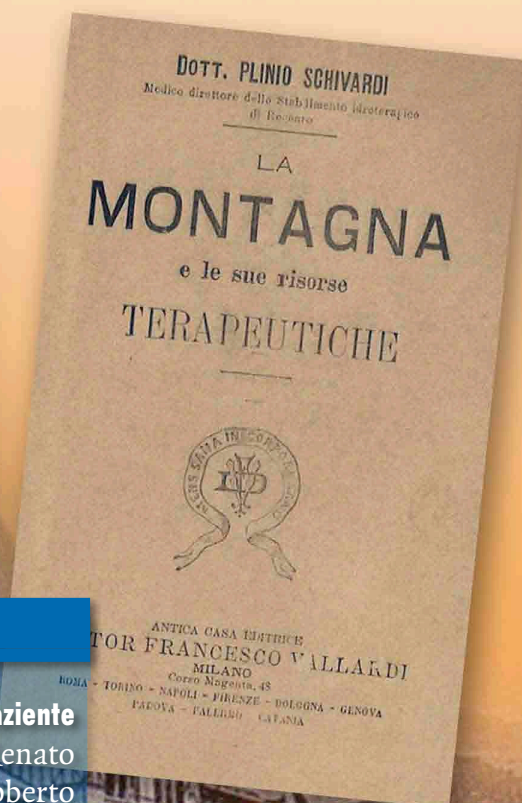


BOLLETTINO NOTIZIARIO

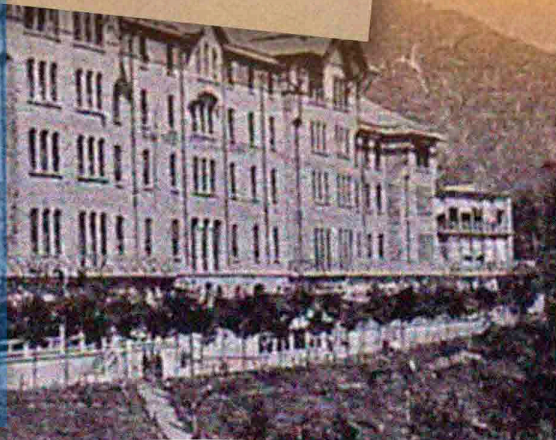
ANNO XLIII - N° 2 FEBBRAIO 2012

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



IN QUESTO NUMERO

- **Un percorso clinico-assistenziale del paziente con patologia espansiva surrenalica**, Renato Pasquali, Claudio Borghi, Eugenio Roberto Cosentino, Valentina Vicennati, pag. 3
- **Riforma degli ordini: scattato il conto alla rovescia**, Andrea Dugato, pag. 8
- **Plinio Schivardi e la climatoterapia di montagna alla fine dell'Ottocento**, Nicolò Nicoli Aldini, Alessandro Ruggeri, pag. 9
- **Forme non convenzionali di cura: l'Ippoterapia e la Riabilitazione Equestre**, Maria Grazia Galazzi, pag. 12



BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE

Dott. Luigi Bagnoli

COMITATO DI REDAZIONE

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Contiene I.P.

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Gennaio 2012
è stato consegnato in posta
il giorno 5/1/2012

SOMMARIO

ANNO XLIII - FEBBRAIO 2012 N° 2

ARTICOLI

Un percorso clinico-assistenziale del paziente con patologia
espansiva surrenalica • **3**

Riforma degli ordini: scattato il conto alla rovescia • **8**

Plinio Schivardi e la climatoterapia di montagna alla fine dell'Ot-
tocento • **9**

Forme non convenzionali di cura: l'Ippoterapia e la Riabilitazio-
ne Equestre • **12**

NOTIZIE

Dalla pagina 14 alla 28

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **29**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **30**

CONVEGNI CONGRESSI • **31**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

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

www.odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente

Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente

Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario

Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere

Dott. VITTORIO LODI

Consiglieri Medici

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott. STEFANO FERRARI

Dott. OSCAR FINI

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. STEFANO PILERI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

Consiglieri Odontoiatri

Dott. ANDREA DUGATO

Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. CARLO D'ACHILLE

Segretario: Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Componenti: Dott. EMANUELE AMBU

Dott. PIETRO DI NATALE

Dott. ANDREA DUGATO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dott. FRANCO BENETTI

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO

Dott. ALESSANDRO ZATI

Supplente: Dott. FRANCESCO QUARANTA

Un percorso clinico-assistenziale del paziente con patologia espansiva surrenalica

Renato Pasquali, Claudio Borghi, Eugenio Roberto Cosentino, Valentina Vicennati

Premessa

Il riscontro di masse espansive surrenaliche è sempre più frequente, indipendentemente dalla presenza di manifestazioni cliniche potenzialmente correlabili ad un'alterata funzione dei surreni. Esse vengono definite generalmente con il termine di "incidentaloma/i surrenalico/i" (IS), singoli i multipli, di dimensioni pari o superiori ad un centimetro di diametro, riscontrato/i in modo casuale nel contesto di indagini di imaging (CT, RMN, ecc.) in assenza di segni o sintomi suggestivi per patologia surrenalica, effettuati per altri motivi diagnostici. Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della frequenza di riscontro casuale di una massa surrenalica, che è divenuto un comune ed attuale problema clinico. È presumibile che non si tratti di un aumento reale delle patologie dei surreni associate ad un processo espansivo, quanto piuttosto di un più ampio e progressivo utilizzo di tecniche di imaging sempre più raffinate, in grado di svelare l'alterazione strutturale dei surreni, la cui prevalenza in ambiente radiologico è elevata e, presumibilmente, superiore al 4 per cento.

Sebbene nella maggioranza dei casi queste masse risultino non funzionanti e benigne, esse tuttavia richiedono comunque un'attenta valutazione diagnostica per escludere la presenza di malignità o di ipersecrezione ormonale, generalmente modesta o moderata. In realtà gli IS non sono un'entità patologica uniforme, ma piuttosto esprimono un'alterazione morfologica correlata ad uno spettro di patologie differenti, accomunate solo dalla modalità con la quale esse vengono rivelate.

Negli ultimi anni la problematica degli IS sta inoltre suscitando sempre maggiore interesse anche in ambito scientifico, poiché ancora poco si sa sui processi fisiopatologici responsabili, in molti casi espressione di alterazioni genetiche

ancora mal definite. Gli IS si riscontrano prevalentemente i soggetti con età media di 55 anni senza differenze significative tra i due sessi. Il fattore età è presumibilmente fuorviante, se non altro poiché essa rappresenta il periodo di più frequente utilizzazione delle indagini radiologiche. Infatti, è presumibile che la loro presenza preceda di molti anni il loro riscontro.

Classificazione ed incidenza degli incidentalomi surrenalici

Secondo i dati del Gruppo di studio della Società Italiana di Endocrinologia (pubblicati nel 2000), che ha elaborato una valutazione epidemiologica basata solamente sugli IS sottoposti a verifica chirurgica, la maggior parte degli IS (85 per cento) è rappresentata da adenomi cosiddetti "non secernenti", mentre quelli secernenti sono approssimativamente il 15 per cento. Tra le forme secernenti, la patologia più frequente è l'adenoma associato ad una sindrome di Cushing subclinica (9,2 per cento); il 4,2 per cento è rappresentato dai feocromocitomi (la cui presentazione clinica è, oggi, assai differente da quella riportata ancora in molti trattati di Medicina); l'1,6 per cento è costituito da adenomi secernenti aldosterone (adenoma di Conn). Non appare trascurabile (4 per cento) la frequenza complessiva dei carcinomi surrenalici.

Una più recente revisione della letteratura sembra confermare tali dati, in realtà con qualche variazione nella prevalenza. Infatti, essa riporta che la maggior parte degli IS è rappresentata da masse surrenaliche benigne (41 per cento) ed in particolare da adenomi, cui seguono, in ordine di frequenza, le metastasi (19 per cento), i carcinomi surrenalici (10 per cento), i mielolipomi (9 per cento), i feocromocitomi (8 per cento), ed altre lesioni benigne nei rimanenti casi.

Queste differenze evidentemente sono imputa-

bili alla diversa selezione della popolazione esaminata, oltre a dipendere, sempre, dal fatto che si tratta di casistiche chirurgiche. In realtà non esistono indagini epidemiologiche, anche originate da casistiche radiologiche, che siano in grado di dare una stima reale del problema e, soprattutto, di poter classificare nella fase pre-chirurgica le varie patologie sottese alla presenza dell'IS stesso. Questo invece è possibile grazie ad un'organizzazione multidisciplinare coesa, in grado di valutare una diagnosi plausibile e, di conseguenza, di riservare una soluzione chirurgica solo ai casi in cui tale opzione terapeutica è opportuna o plausibile. Un altro aspetto non trascurabile è il fatto che, frequentemente, vengono riscontrate masse di varie dimensioni in entrambi i surreni o più masse nello stesso surrene. In questi casi, è possibile che ci si trovi di fronte ad una condizione di iperplasia macronodulare (o micronodulare) bilaterale, quasi sempre associata a secrezioni endocrine specifiche ma diverse, la cui gestione è prevalentemente di tipo medico (vedi, ad esempio, i numerosi casi di ipertensione dovuta ad un iperaldosteronismo primario trattabile brillantemente con antialdosteronici), anche se possono esistere casi in cui la scelta chirurgica può rappresentare un'opzione ragionevole.

Finalità del percorso diagnostico-terapeutico

La gestione di questo nuovo gruppo di patologie a presentazione atipica necessita di un approccio multidisciplinare organizzato, onde evitare affrettate opzioni terapeutiche, quali quella chirurgica, spesso utilizzata in passato a scopo impropriamente diagnostico, oppure un atteggiamento acritico, per cui non si ritiene di dar seguito alla necessità, oggi ineludibile, di attuare una diagnosi. È quindi necessario (o, almeno, noi abbiamo ritenuto opportuno che lo fosse) costruire un percorso in grado di gestire la complessità del processo diagnostico e di formulare una diagnosi medica che possa poi, in modo coerente, portare ad una soluzione terapeutica (medica o chirurgica) oppure di instaurare un programma di controlli strutturati nel tempo, la cui necessità deriva soprattutto dal fatto che, spesso, ancora poco si sa sulla storia naturale di tale gruppo di differenti patologie, spesso associate ad una secrezione subclinica di steroidi. Tutto questo richiede, fra l'altro, un'attenzione

particolare all'aggiornamento scientifico, i cui sviluppi sono stati, negli ultimi anni, di tipo esponenziale.

Questo percorso (Percorso Diagnostico Terapeutico Aziendale - PDTA) è stato elaborato da un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare formato da: R. Pasquali, V. Vicennati, U. Pagotto (U.O. Endocrinologia Pasquali), C. Borghi, E. Cosentino, F. Santi (U.O. Medicina Interna Borghi), F. Minni, N. Marrano (U.O. Chirurgia Generale Minni), R. Golfieri, E. Giampalma, C. Mosconi (U.O. Radiologia Golfieri), W. Grigioni, D. Santini (Anatomia Patologica Grigioni), G. Biasco, MP. Pantaleo (Oncologia Biasco) e con il supporto metodologico dell'Area delle attività per il Governo Clinico e dell'Ufficio CIMQ.

La diagnosi, la terapia e il follow-up rappresentano l'oggetto primario del PDTA. Esso ha come target la popolazione affetta da patologia neoplastica primitiva benigna o maligna primitiva secernente o non-secernente delle ghiandole surrenaliche e si rivolge a tutti i medici sia esterni sia interni al Policlinico S. Orsola-Malpighi, inclusi i radiologi ed i medici di medicina generale, che, nell'ambito della loro attività clinica si trovino di fronte ad un riscontro casuale di una o più masse surrenaliche. In questo contesto vanno inclusi anche i numerosissimi casi di ipertensione (cd. essenziale) resistente al trattamento farmacologico o anche di ipertensione di prima diagnosi, soprattutto in paziente in età giovane. Infatti dati epidemiologici degli ultimi 10 anni hanno evidenziato che, in ogni parte del mondo, circa il 10 per cento di tali casi di ipertensione è imputabile alla presenza di un iperaldosteronismo primario, di cui solo la metà è sostenuto da un adenoma secernente (il cui trattamento è chirurgico), mentre una grossa fetta è invece imputabile ad un'iperplasia nodulare bilaterale (il cui trattamento è medico e la cui eziologia è presumibilmente genetica).

In un'ottica più specifica tale PDTA vuole rappresentare uno strumento per facilitare e migliorare l'integrazione tra le strutture che nell'ambito dell'Azienda sono coinvolte nella diagnosi e cura di tali pazienti.

