

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XL - N° 3 MARZO 2009

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

IN QUESTO NUMERO

- **Alle Origini della Chirurgia Plastica Ricostruttiva: Gaspare Tagliacozzi**
Nicolò Nicoli Aldini e Alessandro Ruggeri, pag. 3
- **Le Medicine Non Convenzionali in Italia: la situazione attuale**
Paolo Roberti di Sarsina, pag. 5
- **Urodinamica: tecnica diagnostica o atteggiamento di pensiero?**
Giancarlo Vignoli, pag. 12

DOSSIER al centro rivista

Riunione comitato di bioetica 4 luglio 2008





nello splendido Villaggio
“I GIARDINI di PORTO CERVO”
la Bagaglino multivillages vende ed affitta

VACANZE di PROPRIETA’

Residenze Turistico Alberghiere a 4***
direttamente sulla spiaggia di Liscia di Vacca



Il Villaggio “I GIARDINI di PORTO CERVO” è ubicato nella esclusiva baia di Liscia di Vacca in Gallura ad un paio di chilometri da Porto Cervo; è costituito da due residences “LE MAGNOLIE” ed “I GINEPRI” che occupano parte di un promontorio che si affaccia degradando verso la spiaggia.

Circondato da stupendi prati, giardini, alberi, piccole cascate d’acqua di notevole pregio e bellezza, rappresenta uno dei luoghi più incantevoli e pregevoli della “Costa Smeralda” ove si trovano le coste e le spiagge più belle e rinomate della Sardegna.

Tutte le unità abitative sono classificate come “**Residenze Turistico-Alberghiere” a 4 Stelle.**

Hanno diritto di accesso alla spiaggia, al mare, al molo marittimo. Possono usufruire di tutti i servizi di spiaggia: ombrelloni, lettini, canoe, windsurf, attività subacquea, sci nautico, noleggio gommoni ed imbarcazioni; di campi da TENNIS, di BEACH-VOLLEY, campo di CALCETTO, PERCORSO Vita, servizio NAVETTA per le più incantevoli spiagge della Costa Smeralda e dell’Arcipelago della Maddalena, servizio NAVETTA per l’Aeroporto di Olbia. Possono usufruire di POSTI AUTO coperti e scoperti, di RISTORANTI, BAR, PIZZERIA; MINI CLUB ed ingresso agli spettacoli dello splendido TEATRO BAGAGLINO.



Per informazioni

Bagaglino multivillages - Via Ugo Bassi n. 8/c Bologna.

Tel. 0514845381 cell.335/5646187.

Sito: www.bagaglinomultivillages.it e.mail: info@bagaglinomultivillages.it

BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE

Dott. Luigi Bagnoli

COMITATO DI REDAZIONE

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

I Colleghi 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 febbraio 2009
è stato consegnato in posta
il giorno 25/02/2009

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

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

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO XL - MARZO 2009 N° 3

ARTICOLI

Alle Origini della Chirurgia Plastica Ricostruttiva: Gaspare Tagliacozzi • **3**

Le Medicine Non Convenzionali in Italia: la situazione attuale • **5**

Urodinamica: tecnica diagnostica o atteggiamento di pensiero? • **12**

ODONTOIATRI

Le attività della Commissione Albo Odontoiatri di Bologna • **18**

Le attività della Commissione Albo Odontoiatri Nazionale • **19**

Questionario SOSE sulla crisi • **19**

Profilo odontotecnico: soddisfazione del presidente CAO Giuseppe Renzo per l'assegnazione alla Commissione Affari Sociali della proposta di legge dell'onorevole Scalera • **19**

NOTIZIE

Fondazione ANT Italia ONLUS. Conferenza divulgativa aperta a operatori Sanitari e Cittadini sul Tema "Vicino al morente" • **21**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **22**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **23**

CONVEGNI CONGRESSI • 24

PICCOLI ANNUNCI • 31

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente

Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente

Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario

Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere

Dott. SALVATORE VATRELLA

Consiglieri Medici

Dott. FABIO CATANI

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. VITTORIO LODI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

Dott. CARMELO SALVATORE STURIALE

Consiglieri Odontoiatri

Dott. CARLO D'ACHILLE

Dott. ANDREA DUGATO

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. CARLO D'ACHILLE

Segretario: Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Componenti: Dott. EMANUELE AMBU

Dott. PIETRO DI NATALE

Dott. ANDREA DUGATO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dott. ENNIO CARMINE MASCIELLO

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO

Dott.ssa CATERINA GALETTI

Supplente: Dott. ANDREA BONFIGLIOLI

Alle Origini della Chirurgia Plastica Ricostruttiva: Gaspare Tagliacozzi

Nicolò Nicoli Aldini - Istituto Ortopedico Rizzoli - Storico della Medicina
Alessandro Ruggeri - Ordinario di Anatomia Umana dell'Alma Mater
Direttore del Museo delle Cere Anatomiche "Luigi Cattaneo"

"Questi interventi sulle parti mutilate hanno avuto la loro ispirazione dalla agricoltura e hanno avuto i loro inizi dall' innesto e si studiano di imitare la propagazione artificiale delle piante". Così, nelle prime pagine della sua opera *"De curtorum chirurgia per insitionem"* (La chirurgia delle mutilazioni mediante innesto) si esprimeva, alla fine del XVI secolo Gaspare Tagliacozzi, che oggi ricordiamo, se non come il primo a compiere interventi di chirurgia ricostruttiva, certamente come il primo a raccogliere in un corpo dottrinale organico, esposto in un trattato splendido e monumentale, le basi tecniche di quel sapere su cui si sarebbe fondata la chirurgia plastica. Non era il solo, nel suo secolo, il Tagliacozzi a ritenere che fra l'arte della cura e l'arte dei campi vi fossero forti analogie. Prima di lui un altro medico bolognese, Leonardo Fioravanti (1518-1588) si era spinto a definire la chirurgia che praticava *"quasi una agricoltura di uomini"*. In realtà nella metafora del Tagliacozzi troviamo un tentativo di dare una ragionevole spiegazione di una serie di fatti biologici che trovavano conferma nei pratici successi dell'esercizio chirurgico, ma erano ben lungi dal poter essere interpretati sulla base di esatte conoscenze fisiopatologiche. Ma andiamo con ordine.

Sappiamo, del Tagliacozzi, che era nato a Bologna nel 1545 e che nello Studio bolognese, ove all'epoca insegnavano fra gli altri Gerolamo Cardano, Ulisse Aldrovandi e Giulio Cesare Aranzio, aveva seguito i corsi di Medicina, conseguendo nel 1570 il titolo dottorale. La sua attività come anatomista aveva avuto principio fin da prima della laurea; il suo insegnamento ufficiale della chirurgia, nella stessa Università in cui era stato discepolo, iniziò nello stesso anno e si protrasse fino al 1590. Ricoperse poi le cattedre di Medicina Teorica Ordinaria e successivamente di Anatomia fino al 1599, anno della sua morte. Una statua lignea, nel Teatro Anato-

mico dell'Archiginnasio, lo colloca fra i maestri della scuola di medicina dello Studio.

L'opera cui è legato il suo nome, il *"De curtorum"* vide la luce nel 1597, due anni prima della sua scomparsa. Divisa in due volumi, ricca di splendide incisioni che riproducevano lo strumentario chirurgico e le tecniche operatorie, essa riassume la pratica dell'autore negli interventi di ricostruzione delle mutilazioni del volto: piramide nasale, labbro, padiglione auricolare. Tagliacozzi unisce sapere scientifico e cultura di umanista. Descrive anatomicamente e nel loro significato funzionale le parti su cui dovrà intervenire, ma vuole rimarcare anche il valore estetico e nell'ambito della vita di relazione, traendo spunti dalla letteratura e dal pensiero degli antichi. *"La dignità della faccia desunta dalle fonti poetiche, filosofiche e di altre discipline"* e ancora la *"Bellezza della faccia secondo i medici"* rappresentano per l'autore l'indispensabile premessa per giustificare lo sforzo della chirurgia nel restaurare una fisionomia deturpata dal trauma.

La tecnica di ricostruzione cutanea praticata e descritta dal Tagliacozzi è quella che modernamente si definisce dei *"lembi a distanza"*, scolpiti e sollevati cioè in una regione anatomica lontana, come il braccio ad esempio, poi suturati alla regione da ricostruire (il naso). Sarà necessario mantenere con un opportuno apparecchio le parti in posizione immobile per tutto il tempo necessario, fino a che non si sia verificato l'attecchimento (la rivascularizzazione di cui noi oggi) del lembo nell'area ricevente, prima di distaccarlo dalla regione di origine e poi rimodellarlo. Questo è il punto: come avviene che la cute *"attecchisce"* nella sua nuova sede? L'osservazione del mondo vegetale permette la spiegazione: *"Osservando che piante per natura totalmente diverse per mezzo del tralcio si uniscono intimamente [...] allo stesso modo più facilmente ed in minor tempo, essendo affini per la composizione*

della materia, si potevano unire gli organi lesionati con altri organi sani". Lo sforzo del Tagliacozzi nel riconoscere una unicità di agire dei meccanismi naturali gli permette di aggirare ed oltrepassare il limite delle conoscenze del tempo. I concetti di microcircolo, angiogenesi e cicatrizzazione verranno nei secoli successivi, ma il ragionamento del chirurgo bolognese denota la capacità di affrontare in modo "traslazionale" i problemi, traendo dall'osservazione di fatti apparentemente lontani i presupposti per giustificare anche teoricamente i risultati che ottiene con l'opera della mano.

Tagliacozzi è stato dunque uomo di scienza, oltre che medico pratico. Ma non dobbiamo dimenticare che, in modo empirico, prima di lui altri avevano tentato di affrontare le stesse situazioni cliniche. Il fatto che il procedimento del Tagliacozzi venga indicato come "Metodo italiano" indica che non era il solo ad essere praticato. Ed infatti ben più antico sembra essere il "Metodo indiano", riportato alla luce alla fine del Settecento ma le cui origini si fanno risalire a secoli precedenti, l'Era Cristiana. Il metodo si basava sulla ricostruzione della piramide nasale mediante un lembo di vicinanza scolpito sulla cute della fronte e ruotato. Fosse causata da eventi traumatici accidentali o da ferita di guerra, o ancora fosse la punizione per alcuni tipi di reato, la perdita del naso non era certamente evento troppo raro, così da giustificare l'interesse per le tecniche riparative di fronte alla richiesta degli infortunati.

Anche in Italia altri, prima del Tagliacozzi, se ne erano occupati. Già dal XV secolo due famiglie di empirici, i Branca di Catania ed i Vianeo di Tropea, praticavano la rinoplastica con lembi scolpiti dai tessuti del braccio. Il già nominato Leonardo Fioravanti dà testimonianza di interventi di questo tipo cui aveva potuto assistere nella casa dei Vianeo intorno al 1550, aggirando con un espediente quella segretezza di cui costoro, a tutela delle proprie entrate, avevano voluto circondare la loro arte.

Ben diverso il temperamento del Tagliacozzi. Chirurgo di formazione accademica, consegna al pubblico il proprio sapere e la propria esperienza attraverso un'opera che ne consacrerà il primato e la fama in modo definitivo. Quanto poi il Tagliacozzi abbia profittato delle tecniche degli empirici suoi predecessori è

stato oggetto di dibattito. Nel capitolo diciannovesimo del primo libro, "Così hanno scritto gli antichi ed i più moderni sul rifacimento delle parti mutilate", compare anche la figura del Branca "grande specialista in questa arte" che peraltro, rileva Tagliacozzi, "in nessun modo spiega però quale fosse questo metodo di intervento", quasi a significare, da parte di chi scrive, di ignorarne l'esatto procedimento.

Per oltre due secoli nulla si aggiungerà più alle tecniche di rinoplastica, che verranno riprese nell'Ottocento da Carpie (1764-1846), von Graefe (1787-1840), Dieffenbach (1792-1847) e Zeis (1807-68), privilegiando il metodo indiano. Il ritratto di Tagliacozzi attribuito a Tiburzio Passarotti (1553-1612) ci consegna l'immagine di un personaggio all'apice della sua fama. La ricchezza dell'abbigliamento sottolinea il rango sociale che rivestiva. I volumi in folio del "De curtorum" posti al suo fianco colpiscono immediatamente l'osservatore. Un particolare: le pagine aperte sono quelle di un manoscritto, non dell'opera a stampa. Sembra quasi che il chirurgo, fissando nel dipinto il proprio scritto autografo, abbia voluto rendere ancora più vivo l'argomento ed ancor più dare rilievo all'opera della sua mano.

BIBLIOGRAFIA

- 1) G. G. Forni *La chirurgia nello Studio di Bologna dalle origini a tutto il secolo XIX*. Cappelli ed. 1948.
- 2) A. Gallassi *La Chirurgia Plastica. Evoluzione e tecniche*. Cappelli ed. 1950.
- 3) M. Teach Gnudi, J.P. Webster *The life and times of Gaspare Tagliacozzi*. Hoepli/Reichner ed., 1950.
- 4) J.P. Webster *Un ritratto cinquecentesco di un medico Bolognese: Gaspare Tagliacozzi? Relazione al Convegno della Società Italiana di Storia delle Scienze Mediche e Naturali*, Bologna, 1952.
- 5) W. