI S.I.S.ME.R. PNEUMOLOGIA

Dott. Alessandro Zanasi

## IL TEAM DI ARTROSI E ARTROPROTESI DELL'ANCA

Dott. Luca Busanelli

Il Poliambulatorio S.I.S.ME.R. (Società Italiana di studi di Medicina della Riproduzione) è all'avanguardia nel settore della ginecologia, dell'ostetricia, della diagnosi e terapia della sterilità e nella procreazione medicalmente assistita, con il contributo di professionisti di fama internazionale e di nuove e sofisticate tecnologie biomediche.

## DIAGNOSI E TERAPIA DELLA STERILITÀ PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

- One Stop Clinic
- Inseminazione intrauterina
- Fecondazione in Vitro
- ICSI (Iniezione Intracitoplasmatica degli Spermatozoi)
- IVF LITE
- Analisi aneuploidie sul globulo polare
- Crioconservazione dei gameti per la preservazione della fertilità

## Ginecologia e Ostetricia Ecografia ginecologica transaddominale e transvaginale Sonoisterografia e sonosalpingografia Ecografia mammaria Diagnosi e terapia dell'aborto ricorrente Consulenza psicologica

La Clinica Day Surgery S.I.S.ME.R. eroga prestazioni diagnostiche in vari settori. E' inoltre operativo un servizio di day surgery con sala operatoria per interventi polispecialistici in regime di ricovero diurno a cui possono accedere specialisti delle varie branche autorizzate (Chirurgia generale, Chirurgia plastica, Chirurgia vascolare, Oculistica, Odontoiatria e stomatologia, Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e ginecologia, Urologia, Dermosifilopatia, Fisiopatologia della riproduzione umana, Oncologia e Pneumologia)

## DIAGNOSI PRENATALE

- Ecografia ostetrica del primo, secondo e terzo trimestre di gravidanza
- Flussimetria doppler
- Ecografia morfologica e consulenza prenatale
- Consulenza e test genetici
- Translucenza nucale
- Bi-test
- Villocentesi
- Amniocentesi

## ENDOSCOPIA GINECOLOGICA

- Isteroscopia diagnostica ed operativa
- Endoscopia transvaginale
- Laparoscopia diagnostica

## LABORATORIO DI ANDROLOGIA

- Crioconservazione del liquido seminale per pazienti oncologici
- Spermogramma e studio del DNA
- Test di separazione nemaspermica
- Test FISH
- Test birrifrangenza degli spermatozoi

## ANDROLOGIA E DISTURBI SESSUALI CHIRURGIA ANDROLOGICA

- Circoncisione
- Biopsia testicolare
- Varicocele
- TESE-MESE
- Micro TESE

Poliambulatorio privato Clinica S.I.S.ME.R. Day Surgery  
 Direttore Sanitario Dott. Daniele Barnabè  
 Autorizzazione sanitaria PG.n.134603/99 e PG.n.85889/01

UNI EN ISO 9001:2000



SISTEMA DI GESTIONE  
 QUALITÀ CERTIFICATO

CERTQUALITY  
 È MEMBRO DELLA  
 FEDERAZIONE CISO



AZIENDA CERTIFICATA DAL 1998