Il gruppo coinvolto svolge, fra l'altro, con frequenza mensile, incontri multidisciplinari, per la discussione di casi clinici connessi oltre che

per un costante aggiornamento clinico e scientifico. Tali incontri sono anche aperti a tutti i medici che vogliono parteciparvi.

Unità operative e professionisti di riferimento del PDTA

Per assicurare un buon funzionamento del PDTA è stato individuato un responsabile ed eventuali referenti per le singole fasi:

La responsabile del PDTA è la Dott.ssa Valentina Vicennati, dell'U.O. Endocrinologia Pasquali (vedi schema in questa pagina).

Il team multidisciplinare

Il Team Multidisciplinare è composto da: (1) Endocrinologo, (2) Internista, (3) Radiologo, (4) Chirurgo.

Il coordinatore del team multidisciplinare (che coincide con il responsabile del percorso) ha la responsabilità delle attività e nell'organizzazione dei meeting del team nonché di convocare anche altri professionisti, quando necessari (patologo, genetista, ecc.), per la valutazioni dei casi clinici.

Funzioni del Team Multidisciplinare

Al fine di garantire gli standard definiti, i professionisti del Team si incontrano una volta al mese, discutono i casi più significativi per valutare le metodologie diagnostiche e terapeutiche in coerenza con le linee guida e le raccomanda-

zioni selezionate, nonché in relazione agli sviluppi della ricerca medica. I professionisti del Team concordano un'adeguata informazione al paziente sulla malattia, sulle procedure diagnostiche e sulle opzioni terapeutiche stabiliscono modalità di comunicazione con gli altri professionisti interessati nell'assistenza del paziente, compresi i medici di Medicina Generale, ai quali comunicano le proprie decisioni in maniera efficiente. Tra le altre funzioni, i professionisti del team aggiornano periodicamente i protocolli diagnostico-terapeutici alla luce delle nuove evidenze scientifiche e valutano periodicamente la qualità dell'assistenza attraverso il monitoraggio dei dati di attività e, definendo, unitamente ai responsabili delle U.U.O.O., gli eventi formativi e scientifici. In data 21 ottobre si è svolto il primo Meeting sulla Patologia Surrenalica, presso l'Auletta Labò-Barbara delle Nuove Patologie del S. Orsola (Padiglione 5), dal titolo: "Come gestire oggi la patologia surrenalica". L'evento è stato caratterizzato da una forte partecipazione di medici e specializzandi, è stato ricco di riflessioni e suggerimenti, aprendo spazi a nuove collaborazioni e ad ipotesi di ricerca futura (Fase 1).

U.O. Medicina Interna-Borghi

Il centro per lo Studio e la Cura dell'Iperensione Arteriosa mette a disposizione per i professionisti dell'Azienda S. Orsola-Malpighi e per i pro-

FASI	Referenti e strutture di riferimento	Strutture di supporto
1. DIAGNOSI	Dott.ssa Valentina Vicennati (U.O. Endocrinologia Pasquali) Dott. Eugenio Roberto Cosentino (U.O. Medicina Interna Borghi) Dott.ssa Emanuela Giampalma (U.O. Radiologia Golfieri)	Servizi diagnostici Genetica medica
2. TERAPIA	Dott.ssa Valentina Vicennati (U.O. Endocrinologia Pasquali) Dott. Nicola Marrano (U.O. Chirurgia Generale Minni)	Anatomia patologica Servizi diagnostici
3. STADIAZIONE (in caso di patologia maligna)	Dott.ssa Maria Pantaleo (Oncologia Biasco)	Anatomia patologica Servizi diagnostici
4. FOLLOW UP	Dott.ssa Valentina Vicennati (U.O. Endocrinologia Pasquali) Dott. Eugenio Roberto Cosentino (U.O. Medicina Interna Borghi) Dott.ssa Emanuela Giampalma (U.O. Radiologia Golfieri)	Laboratorio centralizzato Servizi diagnostici

Fase 1 – Diagnosi. Descrizione in dettaglio delle strutture coinvolte e delle attività.

Attività	Struttura
Esame clinico preliminare	U.O. Endocrinologia Pasquali U.O. Medicina Interna Borghi
Valutazione della funzione surrenalica	U.O. Endocrinologia Pasquali Laboratorio Centralizzato Laboratorio di ricerca: C.R.B.A.
TC addome (o RM) Cateterismo vene surrenaliche	U.O. Radiologia-Golfieri
Diagnosi e definizione della procedura chirurgica (valutazione medico-chirurgica)	U.O. Endocrinologia Pasquali, U.O. Medicina Interna Borghi U.O. Chirurgia Minni, U.O. Anatomia Patologica Grigioni
Diagnosi genetica	U.O. Genetica Medica Seri

FASE 2 – TERAPIA CHIRURGICA.

Attività	Struttura
Valutazione interdisciplinare (Gli specialisti endocrinologi sottopongono il caso clinico ai colleghi chirurgi che prenderanno in carico il paziente)	U.O. Endocrinologia Pasquali U.O. Chirurgia Minni
Trattamento chirurgico	U.O. Chirurgia Minni
Diagnosi istologica	U.O. Anatomia Patologica Grigioni
Diagnosi genetica	U.O. Genetica medica Seri
Gestione post-chirurgica	U.O. Endocrinologia Pasquali U.O. Medicina Interna Borghi

fessionisti esterni un ambulatorio dedicato alla diagnosi e il trattamento delle forme secondarie di ipertensione arteriosa. Il giorno dedicato è il giovedì, dalle ore 11.00 fino alle ore 13.00. L'ambulatorio è localizzato presso la palazzina del Poliambulatorio (PAD 2) dell'Ospedale Malpighi. Le visite possono essere prenotate direttamente, nella stessa fascia oraria, contattando il seguente numero (051/6362629).

Documentazione rilasciata all'utente: referto della visita specialistica, dell'ECG e degli altri esami strumentali eventualmente effettuati.

Responsabili dell'ambulatorio: Dott. Eugenio Roberto Cosentino e la Dott.ssa Francesca Santi (Fase 2).

Preparazione al trattamento

L'U.O. Chirurgia Minni del Policlinico è dedicata all'attività in diversi campi della chirurgia generale, con particolare interesse nei campi della patologia e chirurgia del surrene, utilizzando la chirurgia laparoscopica avanzata. Il trattamento delle patologie viene realizzato sia mediante tecniche chirurgiche tradizionali sia applicando le più moderne tecni-

che chirurgiche mininvasive e videoassistite. La metodica laparoscopica trova, inoltre, un'ampia applicazione nella stadiazione delle neoplasie di difficile inquadramento nonostante le più moderne tecniche di imaging preoperatorio. I tempi del trattamento chirurgico vengono decisi tenendo conto del rischio del paziente e della patologia surrenalica

Fase 3 - Diagnosi istologica

Il ruolo del Patologo è cruciale nel determinare la diagnosi definitiva e quindi nell'influenzare la prognosi e la successiva gestione terapeutica e di follow-up. Come accade già di routine, il personale medico dell'UO Endocrinologia Pasquali invia il giorno prima dell'intervento una relazione clinica del paziente alla dott.ssa Donatella Santini. L'anatomo-patologo fornisce il referto, e stabilisce criteri convenuti di classificazione.

Il referto anatomo-patologico verrà inviato alla struttura chirurgica di riferimento. È in corso di istituzione un data-base anatomo-patologico e una banca di tessuti conservati per ulteriori ricerche.

Visita post-dimissione chirurgica da parte dell'endocrinologo

Il paziente dopo la dimissione chirurgica verrà chiamato per la consegna del referto istologico da parte dell'endocrinologo e del chirurgo.

Tale prestazione viene eseguita di norma entro 15 gg. dall'intervento chirurgico ed ha i seguenti scopi:

- valutazione dell'esame istologico con finalità diagnostica, prognostica e terapeutica;
- indicazione riguardo i successivi controlli.

Fase 4 - Follow up delle forme non maligne

Titolare del follow up è lo specialista Endocrinologo. Il follow up ha lo scopo di valutare nel tempo l'evoluzione funzionale e morfologica dell'originale IS e proporre eventuali altre strategie terapeutiche. In caso di patologia benigna, il controllo deve essere proseguito annualmente per i primi 5 anni, quindi, è possibile dilazionare i controlli ogni 2-3 anni fino ad un massimo di 10 anni, come indicano i principali studi presenti in letteratura.

Fase 4 - follow up della patologia surrenalica maligna

Le patologie maligne primitive del surrene sono il feocromocitoma e l'adenocarcinoma ormono-secrente e non-secrente.

La gestione di queste patologie nel tempo richiede controlli ravvicinati, indagini radiologiche e di medicina nucleare.

Feocromocitoma

Il feocromocitoma maligno è infrequente e, raramente, determina metastasi (fino 5 per cento). Le forme maligne sono più frequenti in caso di localizzazione extrasurrenalica e nei soggetti con forme ereditarie. I soggetti con feocromocitoma maligno presentano una sopravvivenza a 5 anni nel 50 per cento. Purtroppo non esistono marcatori anatomico-patologici di certezza; quello attualmente in uso è il PASS score, una scala di punteggi basati su 12 differenti parametri istologici. Se il PASS score è superiore a 4, il tumore viene considerato maligno. I pazienti prima di essere inviati alla chirurgia, vengono adeguatamente trattati dal punto di vista terapeutico, secondo protocolli standardizzati. L'UO del Prof. Borghi e in questo caso il Dott. E.R. Cosentino si occupa dello screening cardiologico di base,

del pre e del post trattamento medico. A questo punto, il paziente dovrà essere seguito almeno per 10 anni a cadenze semestrali. Immediatamente dopo l'esito dell'esame istologico, il paziente effettuerà una visita con l'Endocrinologo per spiegare il referto istologico e l'iter dei controlli. Quindi, si organizzeranno ulteriori accertamenti per la stadiazione del tumore. In base a questi risultati si valuterà se optare o meno per una chemioterapia, per la quale il paziente viene preso in carico dall'Oncologia Biasco.

In caso di negatività di tali accertamenti, il paziente eseguirà, ogni sei mesi per i primi 5 anni, una valutazione TC di controllo, eventuali indagini medico-nucleari (PET), una visita cardiologica ed una valutazione dei livelli di metanefrine urinarie. Il follow-up verrà eseguito nelle strutture di afferenza del percorso.

Adenocarcinoma

La prognosi è generalmente sfavorevole; sebbene la maggior parte degli studi riporti una sopravvivenza a 5 anni minore del 50%, in altri risulta addirittura inferiore al 50% in due anni. Nella prognosi è fondamentale la tempestività della diagnosi, la radicalità dell'intervento e l'inizio della terapia con mitomane (le cui concentrazioni ematiche vanno monitorizzate). Immediatamente dopo l'esito dell'esame istologico, il paziente effettuerà una visita con l'Endocrinologo per spiegare il referto istologico e l'iter dei controlli. A questo punto, il paziente deve essere seguito regolarmente almeno nei primi 5 anni a cadenze trimestrali. Immediatamente dopo l'esito dell'esame istologico, il paziente effettuerà una visita congiunta con l'Endocrinologo e l'Oncologo per spiegare il referto e l'iter dei controlli. Quindi, si organizzeranno ulteriori accertamenti per la stadiazione del tumore.

Calendario degli incontri del team multidisciplinare del 2012

Date: 12 Gennaio; 09 Febbraio; 08 Marzo; 12 Aprile; 10 Maggio; 07 Giugno

Sede: Auletta 2 - PAD. 11- Medicina Clinica, Orario: 14:30 - 16:00, Policlinico S. Orsola-Malpighi

Autori

Renato Pasquali, Claudio Borghi, Eugenio Roberto Cosentino, Valentina Vicennati - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

Riforma degli ordini: scattato il conto alla rovescia

Andrea Dugato

Che gli ordini, nella visione collettiva e nell'idea degli ultimi governi, rappresentino un elemento critico è cosa nota. Il fondamento dell'altra idea avanzata negli ultimi tempi, secondo la quale la riforma degli ordini sarebbe una misura di rilancio dell'economia e di contenimento dei costi, è invece più oscuro. Il discorso diviene ancor più delicato se riferito all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, il quale, per le caratteristiche della professione e la sensibilità dei valori sottesi, presenta caratteri del tutto peculiari. Il dato oggettivo, però, è che la via per la riforma è già stata imboccata. Sebbene il governo Monti non abbia affrontato direttamente il tema delle liberalizzazioni nell'ambito delle professioni, ha comunque promesso di farlo in tempi rapidi.

L'art. 33 del D.L. 6 dicembre 2011, n. 201, pubblicato in G.U. n. 284 del 6 dicembre 2011, ha infatti fissato per il 13 agosto 2012 la *dead line* per la riforma degli ordini. Se entro tale data non saranno stati adottati i regolamenti governativi previsti per adeguare gli ordinamenti degli Albi professionali ai principi dettati dai provvedimenti legislativi adottati con i decreti legge 138/2011 e 98/2011, vi sarà l'automatica decadenza delle norme attualmente vigenti e la conseguente abrogazione degli ordini professionali. La prossima estate potrebbe dunque essere ricordata come l'ultima per gli ordini di medici, avvocati, ingegneri e architetti. La drasticità della previsione normativa non è tuttavia riconducibile al governo appena entrato ma è dovuta al carattere ordinatorio del comma 5 dell'art. 3 del D.L. 138/2011 che ha fissato in dodici mesi il tempo massimo per la riforma degli ordini professionali. La spinta alla riforma delle professioni ha infatti origine con il decreto legge 138/2011, adottato la scorsa estate e finalizzato a incentivare la produzione e la competizione e ad incrementare le opportunità lavorative, soprattutto per i giovani. L'articolo 3, comma 5, ha infatti sancito i nuovi standard di disciplina degli ordini professionali da utilizzare nel processo di liberalizzazione delle professioni, prevedendo l'abolizione delle tariffe minime, l'assicurazione obbligatoria, l'equo compenso

dei tirocinanti, regole per rendere più imparziali e trasparenti le procedure disciplinari, l'obbligo per i professionisti di tenersi costantemente aggiornati e la riduzione della durata del tirocinio che, tuttavia, è esclusa per le professioni sanitarie (per le quali resta confermata la normativa vigente). Si anticipa che lo strumento normativo "eletto" a riformare il sistema degli ordini non sarà una legge ordinaria ma un regolamento. A stabilirlo è la successiva Legge di Stabilità per il 2012 (L. 183/2011), che, all'art. 4 septies, comma 1, prevede che la riforma degli ordini avvenga con decreto del Presidente della Repubblica «emanato ai sensi della legge 400/1988». Certamente le disposizioni più incisive si trovano nel "maxi-emendamento", che, oltre ad aver aperto le porte alle società fra professionisti (partecipate non solo da questi ultimi per finalità di investimento) secondo i modelli societari regolati dai Titoli V e VI del Libro V del codice civile, ha introdotto una norma ancora più *tranchant* che prevede l'abrogazione dei vecchi ordinamenti professionali con effetto dalla data di entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica di riforma degli Ordini e dei collegi professionali. È proprio quest'ultima disposizione normativa ad essere stata infine modificata dall'art. 33 del recentissimo D.L. 6 dicembre 2011, n. 201, che ha aggiunto al comma 2 dell'art. 10 della legge di stabilità 183/2011 la data del 13 agosto 2011 quale termine di abrogazione degli ordinamenti professionali. Il futuro degli ordini professionali è dunque appeso a un filo. La scelta è chiara: "prendere o lasciare".

Se non si procederà (in fretta!) ad attuare la riforma, gli ordini spariranno, con le inevitabili e gravi conseguenze che, nell'ambito delle professioni sanitarie, ma non soltanto di queste, ricadranno sui cittadini (si pensi, a mero titolo esemplificativo, al fenomeno dell'abusivismo). In buona sostanza, da oggi alla prossima estate sarà un conto alla rovescia in attesa di conoscere la sorte degli ordini professionali. È compito di questi ultimi fare in modo che quel destino sia scritto nel migliore dei modi possibili.

Plinio Schivardi e la climatoterapia di montagna alla fine dell'Ottocento

Nicolò Nicoli Aldini, Alessandro Ruggeri

Una monografia pubblicata sul finire dell'Ottocento dal medico bresciano Plinio Schivardi (1833-1908), dal titolo *La montagna e le sue risorse terapeutiche* ci permette di avviare una breve riflessione sul ruolo che, in assenza di altri efficaci mezzi di cura, le risorse offerte dal clima e dall'ambiente offrivano nei confronti di malattie a larga diffusione quali in particolare la tubercolosi polmonare.

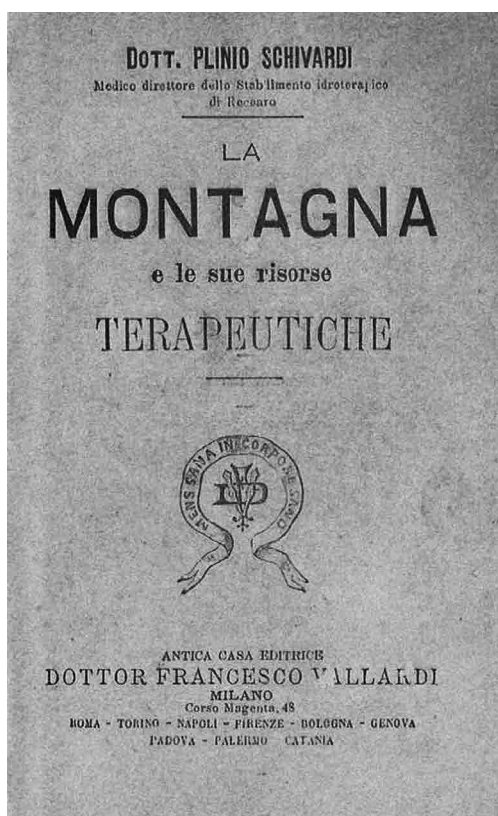
Dapprima medico nell'Ospedale Maggiore di Milano, ove si era in particolare occupato di elettroterapia, Schivardi otteneva la libera docenza in Idrologia Medica e Balneoterapia nell'Università di Pavia nel 1886. All'epoca era divenuto direttore dello Stabilimento Idroterapico di Recoaro. Fu redattore e collaborò con riviste specializzate ed è ricordato

soprattutto per l'opera in campo idrologico e climatologico; fu anche membro corrispondente della Società Medica Chirurgica di Bologna.

La montagna e le sue risorse terapeutiche, pubblicata nel 1892 dall'editore Francesco Vallardi a Milano, pur essendo inserita in una collana a carattere essenzialmente divulgativo merita considerazione per la efficace sintesi ed analisi critica delle conoscenze mediche del tempo, ma anche come fonte di documentazione per delineare una sorta di "geografia sanitaria" dell'ambiente di montagna alla fine del diciannovesimo secolo. L'opera di Schivardi può essere schematicamente suddivisa in quattro parti, rispettivamente dedicate agli aspetti storici, agli aspetti fisico-biologici, agli aspetti clinico-terapeutici ed alla descrizione delle principali stazioni climatiche di montagna.

Gli undici capitoli del volume muovono da una ricostruzione storica del rapporto fra ambiente di montagna e malattia. Fino da questo primo capitolo l'attenzione di Schivardi si concentra sulla climatoterapia della malattia tubercolare, che avrà spazio preminente nello sviluppo dell'opera, pur senza trascurare altre forme morbose (clorosi, malaria, morbo di Basedow, stati di deperimento e di convalescenza ecc.) che si riteneva potessero trovare giovamento dal clima di altitudine.

L'inizio della rivoluzione industriale sul finire del secolo XVIII aveva segnato un forte aumento della diffusione della malattia tubercolare in Europa e successivamente nel continente americano. Considerata la povertà di mezzi terapeutici, l'interesse per la climatoterapia d'alta quota fu molto forte non solo in Europa ma anche oltreoceano. Le basi concettuali di questo interesse, fondate sulla constatazione di una diversa incidenza della malattia tubercolare in rapporto alla situazione ambientale, trovano i primi riscontri all'inizio dell'Ottocento nell'opera



di Mansford *An inquiry into the influence of situation on pulmonary consumption* e nei lavori di Archibald Smith ove fra l'altro si metteva in evidenza la frequente insorgenza di tubercolosi nelle zone costiere peruviane, e la sua rarità nelle regioni andine.

Schivardi riprende ampiamente nella sua opera le osservazioni del clinico ginevrino Sigismond Jaccoud (1830-1913), il quale, basandosi sul rilievo di una sostanziale scomparsa dei casi di tubercolosi nelle vallate svizzere oltre i 1200 metri di altitudine, e sul miglioramento sintomatologico osservato dopo il ritorno ad alta quota nei soggetti originari delle regioni alpine ed ammalatisi in pianura, aveva individuato una serie di località di montagna adatte per il soggiorno dei pazienti. A seconda dell'altitudine e quindi del diverso rapporto che si stabilisce fra interventi terapeutici e ruolo dell'ambiente, i climi venivano suddivisi in bassi, o "testimoni della terapeutica" ove "è il medico che agisce" ed alti o "agenti della terapeutica" ove "è il clima che agisce". Abbiamo perciò località di bassa quota, come Falkenstein nel Taunus, Gomersdorf in Slesia, Aussee in Stiria, collocate fra i 500 ed i 700 metri ed indicate come "stazioni supplementari" e Davos, Samaden e St. Moritz, in Svizzera (1500-1800 metri), indicate come "stazioni fondamentali" in relazione al ruolo ad esse attribuito nel piano terapeutico della malattia.

Relativamente all'opportunità o meno del soggiorno di montagna nei pazienti con tubercolosi, vengono considerate come indicazioni la profilassi nei soggetti a rischio, le forme circoscritte, gli esiti cronici; controindicazioni sono lo stato avanzato della malattia, l'emottisi, la concomitanza di cardiopatie, la presenza di disturbi di carattere neurologico. Quanto ai fattori fisici attraverso cui il clima di montagna poteva favorevolmente influire sul decorso della malattia, essi venivano riconosciuti da Schivardi nella diminuzione della pressione atmosferica e della tensione di ossigeno, oltre che nel minore inquinamento ambientale e nell'effetto della più intensa esposizione alla luce solare. Osserva Rogers che non vi è, nella seconda metà del diciannovesimo secolo, interesse maggiore nel campo della climatoterapia di

quello che è stato rivolto agli effetti dell'altitudine sulla malattia tubercolare. In un'epoca in cui la tubercolosi costituiva un flagello sociale e si collocava ai primi posti fra le cause di morte, in assenza di mezzi terapeutici eziologici, le risorse ambientali, sfruttate anche attraverso l'istituzione dei sanatori, inevitabilmente attiravano sopra di sé un forte interesse scientifico e molte aspettative.

Un riflesso letterario della vita all'interno del sanatorio all'inizio del Novecento, con il lento trascorrere del tempo e le complesse vicende umane dei protagonisti, ci è stato trasmesso in veste narrativa dal celebre romanzo *La montagna incantata* dello scrittore Thomas Mann (1875-1955), che proprio a Davos ha ambientato la propria opera.

L'introduzione della chemioterapia antitubercolare a partire dagli anni Quaranta del Novecento modificava radicalmente l'approccio terapeutico alla malattia, senza tuttavia, togliere, all'inizio, significato alla climatoterapia, che manteneva un proprio ruolo di complementarietà, di fronte ad una condizione morbosa caratterizzata da un forte polimorfismo di quadri clinici, da una facile cronicizzazione e nella cui insorgenza e decorso le condizioni di vita hanno svolto sempre un ruolo primario. In questo senso appariva giustificato agli occhi di molti autori non togliere valore agli aspetti anche ambientali della cura. L'affermazione di Massalongo, del 1890 e perciò coeva allo scritto dello Schivardi, secondo cui "il miglior mezzo per la cura della tubercolosi è l'aria dei monti" e l'osservazione di Zorzoli che nel 1956 sottolineava che "l'altitudine perfeziona la guarigione", indicano la trasformazione che nell'arco di mezzo secolo si è venuta consolidando nell'approccio al malato di tubercolosi.

La monografia di Schivardi rimane comunque, per l'epoca in cui è stata scritta, un esauriente riferimento per comprendere lo "stato dell'arte" sul finire dell'Ottocento e, riconsiderata ad oltre un secolo di distanza, un interessante documento storico di geografia sanitaria.

Riferimenti bibliografici

- 1) Raspadori F., Selmi G. *Passato e presente della climatoterapia*. Cappelli ed. 1964.

- 2) Castiglioni A. *Storia della Medicina Società Editrice Unitas, Milano, 1927*
- 3) Schivardi P. *La montagna e le sue risorse terapeutiche. Francesco Vallardi editore, Milano, 1892*
- 4) Nicoli Aldini N., Del Giudice G. *La montagna e le sue risorse terapeutiche: climatologia e medicina nell'opera di Plinio Schivardi. Atti del Convegno: La storia della medicina di montagna. Passato, presente, futuro. Setto Fiorentino, 2002*
- 5) Lombard H.C. *Des climats de montagnes considérés au point de vue médicale, Genève, 1857*
- 6) Parola G. *Saggio di Climatologia e di Geografia Nosologica dell'Italia Tip. Fratelli Bocca, Torino, 1880*
- 7) Mansford B. *An Inquiry into the influence of situation on pulmonary consumption, Londra, 1818*
- 8) Jaccoud S. *Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire Paris, 1881*
- 9) Rogers F.B. *The rise and decline of the altitude therapy of tuberculosis Bull Hist Med 43(1): 1-16, 1968*
- 10) Zorzoli P. *Il soggiorno in montagna quale fattore di stabilizzazione cicatriziale e di rieducazione funzionale del polmone in: Contributi di pneumotisiologia in onore di Eugenio Morelli. Federazione Italiana Contro la Tuberculosis, Roma, 1956.*

Autori

Alessandro Ruggeri - Professore di Anatomia Umana dell'Alma Mater - Curatore del Museo delle Cere Anatomiche "Luigi Cattaneo", Università di Bologna
Nicolò Nicoli Aldini - Storico della Medicina. Istituto Ortopedico Rizzoli

In copertina

Ritratto di Plinio Schivardi, un sanatorio di montagna in un'immagine dell'inizio del Novecento ed il frontespizio dell'opera "La montagna e le sue risorse terapeutiche".

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo

Specialista in Igiene, Medicina Preventiva e Psicologia Medica

BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

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

Ambulatori Cup:

- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Reparti degenza:

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

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

Forme non convenzionali di cura: l'Ippoterapia e la Riabilitazione Equestre

Maria Grazia Gallazzi

La Riabilitazione Equestre ha origine dall'integrazione di esperienze che fanno capo sia agli Sport Equestri, che ne costituiscono il presupposto tecnico portante, che alla Riabilitazione vera e propria, che ne rappresenta la finalità specifica. Rappresenta quindi un momento di unione fra terapia e sport, consentendo di utilizzare l'interesse e la motivazione del soggetto verso il cavallo per migliorarne le competenze motorie, cognitive e sociali.

Può essere definita una riabilitazione di tipo integrato, che nasce dall'associazione di una riabilitazione tecnica, che ha come obiettivo la riduzione, per quanto possibile, della disabilità, cioè delle incompetenze funzionali determinate dalla patologia, e di una riabilitazione di tipo sociale, che ha invece l'obiettivo di ridurre le problematiche dell'handicap, avendo come obiettivo l'acquisizione di una maggiore fiducia verso le proprie risorse, permettendo al soggetto di sperimentare una condizione di benessere psico-fisica, in un ambiente non medicalizzato, che favorisce l'incontro e la comunicazione con gli altri attraverso un interesse comune reale.

All'interno della Riabilitazione Equestre possono essere distinte due principali discipline:

- Ippoterapia (riabilitazione tecnica): attività che si basa sull'uso del movimento del cavallo per indurre, attraverso sollecitazioni propriocettive e cenestesiche, variazioni dei pattern posturali e motori nel cavaliere, anche se non è possibile una conduzione autonoma del cavallo;
- Rieducazione Equestre (riabilitazione integrata): attività che prevede l'intervento attivo del soggetto nella guida del cavallo e ha come obiettivo anche l'acquisizione delle tecniche di equitazione.

L'ippoterapia equestre può essere proposta sia a pazienti con disabilità fisiche e mentali, che a soggetti con disturbi neurologici e muscolari di diversa gravità, ma può trovare applicazione anche nei disturbi della comunicazione e del

comportamento. È un'attività ricreativa, ma consente di sfruttare l'interesse per il cavallo come spinta pedagogica e relazionale.

È di rilievo un fattore ambientale lontano da quello ospedaliero o ambulatoriale di un centro riabilitativo tradizionale: un Circolo sportivo immerso nel verde di una Azienda Agricola dedita all'allevamento di cavalli può rappresentare una soluzione ideale per l'affiatamento del paziente con il cavallo.

Questo dà al soggetto, specialmente al bambino, una sensazione di sollievo, di non diffidenza, di non monotonia, al contrario di quanto invece gli succede spesso con la terapia tradizionale.

Anzi, l'esercizio a cavallo non è vissuto come una tecnica terapeutica, ma come qualcosa che somiglia ad un gioco molto gratificante e stimolante, in cui certamente il cavallo, quale essere vivo e docile (oltre che speciale strumento evocatore di risposte motorie), ha un ruolo molto importante.

Può rappresentare un'utile indicazione nelle seguenti condizioni patologiche dell'età evolutiva:

- Patologia neuromotoria (come Paralisi Cerebrale Infantile);
- Patologia psichica (come Disturbi pervasivi dello sviluppo, Disturbi di personalità e del carattere, Disturbi della condotta);
- Patologia cognitiva (come Deficit cognitivi, Disturbi dell'attenzione e Iperattività).

È invece controindicata se è presente una delle seguenti condizioni patologiche:

- Tutte le patologie in fase d'acuzie;
- Scoliosi con angolo di curvatura superiore ai 25° grado della scala di Cobb;
- Lussazione e sublussazione d'anca;
- Spina bifida;
- Distrofie muscolari o Amiotrofie spinali in fase avanzata;
- Epilessia non controllata farmacologicamente.

Ovviamente, la patologia presente condizionerà gli obiettivi raggiungibili e le modalità dell'intervento. Ciò rende indispensabile la formulazione di una corretta diagnosi, con valutazione attenta del grado di compromissione funzionale in ambito neuromotorio, cognitivo e psichico.

A tal fine è necessario costituire un'équipe di lavoro nella quale siano rappresentate le differenti professionalità che dovranno interagire e collaborare durante tutto il percorso riabilitativo che prevede l'utilizzo del cavallo.

Un team coinvolto nella Riabilitazione Equestre è dunque multi professionale e riconosce come figura costante l'Istruttore di equitazione ed il medico specialista (Neuropsichiatra Infantile, Neurologo, Psichiatra, Fisiatra) cui possono associarsi altri professionisti quali Fisioterapisti, Educatori professionali, o altro in funzione della patologia prevalente presentata dai soggetti. I diversi componenti dell'équipe devono conoscere i principi dell'equitazione e della riabilitazione, ciascuno nella specificità della sua area di competenza.

Analogamente ad altre modalità riabilitative, anche l'attività equestre va inserita nel programma riabilitativo generale del soggetto e corredata di obiettivi e verifiche selettive in accordo con gli operatori di riferimento.

Nello svolgimento di un'attività equestre per disabili si prevedono abitualmente due fasi. La prima è quella del lavoro a terra, centrato sulla conoscenza e cura del cavallo, di durata variabile. La seconda fase è rappresentata dal montare a cavallo. Sono entrambe fasi fondamentali perché consentono di sviluppare o consolidare concetti temporo-spaziali distinti e di seguire regole e modalità precise di comportamento. Permettono di comunicare con l'animale decifrandone le sue reazioni e di affrontare paure e angosce evocate dall'entrare in relazione con un altro essere vivente.

Possono così essere schematizzati alcuni degli aspetti trattabili attraverso il cavallo:

Nel lavoro a terra:

- prendersi cura dell'animale (da soggetto che riceve cure a soggetto che cura);
- curare gli aspetti preparatori del lavoro (essere protagonisti, ma seguendo precise regole e sequenze finalizzate);

- accettare l'attesa e la posticipazione di un evento.

Nel lavoro in sella:

- inizio del contatto con il cavallo attraverso un coinvolgimento globale del proprio corpo;
- aumento dei tempi di attenzione;
- lavoro sulla motricità e psicomotricità;
- il movimento del cavallo, determinando continui spostamenti del baricentro del cavaliere, stimola il senso dell'equilibrio;
- miglioramento delle performance fisiche, loro armonizzazione, lavoro sulle prassie e sulle gnosie;
- il cavaliere riceve stimoli neuromuscolari efficaci sul rilassamento fisico e mentale;
- il contatto corporeo e il rapporto che s'instaura con il cavallo sono importanti canali emozionali attraverso cui il paziente acquisisce controllo e fiducia in sé;
- diminuzione delle stereotipie e loro sostituzione con abilità manuali e verbali;
- capacità di accettare cambiamenti e frustrazioni;
- possibilità di dirigere il gioco;
- diminuzione dell'aggressività.

Se necessario, l'intervento può essere dapprima svolto individualmente con successivo rapido passaggio al lavoro di gruppo tramite modalità che sollecitino rapporti di collaborazione e aiuto reciproco fra normodotati e disabili, oltre al fondamentale rapporto che si crea con il cavallo inteso come compagno e non come mezzo.

Gli approcci terapeutici descritti sono da tempo erogati in Bologna presso l'Associazione Sportiva Dilettantistica "Allevamento di S. Nicolò" sita in via Zanardi 461 ed incastonata in un'azienda che da 90 anni è dedicata all'allevamento dei cavalli e quindi particolarmente attenta alla selezione degli animali da destinarsi agli scopi specifici. L'attività di ippoterapia e riabilitazione equestre prevede la stretta collaborazione "in campo" dell'Istruttrice di Equitazione Dott.ssa Maria Grazia Gallazzi, Antropologa nonché Presidente del Circolo, e della Dr.ssa Giovanna Mazzotta, Neuropsichiatra Infantile, praticante equitazione da oltre vent'anni ed in procinto di acquisire il titolo di Coordinatore tecnico di Riabilitazione Equestre, portando a termine il Master Universitario della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze, Cattedra di Neuropsichiatria Infantile.

Con i Social Networks è più facile seguire l'evoluzione delle epidemie

È possibile descrivere attraverso i social networks l'evoluzione di una epidemia. In particolare è possibile farlo attraverso Twitter. Un gruppo di ricercatori americani è infatti riuscito a descrivere in maniera efficace l'evoluzione dell'epidemia di colera ad Haiti a seguito del terremoto attraverso il popolare social network. I risultati di questa ricerca sono stati pubblicati sulla rivista "American Journal of Tropical Medicine and Hygiene", ed è stato realizzato da Rumi Chunara della Harvard Medical School. Il gruppo di ricerca ha dunque ricostruito i primi cento giorni di evoluzione dell'epidemia semplicemente analizzando i Tweets che gli utenti caricavano sul network. I ricercatori hanno così verificato che i quasi 190.000 tweets che parlavano dell'epidemia descrivevano in maniera aderente ai fatti riscontrati con altri metodi di ricerca, la propagazione della malattia all'interno della popolazione. "La tecnica che abbiamo sviluppato – dice Chunara – può essere sviluppata e impiegata anche per seguire da vicino l'insorgenza di altre malattie in altre parti del mondo".

<http://www.ajtmh.org/content/86/1/39.abstract?sid=f2006c03-8ae2-4c5f-b3ad-c2517a6c270d>

* * *

Dalle Molinette uno studio per contrastare le cefalee

Uno studio sulle cefalee condotto da ricercatori dell'ospedale Molinette di Torino ha sottoposto per circa sette mesi un migliaio di dipendenti del Comune di Torino a un programma 'anti-dolore'. I progressi nella qualità della vita, annotati su un diario giornaliero, sono stati poi confrontati con gli appunti quotidiani di altrettanti colleghi che non hanno partecipato alla ricerca. I risultati dello studio, condotto dalla Sezione Cefalea e Dolore Facciale dell'azienda ospedaliera, con il contributo della Regione Piemonte e della Compagnia di San Paolo, sono stati pubblicati da "Plos One" ed evidenziano che pochi accorgimenti per evitare posture scorrette e qualche minuto di esercizio fisico rieducativo possono attenuare frequenza e intensità dei dolori. Nel gruppo che ha seguito il programma delle Molinette dopo sette mesi il numero degli attacchi di cefalea è calato del 34%, mentre la flessione dei dolori cervicali e al collo ha avuto una flessione del 29%. Della stessa percentuale, 29%, è stata ridotta dell'assunzione dei farmaci analgescici (all'inizio avevano dichiarato di prenderne tre al mese). Tutto merito – sostiene Franco Mongini, responsabile della ricerca – degli esercizi posturali eseguiti ogni due-tre ore sul luogo di lavoro, con un complemento a casa con esercizi di rilassamento e impacchi caldi. In ufficio, infine, sono state posizionate delle piccole etichette rosse come memo per evitare una contrazione eccessiva dei muscoli della testa del collo durante l'attività lavorativa. "Il nostro studio – commenta Mongini – mostra chiaramente che cefalea e dolore a collo e spalle si possono ridurre con metodi relativamente semplici. I nostri programmi sono disponibili gratuitamente su un social network che abbia lanciato di recente e si possono consultare su www.nomalditesta.it e www.nocervicale.it".

<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0029637>

Regione Emilia-Romagna - Assemblea Legislativa

Atto di Indirizzo – Ordine del Giorno

Oggetto n. 1990-1991/3 – Ordine del giorno proposto dai consiglieri Bignami, Favia, Bernardini, Malaguti, Noè, Barbati, Carini, Donini, Ferrari, Mori e Pagani sul progetto denominato “Studio della efficacia e della sicurezza del trattamento con angioplastica venosa sui pazienti affetti da sclerosi multipla” (Prot. n. 41918 del 22 dicembre 2011).

Ordine del giorno

L'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna

Premesso che da diverso tempo la Regione ha promosso e finanziato in ambito medico-sanitario un programma denominato “Studio della efficacia e della sicurezza del trattamento con angioplastica venosa sui pazienti affetti da sclerosi multipla”;

Considerato che detto progetto sta riscuotendo un crescente interesse da parte delle strutture sanitarie e scientifiche nazionali, europee e mondiali; impegna la Giunta regionale:

- a confermare la copertura economica già assunta per il progetto denominato “Studio della efficacia e della sicurezza del trattamento con angioplastica venosa sui pazienti affetti da sclerosi multipla”;
- a sollecitare lo steering comitive ed i comitati etici a completare la procedura di loro competenza.

Approvato all'unanimità dei presenti nella seduta pomeridiana del 21 dicembre 2011.

* * *

Lions Club Crevalcore Marcello Malpighi - Distretto 108 tb - Italy - Premio biennale “Malpighi d'oro” nel settore Medicina-Biologia - edizione 2012

Regolamento

Il Lions Club Crevalcore “Marcello Malpighi” intende premiare le migliori ricerche e gli studi più approfonditi eseguiti da giovani laureati nell'Università degli Studi di Bologna nel settore Medico-Biologico. A tal fine bandisce, per l'anno 2012, un premio di Euro 2.000 (duemila) finanziato dalle quote dei soci. Il premio è riservato a laureati in Medicina e Chirurgia, in Scienze Biologiche e Naturali, in Farmacia e in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche.

Le domande di ammissione al premio devono essere inviate al Segretario del Club: Rag. Fernanda Paganelli via Larga 52/11 - 40127 Bologna (tel. 051-505613) entro il 25 febbraio 2012.

I concorrenti di età non superiore a 30 anni alla data del presente comunicato e che non abbiano conseguito la laurea da più di cinque anni, devono compiutamente documentare i risultati degli studi e delle ricerche svolte, allegando alla domanda:

- una copia del certificato di laurea con la votazione conseguita nei singoli esami;
- un curriculum vitae et studiorum;
- una copia della tesi di laurea, se sperimentale;
- una copia delle pubblicazioni e di ogni altra documentazione che il concorrente ritenga qualificante ai fini del premio.

La commissione per l'assegnazione del premio è composta da due rappresentanti del Lions Club Crevalcore "Marcello Malpighi", e da un Rappresentante esterno scientificamente qualificato facente parte delle strutture accademiche e/o sanitarie regionali.

I lavori presentati devono derivare da ricerche e studi sperimentali, devono essere originali, inediti o stampati nel quinquennio susseguente il conseguimento della laurea. Il giudizio della Commissione è inappellabile. Tutti i concorrenti riceveranno risposta entro il 15 aprile 2012. Il Premio sarà conferito nel corso di una riunione del Lions Club Crevalcore "Marcello Malpighi" che si terrà entro il 30 giugno 2012.

Bologna, 5 gennaio 2012

Il presidente - Avv. Riccardo Fresa

* * *

L'obesità altera i neuroni che controllano il peso

L'obesità altera il funzionamento dell'ipotalamo, regione del cervello indispensabile per il controllo del peso. A dimostrarlo sono due studi pubblicati sul "Journal of Clinical Investigation". In particolare, un gruppo di ricercatori guidati da Michael Schwartz dell'Università di Washington, Seattle Usa, ha rilevato che sia nell'uomo, sia nei roditori l'obesità è associata al danneggiamento dei neuroni presenti a livello dell'ipotalamo. Secondo gli scienziati una dieta ricca di grassi scatena nell'ipotalamo dei processi infiammatori i cui danni possono essere limitati, in una prima fase, dai meccanismi di neuroprotezione, ma a lungo termine può danneggiare permanentemente i neuroni. I ricercatori del gruppo di Jeffrey Flier del Beth Israel Deaconess Medical Center di Boston, Usa, hanno, invece, scoperto che nei topi l'obesità inibisce i meccanismi di rinnovamento dei neuroni ipotalamici. "Alimentare i topi con una dieta ad alto contenuto di grassi sopprime la formazione di nuovi neuroni", spiegano i ricercatori, secondo cui mentre non vengono prodotte nuove cellule, quelle vecchie vengono mantenute. Questo fenomeno è associato a un aumento dell'apoptosi – una forma di morte cellulare programmata – nei nuovi neuroni. I due studi aprono una nuova strada verso la comprensione dell'effetto dell'obesità sulla capacità del cervello di controllare il desiderio di mangiare e di bilanciare approvvigionamento e consumo di energia. In questo modo potrebbe essere possibile rimediare alla limitata efficacia e ai gravi effetti collaterali degli attuali trattamenti farmacologici contro l'obesità.

Obesity is associated with hypothalamic injury in rodents and humans.

J Clin Invest doi:10.1172/JCI59660

http://static.jci.org/content_assets/manuscripts/59000/59660/JCI59660.v2.pdf

* * *

Ministero della Salute - Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010

<http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/paginaMenuDownloadRssp.jsp?lingua=italiano>

* * *

Protezione consolare per i cittadini dell'UE

Se vivete o viaggiate al di fuori dell'UE, può succedervi di dover chiedere assistenza all'ambasciata o al consolato del vostro paese. Ma che cosa dovete fare se il vostro paese non ha una missione diplomatica nel paese in cui vi trovate? Non c'è problema: la legislazione dell'UE stabilisce che avete diritto di ricevere assistenza dall'ambasciata o dal consolato di qualsiasi altro Stato membro dell'UE alle stesse condizioni dei cittadini di questo altro Stato. In concreto, che tipo di assistenza potete ottenere in queste situazioni?

<http://ec.europa.eu/consularprotection/>

* * *

Trovato il legame tra terapia ormonale sostitutiva e cancro al seno

Un gruppo di ricercatori della McMaster University ha trovato prove coerenti sul collegamento tra la terapia ormonale sostitutiva (HRT) e il cancro al seno. Questo studio arriva in un momento in cui sono sempre più numerose le donne che fanno ricorso a questa terapia per controllare le vampate di calore e altri sintomi della menopausa. Già in uno studio del 2002, la Women Health Initiative statunitense (WHI) aveva trovato una maggiore incidenza di cancro al seno, di infarto e ictus tra le donne che ricorrono alla HRT. In seguito allo studio c'è stato un rapido declino della terapia ormonale sostitutiva con conseguente riduzione dell'incidenza di cancro al seno in molti paesi. Tuttavia, l'HRT viene oggi proposta alle donne in piccole dosi e per un periodo di tempo più breve. Con questo studio ora i ricercatori della McMaster hanno trovato "prove convincenti" per una diretta associazione tra l'uso di terapia ormonale sostitutiva e l'aumento dell'incidenza della malattia. I risultati della ricerca saranno pubblicati nel gennaio 2012 sul "Journal of Epidemiology e Community Health". "Le prove sono convincenti circa il fatto che l'uso di HTRaumenta il rischio di cancro al seno, e inoltre circa il fatto che la sua cessazione riduce questo rischio", hanno detto i ricercatori. Kevin Zbuk, professore di oncologia presso il Michael G. DeGroote School of Medicine della McMaster e autore principale dello studio ha affermato: "Nel nostro studio abbiamo esaminato tutti gli studi che hanno riportato i tassi di cancro al seno e della terapia ormonale sostitutiva dopo lo studio WHI. Ci sono prove molto chiare che i paesi con il più alto tasso HRT hanno poi fatto registrare la più grande riduzione dell'incidenza del

cancro della mammella in seguito alla cessazione di questo tipo di terapia". "Se è necessario, questa terapia deve essere usata per il minor tempo possibile e – ha concluso Zbuk – alla dose più bassa necessaria per alleviare i sintomi".

Declining incidence of breast cancer after decreased use of hormone-replacement therapy: magnitude and time lags in different countries.

J Epidemiol Community Health 2012;66:1-7

<http://jech.bmj.com/content/66/1/1.abstract>

* * *

Udito degli adolescenti a rischio con il piombo nel sangue

L'esposizione ai livelli ritenuti normali di piombo mette a rischio l'udito degli adolescenti. La scoperta viene da un nuovo studio statunitense del Massachusetts Eye and Ear Infirmary e del Brigham and Women's Hospital di Boston che collega i problemi dell'udito nei teenager alla presenza di piombo in standard superiori a quelli considerati "sicuri" (sotto i 10 microgrammi per decilitro). Nella ricerca sono stati considerati anche altri metalli pesanti che non sono risultati chiaramente legati a problemi di udito. Anche se studi precedenti sugli animali avevano segnalato che l'esposizione a metalli pesanti, come arsenico, cadmio e mercurio, possono causare la perdita dell'udito. Il campione osservato conta 2500 adolescenti dai 12 ai 19 anni che hanno subito valutazioni dell'udito, del sangue e delle urine in correlazione ai metalli sopracitati: circa uno su cinque ha mostrato segni di perdita dell'udito. Il 31% non ha superato gli esami dell'udito, rispetto al 17 per cento di quelli con meno di un microgrammo di piombo per decilitro nel sangue. Per perdita dell'udito si è inteso il non essere in grado di udire suoni da 15 decibel fino a frequenze pari a un sussurro. I giovani con il maggior numero di piombo nel sangue – almeno due microgrammi per decilitro – erano anche quelli con maggiori probabilità perdere l'udito. I partecipanti allo studio che hanno rivelato più cadmio nelle urine risultavano incorrere in un aumentato rischio di perdita dell'udito rispetto a quelli con una presenza di mercurio e arsenico nelle urine. Nonostante la quantità di piombo nell'ambiente sia diminuita nel corso degli ultimi decenni, il metallo si trova ancora nella vernice delle vecchie case, e, occasionalmente, nell'acqua di rubinetto. La ricerca è stata pubblicata su "Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery" e indica due microgrammi per decilitro di sangue, come nuovo limite accettabile per la presenza di piombo nei bambini.

Heavy Metals Exposure and Hearing Loss in US Adolescents

Shargorodsky et al.

Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;137: 1183-1189.

* * *

Trial clinici: troppi dati oscurati e non resi pubblici

Molti risultati dei trial clinici non vengono resi pubblici e spesso anche quelli resi noti sono parziali e non soddisfacenti. Queste le conclusioni cui sono giunti alcuni

ricercatori che hanno condotto una serie di analisi sull'argomento pubblicate in questi giorni sul "British Medical Journal". Secondo lo studio, la pubblicazione dei risultati delle prime fasi dei trial sperimentali sui farmaci avviene solo nel 20% dei casi, tutto ciò con possibili danni per il paziente e costi non necessari per il sistema sanitario. Le nuove regole stabilite dall'Fda nel 2007 hanno reso obbligatoria la pubblicazione di un sommario dei risultati sul sito web ClinicalTrials.gov per tutti gli studi entro 12 mesi dalla loro conclusione. Dal 2008 inoltre la Federazione internazionale delle aziende farmaceutiche ha richiesto ai suoi membri di registrare tutti gli studi condotti su pazienti e di pubblicare un sommario dei risultati. Ma in realtà gran parte dei dati viene nascosta o pubblicata in maniera non soddisfacente. Analizzando i dati del 2009 i ricercatori inglesi hanno visto infatti che solo per il 22% degli studi registrati su ClinicalTrials.gov sono stati resi disponibili i dati un anno dopo la fine della sperimentazione. E meno della metà di tutti gli studi finanziati dal National Institutes of Health degli Usa viene pubblicata su riviste entro 30 mesi dalla loro fine. Inoltre, quando nelle revisioni degli studi sui farmaci si considerano anche i dati precedentemente non pubblicati, i risultati sono spesso diversi.

* * *

Cassazione, le Aziende sanitarie non sono obbligate a organizzare corsi ECM

La sentenza della Corte di Cassazione (n. 21817, ottobre 2011) non prevede alcun obbligo a carico delle Aziende Sanitarie di organizzare corsi di aggiornamento e di formazione per i propri medici.

* * *

Corte di Cassazione Penale. Sezione II. Sent. N. 43328 del 24.11.2011. Esercizio abusivo della professione medica attraverso l'impiego di mezzi non tradizionali o convenzionali

In relazione alla professione medica, che si estrinseca nell'individuare e diagnosticare le malattie, nel prescrivere la cura, nel somministrare i rimedi anche se diversi da quelli ordinariamente praticati, commette il reato di esercizio abusivo della professione medica chiunque esprima giudizi diagnostici e consigli, ed apporti le cure al malato.

Da tale condotta non è esclusa la psicoterapia, giacché la professione in parola è caratterizzata dal fine di guarire e non già dai mezzi scientifici adoperati: onde, qualunque intervento curativo, anche se si concreti nell'impiego di mezzi non tradizionali o non convenzionali da parte di chi non sia abilitato all'esercizio, integra il reato previsto dall'art. 348 codice penale.

Per integrare il reato di esercizio abusivo di una professione, è sufficiente il compimento anche di un solo atto tipico o proprio della professione.

* * *

I Social Networks possono cambiare la struttura del cervello

I social networks cambiano fisicamente il cervello e c'è un legame diretto tra il numero di 'amici' su internet e la quantità di materia grigia nelle aree cerebrali dedicate alla socialità. È quanto appurato da un team di ricercatori dell'università College di Londra, in uno studio pubblicato sulla rivista 'Proceedings' della Royal Society Biological Sciences. Gli scienziati hanno effettuato una scansione del cervello in 3D su 125 studenti universitari di Londra e hanno contato il numero di amici di Facebook che ogni volontario aveva, così come hanno valutato le dimensioni della loro rete di amici veri. Un forte legame è stato trovato tra il numero di amici di Facebook e la quantità di materia grigia in alcune parti del loro cervello.

"Abbiamo trovato alcune regioni cerebrali che sembrano avere un collegamento con il numero di amici che abbiamo, sia 'reali' che 'virtuali'", ha detto il dottor Kanai Ryota, uno dei ricercatori dell'University College. "La questione interessante è se queste strutture cambiano nel tempo. Questo ci aiuterà a rispondere alla domanda se Internet sta cambiando il nostro cervello". Una regione in questione è l'amigdala, che è associata con la memoria e le risposte emotive. Precedenti ricerche hanno dimostrato un legame tra il volume della materia grigia nella amigdala e la dimensione e la complessità delle reti sociali nel mondo reale. Ma altre tre aree del cervello sono risultate collegate esclusivamente con la dimensione della rete sociale online dei soggetti indagati, non con il numero dei loro amici 'reali'. Si tratta del solco temporale superiore destro, che ha un ruolo nella percezione e può essere compromesso nell'autismo; la circonvoluzione temporale media, associata alla capacità di "leggere" i segnali sociali; il complesso entorinale destro, importante nella memoria e nell'orientamento. Il professor Geraint Rees, che ha guidato la ricerca, ha dichiarato che si comprende ancora poco circa l'impatto dei social network sul cervello. "Il nostro studio ci aiuterà a capire come le nostre interazioni con il mondo siano mediate attraverso i social network. Questo dovrebbe permetterci di iniziare a porci domande intelligenti sul rapporto tra Internet e il cervello, questioni scientifiche e non di tipo politico".

* * *

Il "New England Journal of Medicine" compie duecento anni

Duecento anni fa, alla nascita del "New England Journal of Medicine", la medicina era molto diversa da ora, e anche grazie alla rivista, tuttora la più prestigiosa nel campo della salute, ha potuto fare gli enormi balzi dalle sanguisughe al genoma. La ricorrenza viene festeggiata in questi giorni con un numero speciale, che ripercorre le tappe fondamentali della storia della medicina, e con una pagina web aperta anche al contributo dei lettori. "Le prime 100 copie furono consegnate a

mano da messi a cavallo nel gennaio del 1812 – ricorda il direttore Jeffrey Drazen nell'editoriale di apertura – oggi 2 milioni di persone leggono la rivista online tutti i mesi. È il più vecchio giornale medico del mondo ancora in attività, e ha cambiato le vite in molti più modi di quanto si possa immaginare". La rivista, che ha preso il nome definitivo nel 1928, è stata fondata da due medici di Boston, John Collins Warren e James Jackson, e il primo articolo, scritto dal padre di Warren che era chirurgo dell'esercito, era sul 'dolore al petto causato dal cemento che ostruisce le arterie'. Da allora sono moltissimi gli studi che hanno rivoluzionato la storia della medicina pubblicati sul "New England", come viene comunemente chiamato. Nel 1832, ad esempio, una ricerca mostrò che contro la diarrea la terapia migliore era la reidratazione, e non i salassi. Nel 1846 il medico Henry Jacob Bigelow descrisse per la prima volta l'uso dell'etere come anestetico prima di un'operazione chirurgica, mentre prima di allora l'unico mezzo utilizzato era appunto il whisky. In epoca più moderna la rivista ha introdotto il concetto di consenso informato, ha dimostrato che l'uso degli anticoagulanti porta più benefici della permanenza in una camera oscura in chi ha avuto un ictus, e ha per primo parlato di trapianti e vaccinazioni. Anche il primo premio Nobel per la medicina, Emil Adolf von Behring, aveva pubblicato i suoi studi sulla rivista. Fra le ricerche ce n'è anche una particolarmente cara all'Italia: 30 anni fa usciva l'articolo che descriveva la tecnica ideata dal gruppo di Umberto Veronesi per la rimozione del carcinoma mammario senza asportare interamente il seno.

* * *

Il viaggio del mercurio dall'alta atmosfera alla nostra tavola

<http://www.nature.com/ngeo/journal/vaop/ncurrent/full/ngeo1353.html>

http://www.lescienze.it/news/2011/12/20/news/mercurio_dall_alta_atmosfera_alla_cattura_alimentare-749853/

* * *

In corsia 1 errore su 5 per farmaci sbagliati - Provocati da ricette mal scritte, 'sviste' in dosaggi e confusione fra confezioni

Ricette mediche mal scritte o interpretate male, prescrizioni fatte a voce e poi confuse, errori di somministrazione dettati da confusione tra scatole simili o da problemi di disorganizzazione in magazzino. E ancora errori di dosaggio, come quello che è costato la vita a una donna di 34 anni alla quale, al Policlinico di Palermo, sono stati somministrati 90 milligrammi di vinblastina, una molecola chemioterapica, invece di 9 milligrammi come prescrivono i protocolli medici. Sono questi gli errori sui farmaci più frequenti in corsia. In Italia, come anche a livello internazionale, più studi, diffusi anche dalla Sifo (Società italiana di farmacia ospedaliera e dei servizi farmaceutici delle aziende sanitarie), stimano che circa un errore su 5 commessi in un reparto di ospedale riguarda proprio i medicinali. 'Sviste' che

si pagano care. Soprattutto in alcuni reparti sensibili, come l'oncologia. Secondo uno fra i primi studi italiani sugli errori in oncologia, condotto dall'ospedale Cardarelli di Napoli, il 50% degli errori in questi reparti avviene in fase prescrittiva, "per omessa compilazione dell'anamnesi o della terapia farmacologica". Il 14,5%, invece, si verifica durante la fase di trascrizione della terapia, ad esempio perché il medico non segna la cura in cartella clinica, ma si limita a somministrare i farmaci al paziente. Accanto a questi errori, nei reparti di oncologia figurano poi quelli legati alla preparazione della terapia, "che si attestano al 23,9% e sono dovuti, ad esempio, al mancato uso dei guanti o delle mascherine". La percentuale di errore calcolata nell'ambito di questo studio è intorno al 7-8%, in linea con il dato statunitense.

* * *

Videogiochi violenti modificano cervello - Basta una settimana per cambiare attivazione aree cognitive

I videogiochi violenti producono delle variazioni sostanziali nel cervello. Lo ha scoperto uno studio della Indiana University School of Medicine, presentato al meeting della Radiological Society of North America, secondo cui basta una settimana di gioco per variare l'attivazione delle aree cognitive ed emozionali. La ricerca ha coinvolto 28 giovani maschi tra i 18 e i 29 anni.

* * *

Il ruolo della corteccia cerebrale nelle emozioni

Secondo uno studio pubblicato da "Nature" ansie e paure non dipendono solo dall'amigdala, area profonda dell'encefalo, ma anche da zone del cervello più superficiali. Partendo dal fatto che le paure, essendo associate a suoni, immagini e sensazioni che vengono elaborate dalla corteccia cerebrale, originano dalle percezioni sensoriali, un gruppo di ricercatori svizzeri e francesi ha identificato i circuiti neurali che permettono al cervello di imparare a riconoscere le paure. Gli scienziati si sono concentrati sugli stimoli sonori, insegnando ai topi ad associare un suono a uno stimolo spiacevole, in modo che il suono stesso generasse paura negli animali. In seguito, hanno identificato i neuroni attivati dallo stimolo attraverso sofisticate tecniche di imaging. Ne è emerso che, mentre in condizioni normali i neuroni della corteccia uditiva sono fortemente inibiti, il processo di apprendimento della paura attiva un microcircuito contrario, che sblocca i neuroni. Ciò fa sì che il suono venga processato molto più intensamente, facilitando la formazione della paura. Disturbare questo processo potrebbe ostacolare la formazione del ricordo della paura stessa. Secondo gli autori della ricerca la scoperta potrebbe aiutare a prevenire le possibili conseguenze patologiche di alcuni traumi.

<http://www.nature.com/neuro/journal/v15/n1/full/nn.2993.html>

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

Sono sostanze naturali – polvere di tè bianco, foglie di hamamelis essiccate e tintura di rosa – e sono in grado di fermare le infezioni in maniera sorprendente. Lo studio della Kingston University che lo dimostra è stato pubblicato sulla rivista "Journal of Inflammation". "Per millenni il genere umano ha usato rimedi naturali per provare – talvolta con risultati anche sorprendenti – a preservare la propria giovinezza. Ma mai avremmo pensato che le stesse sostanze naturali potessero offrire anche trattamenti clinici per rallentare la progressione di infiammazioni e dunque trattare malattie come cancro, diabete o artrite". A parlare è Declan Naughton, docente della Kingston University, che con il suo team ha appena dimostrato che sostanze usate in cosmetica, come tè bianco ed estratto di rosa, oltre che mantenere la pelle liscia e senza rughe potrebbero avere effetti benefici anche su alcune patologie. La ricerca che ha condotto al risultato, pubblicata sulla rivista "Journal of Inflammation", ha preso in considerazione tre particolari rimedi naturali: polvere di tè bianco (*Camellia sinesis*), foglie di hamamelis (*Hamamelis virginiana*) essiccate e tintura di rosa (*Rosa alternifolia*), dimostrando che queste sono in grado di rallentare le infiammazioni che sono alla base di malattie come cancro, diabete, artrite, sindromi neurodegenerative, problemi cardiovascolari e patologie polmonari. Effetti tanto positivi che secondo i ricercatori è difficile continuare a ignorare le proprietà benefiche di queste piante. Le infiammazioni sono infatti alla base di alcune di queste malattie, e ne sostengono lo sviluppo. Inoltre sono correlate a invecchiamento precoce e morte prematura. "L'infiammazione è un vero e proprio serial killer", ha semplificato Naughton. "È sicuramente una buona idea fermarne la diffusione o magari addirittura prevenirla del tutto". A questo scopo, il docente e il suo team hanno testato estratti di 21 piante diverse, per controllarne gli effetti. Tra queste, le tre sostanze sopra elencate hanno dimostrato di avere la capacità di diminuire la quantità di interleukina-8, una proteina prodotta dal sistema immunitario cruciale nella comparsa delle infiammazioni. "Quando inizia un processo infiammatorio – che la causa sia un taglietto sul dito o l'artrite a un'articolazione – il corpo comincia a produrre l'interleukina-8. Per questo abbiamo cominciato a cercare un modo per bloccare questo meccanismo e quindi fermare il progresso dell'infezione. Il risultato? Sorprendente. Sebbene ricerche precedenti avessero già ottenuto dei risultati incoraggianti, gli scienziati che hanno pubblicato quest'ultimo studio sono rimasti stupiti dalle proprietà di queste piante. In particolare, infatti, il tè bianco e l'hamamelis sono risultati essere in grado di ridurre la produzione di interleukina-8 fino all'83-85%. L'estratto di rosa, che tra tutti ha ottenuto i risultati peggiori, riusciva comunque a inibirne la produzione della proteina di percentuali che oscillavano tra il 30 e il 45%. È proprio il caso di dire, sembra, che queste piante nascondano non solo il segreto della bellezza, ma anche quello della salute.

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

* * *

Nuova funzione dei neutrofili nel contrasto delle infezioni

Uno studio coordinato da Andrea Cerutti dell'Institut Municipal d'Investigació Medica-Hospital del Mar, Barcellona, ha identificato una nuova funzione dei neutrofili, finora sconosciuta, in grado di interagire direttamente con i linfociti B nella produzione degli anticorpi. I neutrofili così, considerati ad oggi solo "cellule spazzino" dell'immunità innata, acquisiscono un ruolo importante anche nella immunità adattiva, più specifica ed efficace nella difesa contro le infezioni. La scoperta, oltre ad un valore strettamente scientifico, ha anche delle ricadute pratiche perché può potenzialmente migliorare gli approcci terapeutici nei soggetti con difetto della funzione dei neutrofili. Il lavoro, a cui hanno collaborato la Clinica Pediatrica dell'Università degli Studi di Brescia diretta da Alessandro Plebani e l'Unità di Ematologia del Gaslini di Genova, è stato pubblicato da "Nature Immunology".

B cell-helper neutrophils stimulate the diversification and production of immunoglobulin in the marginal zone of the spleen. Nature Immunology (2011) doi:10.1038/ni.2194
<http://www.nature.com/nijournal/vaop/ncurrent/full/ni.2194.html>

* * *

L'OMS pubblica la versione aggiornata dell'Atlante della salute mentale

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1734_listaFile_itemName_o_file.pdf

* * *

Messa a punto una tecnica per misurare il recupero di coscienza

L'esperienza cosciente può essere interamente generata all'interno del cervello come accade, ad esempio, quando sogniamo e siamo completamente disconnessi dall'ambiente esterno. Tuttavia, la nostra valutazione del livello di coscienza di una persona si basa unicamente sulla capacità di quella persona di comunicare con l'ambiente esterno. Questa discrepanza può assumere particolare importanza nel caso di quei pazienti che, dopo essere sopravvissuti a una grave lesione cerebrale, possono recuperare coscienza senza riprendere la capacità di comprendere, muoversi e comunicare. Una collaborazione tra il gruppo di Marcello Massimini del Dipartimento di Scienze Cliniche "Luigi Sacco" dell'Università degli Studi di Milano e il Coma Science Group di Steven Laureys dell'Université de Liege, in Belgio, ha messo a punto un lavoro pubblicato su "Brain" che mostra come, misurando la comunicazione tra le aree cerebrali, si possa distinguere a livello individuale i pazienti in stato vegetativo (VS) e i pazienti che recuperano un livello minimo di coscienza (Mcs). Questa misura può essere ottenuta al letto del paziente e non richiede né l'integrità delle vie di senso e motorie né la capacità del soggetto di comprendere o eseguire dei comandi. I risultati del lavoro potrebbero avere delle

notevoli ricadute in campo clinico dato che la distinzione tra pazienti VS e MCS può essere tanto difficile da portare a un errore diagnostico che può raggiungere il 40% dei casi. Nello studio, i due gruppi di ricerca hanno impiegato una nuova tecnica basata sulla combinazione tra stimolazione magnetica transcranica (Tms) ed elettroencefalogramma (Eeg) in 17 pazienti gravemente cerebrolesi che hanno mostrato un'evoluzione dal coma verso altri stati clinici. "La Tms/Eeg – commenta Mario Rosanova, primo autore dello studio – permette di misurare direttamente e in maniera non invasiva la comunicazione interna al cervello, una condizione che per le neuroscienze teoriche è necessaria affinché la coscienza possa emergere. Infatti, studi precedenti hanno dimostrato che l'approccio basato sulla Tms/Eeg permette di distinguere gli stati in cui la coscienza è presente (veglia attenta, sogno) e gli stati in cui la coscienza è ridotta o assente (sonno, anestesia)".

Recovery of cortical effective connectivity and recovery of consciousness in vegetative patients. Brain (2012) doi: 10.1093/brain/awr340

<http://brain.oxfordjournals.org/content/early/2012/01/06/brain.awr340.full?sid=8e6128dc-9272-4dd7-b8e3-036f01685339>

* * *

Sanità. Agenzia farmaco: problemi per i bambini trattati con strattera - «Giù le Mani dai Bambini»: usato per curare l'iperattivitismo, crea gravi problemi

È di questi giorni la decisione dell'Agenzia italiana del farmaco di indicare nuovi e più stringenti parametri per l'utilizzo dell'Atomoxetina (nome commerciale Strat-tera), il farmaco della Eli Lilly utilizzato anche in Italia per la cura dei bambini affetti dalla cosiddetta Adhd, sindrome della disattenzione e eccessiva vivacità. In una circolare dell'Agenzia, si riportano i dati di recenti studi clinici che dimostrano come i piccoli pazienti trattati con questa molecola presentano aumenti " clinicamente importanti" (dal 6 a 12%) o " clinicamente rilevanti" (ulteriore 15-32%) di pressione sanguigna e di ritmo cardiaco. Quasi la metà dei bambini riscontrano variazioni in questi parametri, tali da causare un rischio grave per la salute in presenza di pregresse patologie o anomalie del sistema circolatorio. A tal fine, l'Aifa impone maggiore accuratezza nell'anamnesi prima della somministrazione del farmaco, e la compilazione di una check list per valutare la presenza di problemi cardiaci. La circolare, e relativi allegati è disponibile su sito dell'Agenzia:

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nota-informativa-importante-su-strattera-atomoxetina>

La notizia viene diffusa dall'organizzazione 'Giù le Mani dai Bambini', il più rappresentativo Comitato per la Farmacovigilanza Pediatrica nel nostro paese. Luca Poma, giornalista e portavoce del Comitato, afferma: "È l'ennesima dimostrazione del profilo di rischio di queste molecole psicoattive: tentando di normalizzare il comportamento di bambini 'difficili', si apre la strada ad altre e ben più gravi problematiche. Lo Strattera è epato-tossico, espone al rischio di ideazioni suicidarie in bambini e adolescenti, e scopriamo ora con anni di ritardo che – come il suo 'cugino' Ritalin – può anche pregiudicare l'equilibrio cardiaco. Questi prodotti non

curano nulla – conclude Poma – agiscono solo sui sintomi migliorando il comportamento del bambino nelle sue interazioni con la scuola e con il mondo adulto, ma a quale prezzo sul medio-lungo periodo?”.

* * *

Secondo Programma Comunitario nel Settore della Salute (2008-2013)

GAZZETTA UFFICIALE UNIONE EUROPEA - SERIE C n. 358 del 08-12-2011

Decisione relativa all'adozione del programma di lavoro per il 2012 nel quadro del secondo programma comunitario nel settore della salute (2008-2013)

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:358:0008:0048:IT:PDF>

Pubblicate sul sito dell'EAHC le Calls for proposals 2012 del "Programma Europeo Salute"

Pubblicati sul sito della Agenzia esecutiva del Programma Salute - Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) i nuovi bandi 2012 relativi alla presentazione di progetti, operating grants, conferenze e joint actions.

La scadenza per la presentazione delle proposte è il 9 marzo 2012.

<http://ec.europa.eu/eahc/>

* * *

Una prescrizione l'anno per 8 bimbi su 10, poche regole per evitare eccessi

“Il consumo inappropriato ed eccessivo degli antibiotici porta allo sviluppo dell'antibioticoresistenza, ossia la capacità di un microorganismo di resistere all'azione di uno o più antibiotici. E le infezioni nosocomiali sono spesso causate da microrganismi resistenti a questi farmaci. Inoltre il fallimento del trattamento delle infezioni è all'origine dell'aumento della morbidità, allungamento delle degenze ospedaliere e incremento della mortalità legata a queste malattie”. Ad affermarlo è Giusi Ferraro, direttrice della farmacia dell'azienda ospedaliera Pia Fondazione di culto e religione 'Cardinale Panico' di Tricase. Secondo i dati del rapporto dell'Osservatorio nazionale sull'impegno dei medicinali (Osmed) 2010, curato dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss), gli antibiotici sono tra i farmaci più usati dagli italiani: 8 bambini su 10 ricevono nel corso dell'anno almeno una prescrizione di antibiotici. “Gli antibiotici – spiega l'esperta in una nota – servono a combattere le infezioni batteriche, come per esempio: tonsilliti, polmoniti e meningiti. Ma non l'influenza e il raffreddore, causati da virus. In questi casi – sottolinea Ferraro – la somministrazione di antibiotici è inutile, anzi può essere dannosa”. “Inoltre sono poche e semplici le regole da seguire per evitare l'antibiotico-resistenza – precisa l'esperta – ad esempio, ricorrere agli antibiotici solo quando necessario e dietro prescrizione medica. Mai autosomministrarli, non interrompere la terapia prima dei tempi e non assumere antibiotici per curare infezioni virali”. “L'Italia è ai primi posti in Europa per l'uso smodato degli antibiotici – sottolinea la Ferraro – troppo

prescritti e spesso in maniera inappropriata. Il nostro è il paese europeo con il più alto consumo di antibiotici e anche il più alto tasso di antibioticoresistenza. L'allarme – avverte – arriva dall'Agenzia italiana per il farmaco (Aifa). Gli antibiotici vengono usati per curare infezioni batteriche, ma anche virali. Come raffreddori e influenze contro le quali sono del tutto inefficaci". "Gli antibiotici sono un salvavita – afferma la specialista – però si assiste ad un loro uso improprio perché non è stato fatto capire a sufficienza alla popolazione cosa comporti l'uso inappropriato. Oggi quando si diagnostica un'influenza – suggerisce – subito si ricorre all'uso di una terapia antibatterica e la stessa cosa accade con un comune raffreddore o una laringotracheite acuta. Insomma, si usano per curare anche infezioni virali contro le quali non servono". "L'antibiotico ha un'azione battericida o batteriostatica – spiega Ferraro – ovvero uccide direttamente i batteri o li blocca nella crescita. È poi il sistema immunitario a eliminarli definitivamente. Inoltre non sono tutti uguali. Quelli ad ampio spettro – suggerisce – agiscono su molte specie di batteri, quindi su molte infezioni, quelli a spettro limitato esercitano un'azione più selettiva, mirata ad alcune infezioni. Gli antibiotici – spiega l'esperta – servono a combattere le infezioni batteriche, come per esempio: tonsilliti, polmoniti e meningiti. Ma non l'influenza e il raffreddore, causati da virus. In questi casi la somministrazione di antibiotici è inutile, anzi può essere dannosa. Per capire l'origine di un'infezione è necessario rivolgersi al medico che, solo dopo una visita e dopo aver opportunamente interpretato eventuali esami, sarà in grado di formulare una diagnosi".

* * *

Vino rosso riduce rischio cancro seno - Buccia e semi uve rosse contengono fattori protettivi

Bere moderatamente vino rosso, per le donne, può abbassare il rischio di tumore del seno. È il risultato di uno studio del Cedars-Sinai Medical Center, su 36 donne, pubblicato sul "Journal of Women's Health". I ricercatori hanno osservato che nelle bucce e nei semi dell'uva da cui si produce il vino rosso ci sono sostanze che abbassano i livelli di estrogeni nell'organismo e alzano il livello di testosterone nelle donne in pre-menopausa. Con il vino bianco questo non accade.

* * *

Arriva test 'low cost' per genoma umano - Costerà 1000 dollari, potrebbe consentire terapie mirate a geni

Arriva il test del genoma low cost: una società americana di biotecnologie ha messo a punto una macchina in grado di leggere in meno di 24 ore i tre miliardi di lettere che compongono il Dna di un individuo per soli mille dollari. Il sequenziatore Ion Proton di Life Technologies, una società del Connecticut, ha le dimensioni di una stampante laser e un costo di 149 mila dollari accessibile per un grande ospedale: si preannuncia promettente per lo sviluppo di terapie personalizzate.

* * *

Medicina: ascolto musica riduce dolore - Maggiore è la concentrazione, minore è la sofferenza

L'ascolto di musica, specie se ci coinvolge molto, fa bene a corpo e psiche, tanto che le 7 note riducono il dolore soprattutto nelle persone più ansiose. È quanto afferma Richard Chapman della University of Utah su "The Journal of Pain". Lo studio ha coinvolto 143 individui sottoponendoli a piccoli stimoli dolorosi mentre ascoltavano varie melodie. Risultato: migliore è la concentrazione sulla musica, minore è il dolore percepito in quanto si distoglie l'attenzione dalla sofferenza.

* * *

Ema avvia una consultazione pubblica sulle linee guida degli antitumorali

L'Ema, Agenzia europea dei medicinali, ha avviato una consultazione pubblica sulla revisione delle linee guida per la valutazione dei farmaci antitumorali. Lo scopo della guida è di fornire indicazioni su tutte le fasi di sviluppo clinico di un medicinale per il trattamento di tumori maligni, compresi i prodotti che agiscono sulla resistenza ai farmaci o composti pensati per la protezione dei tessuti normali. Le linee guida sottolineano l'importanza di studi esplorativi al fine di definire correttamente la popolazione target più appropriata e pone l'accento sul ruolo dei biomarcatori. Le indicazioni comprenderanno anche malattie specifiche, tra cui nuovi orientamenti per il cancro del polmone, della prostata e per le neoplasie ematologiche. Il documento conterrà anche revisioni e arricchimenti nelle considerazioni metodologiche per l'uso delle diciture 'sopravvivenza priva di progressione di malattia' e 'sopravvivenza priva di malattia' nei trial clinici. Commenti sulle linee guida potranno essere inviati all'Agenzia fino al 31 maggio 2012.

Casa di Cura
Ai Colli

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE MENTALI**

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

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

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 10 gennaio 2012

Cognome - Nome	Indirizzo	Te lefono
AABD ALATIF	Via Libia, 4 – Bologna	339/65.61.037
ALVISI STEFANIA	V.le Oriani, 50/2 – Bologna	051/39.95.25 339/85.88.810
AMBROSINO MANUELA	Via Meucci, 4 – Bologna	329/20.76.722
ANTONACCI NICOLA	Via Friulia Venezia Giulia, 8 – Bologna	051/54.56.23 348/53.17.427
ARENA ROSARIO	Via Zamenhof, 3 – Bologna	329/62.47.937
BAGNATO FRANCESCA	Via G.Papini, 26 – Bologna	349/56.38.510
BARBALACE CLARA	Via Libia, 62 – Bologna	320/81.70.881
BERTONCELLI SARA	Via Mondolfo, 9 – Bologna	051/45.26.17 340/54.22.924
BERTONCELLI MARCO	Via Mondolfo, 9 – Bologna	339/22.98.893
BIAZZO DANIELA	Via Corticella, 192 – Bologna	349/56.64.115
CARDIGLIANO MARIA ANGELA	Via Capo di Lucca, 3 – Bologna	347/44.90.012
CARETTO VALENTINA	Via Masia, 213 – Bologna	328/72.67.342
CAROBOLANTE RICCARDO	Via Ferrarese, 167 – Bologna	333/33.32.340
COCCOLINI ELENA	Via P. Bonafede, 41 – Bologna	342/16.48.012
D'ECCLESIA ANNA RITA	Via Orlandi, 3 – S.Lazzaro di Savena	051/04.10.327 348/95.00.814
DEGLI ESPOSTI CLAUDIA	Via B.Gigli, 14 – Bologna	051/58.73.902 328/72.03.370
DI FEDERICO CRISTINA	Via Cialdini, 17 – Ancona	338/33.52.467
DI TULLIO PIERGIORGIO	Via L.Visconti, 1/b – Ferrara	328/95.64.040
ESPERTI VINCENZO	Via Rubizzano, 1902/c – S.Pietro in Casale	327/53.40.055 335/18.18.648
GALANTE CLAUDIO	Via Galliera, 66 – Bologna	392/20.74.441
GIROTTI GAIA	Via della Cà Bianca, 3/8 – Bologna	051/63.41.218 349/66.17.114
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	338/16.14.287
GUALANO CHIARA	Via C.Cattaneo, 1/2 – Bologna	349/87.13.430
IMERI ALBIONA	Via L.Fasoli, 11 – Bologna	340/05.04.485
MASTROROBERTO MARIANNA	Via de' Castagnoli, 5 – Bologna	051/199.86.157 347/27.98.906 328/01.93.878
MENNA MARA	Via Bentivogli, 4 – Bologna	349/77.63.286 349/77.63.286
MINELLI GIULIA	Via Oberdan, 21 – Bologna	347/17.80.063
MONALDI ALICE	Via S.Donato, 80/3 – Bologna	0734/67.75.65 333/38.63.322
MONTORI MARIA	Via Gobetti, 17 – Bologna	329/98.64.870
NIKOLAKAKI MARIA	Via Lino Gucci, 4 – Bologna	388/60.44.969 051/56.06.67
NIKOLLAU NIKOLETA	Via Barozzi, 4 – Bologna	320/67.75.921
PALAIÀ VINCENZO	Via Massarenti, 43 – Bologna	340/66.86.310
PAOLUCCI ELISA	Via Massarenti, 50 – Bologna	338/45.13.908
PERGOLESÌ ANNA CHIARA	P.zza Trento Trieste, 3/3 – Bologna	051/39.11.49 339/14.85.636

PORTUNATO ALESSANDRO	Via del Cavaletto, 271 – La Spezia	328/42.13.573
RICCIARDELLI ROSSANA	Via Giuseppe Nadi, 18 – Bologna	340/97.54.053
RINALDINI DIEGO	Via dei Noci, 1 – Pesaro	333/79.56.166
ROSSI MARTINA	Via A.Protti, 12 – Bologna	328/89.74.249
SCARPINI GAIA	Via Palestro, 23 – Bologna	051/64.49.130
		338/13.11.994
SERENA TIZIANA	Via S.Felice, 51 – Bologna	349/60.58.835
SGRO' FEDERICA	Via Gaspare Nadi, 6 – Bologna	338/74.87.968
SPASARI EZIO	Via P.Fabbri, 100 – Bologna	328/49.87.840
TADDIA MARTINA	Via Asia, 37 – Pieve di Cento	051/97.32.95
		349/87.78.818
TESTA GABRIELLA	Via Melloni, 13 – Bologna	328/45.77.138
TRUNFIO VINCENZO	Via Piella, 14 – Bologna	349/00.94.086
XHYHERI BOREJDA	Via Zampieri, 30 – Bologna	347/60.23.001

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ABOUK NOSRATOLLAH	Corso di Formazione in Medicina Generale	339/42.60.185
BERRA MARTA	Ostetricia e Ginecologia	338/87.98.897
BOSCHI SABINA	Scienza dell'Alimentazione	341/43.28.278
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16
		340/85.50.870
CANELLA PIERO	Ortopedia e Traumatologia	
	Fisioterapia	338/14.06.026
CUPARDO MARCO	Corso di Formazione in Medicina Generale	338/34.27.985
DEGLI ESPOSTI CLAUDIA	Oncologia	051/58.73.902
		328/72.03.370
DE SANTIS GISELLE	Odontoiatra	051/39.82.09
		347/33.47.194
DI TULLIO PIERGIORGIO	Oncologia Medica	328/95.64.040
GABUSI ANDREA	Odontoiatria e Protesi Dentaria	051/61.43.275
		347/17.48.430
GASPARI VALERIA	Dermatologia e Venerologia	051/25.44.89
		339/83.49.236
FERRARI GOZZI	Psichiatria	328/98.10.011
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MARASCO RITA	Radiodiagnostica	349/74.84.073
MASCITTI PAOLA	Anestesia e Rianimazione	329/81.79.190
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente per la Medicina del Lavoro	339/48.19.676
PERRONE LILIANA GIGLIOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	339/33.41.277
PICCOLI LIDA	Chirurgia Generale	347/59.17.472
		072/82.33.30
PUGLIESE SILVIO	Geriatría e Gerontologia	051/62.30.844
		393/52.42.452
RUGHI MORENA	Dermatologia e Venerologia	333/47.48.242
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

Conferenza “Differenze di genere: alcuni aspetti per cominciare a riflettere

Bologna, 11 febbraio 2012

Ordine Provinciale Dei Medici Chirurghi e Degli Odontoiatri Di Bologna
Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna Via G. Zaccherini Alvisi n.4 Bologna

Programma

Ore 9:30-9:45 - Introduzione e saluti: Dott. Giancarlo Piza (Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna)

Ore 9:45-10 - Presentazione dei Relatori: Dott.ssa Francesca Cataldi (Presidente Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici di Bologna)

Ore 10:00-12:15 - Ne parlano: Prof.ssa Raffaella Simili, storica della scienza (Università di Bologna) *Le donne nella storia della scienza con particolare attenzione alle donne medico* - Prof. Vittorio Gallese, fisiologo (Università di Parma) *I neuroni a specchio, empatia e differenze di genere* - Prof. Andrea Cammelli, direttore dell'Osservatorio Statistico dell'Università di Bologna *La dichiarazione di Bologna e differenze di genere*.

Ore 12:15-12:30 - Discussione

La certificazione di malattia

24 febbraio 2012

Bologna - Direzione Regionale INPS
Via Milazzo 4/2

Nell'ambito della professione medica esiste la necessità di certificare lo stato di salute del cittadino dietro ormai innumerevoli esigenze. Nell'ambito della certificazione si mescolano diversi piani interpretativi, quello della prognosi intesa come restituito ad integrum più strettamente clinica, ma anche la prognosi più di carattere medico legale necessaria sia per fini lavorativi che assicurativi. Sono necessari pertanto modelli organizzativi più complessi, rispetto al passato, in cui tener conto

della collaborazione, integrazione e complementarietà promuovendo una nuova cultura sanitaria. In questo contesto è compreso il tema della “certificazione di malattia” e della “prognosi”. Il tema riguarda in generale tutta la professione medica e necessità di definire “un'area di consulenza” coordinata e capace di creare percorsi di sintesi nell'interesse dei bisogni dei cittadini e quindi tutelare i diritti e i doveri dei vari soggetti interessati. Nei sistemi sanitari avanzati esiste poi il problema dei frequent users (utilizzatori abituali) che hanno un impatto economico assistenziale notevole e la necessità di ricercare possibili risposte sia in termini di definizione diagnostica che di soluzioni terapeutiche. L'obiettivo del convegno è definire i contorni delle problematiche legate alla certificazione di malattia informatizzata e mettere a confronto i professionisti interessati cercando di individuare ipotesi percorribili di soluzione dei problemi da portare all'attenzione di coloro che ne sono coinvolti come operatori.

Programma

Ore 08:30 - Registrazione Partecipanti

Ore 09:00 - Apertura dei lavori. Saluti:

Ore 9:20 - I Sessione - *Requisiti minimi della certificazione di malattia - Certificazione di malattia il tema dei frequent users - Il Medico di famiglia e il certificato. Definizione di curante.*

Ore 12:00 - Discussione

Ore 13:00 - Pausa Pranzo

Ore 14:00 - Ripresa lavori

Assistenza primaria ed INPS - Il data mining - Le Giustificazioni sanitarie degli assenti al controllo - Possibili ipotesi di comunicazione integrazione. Presentazione di un caso.

Ore 17:00 - Discussione

Ore 18:30 - POST TEST

Segreteria

FIMMG - Via Todaro n° 8 - Bologna

Tel. 051/247337 - Fax 051/247338

fimmgbo@libero.it

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

FEDER.S.P.EV.

Pensionati Sanitari

Sede Bologna: 051/614.53.65

Contatti sociali più articolati

Vendesi riunito Anthos "Ergo" e strumentario odontoiatrico in buono stato. Per cessata attività. Prezzo da concordare. Per info Tel. 333.9608114.

Studio medico in Bologna centro, cerca Dermatologo e Chirurgo Plastico con clientela propria per condivisione ambulatorio con servizi di segreteria ed utilizzo apparecchi laser. Per info Tel. 051.246824.

Studio medico in via Mazzini, ampia possibilità di parcheggio, affittasi a specialisti anche per mezze giornate. Per info Tel. 338.6530929.

Vendo attrezzatura completa ambulatorio di ginecologia e ostetricia in ottime condizioni: colposcopio Zeiss OPM 99 con fibra ottica nuova, rilevatore doppler BCP, lettino ginecologico, carrello acciaio a due ripiani, tutto come nuovo. Per info Tel. 051.581700.

Vendesi prestigiosa villa su 3 piani via Gandino - Bologna, con depandance e ampio giardino di proprietà. Da ristrutturare. Trattative riservate. Per info Tel. 334.9564464.

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

Poliambulatorio Bonazzi, sito in Cento (FE), via IV Novembre 11, autorizzato e certificato ISO

9001, con servizio di segreteria, accesso handicap e fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Per informazioni Tel. 051/902236.

Cedesi Centro di radiologia e diagnostica per immagini (radiologia, ecografia, RM articolare) fondato nel 1980 in Fano (Pesaro-Urbino), istituzionalmente accreditato con il S.S.N. Trattative private. Condizioni interessanti.

Si affitta studio medico in pieno centro storico (Via Rizzoli). Possibili varie modalità di utilizzo dello stesso. Prezzo interessante. Per informazioni 051.226293.

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

All'interno di uno studio di psicoterapia, sito nel centro storico di Bologna, si affitta una stanza a medico internista e/o nutrizionista, ad uso esclusivo o per singole giornate. Telefono 051/239336.

Studio di psicoterapia a Bologna centro storico, mette a disposizione di uno psicoterapeuta un'ampia e luminosa stanza con possibilità di utilizzo di una sala per gruppi o riunioni. L'importo richiesto per l'utilizzo della stanza ad uso esclusivo è di 600,00 euro, spese comprese. È valutabile l'utilizzo della stanza anche solo per una o più giornate alla settimana. Per informazioni rivolgersi al n. 051/239336 lasciando un messaggio in segreteria.

Norme editoriali

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

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

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

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

Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.

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

Annunci: testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: RENOGRAFICA SRL

13 via Seragnoli - 40138 Bologna - telefono 051 6026111 - fax 051 6026150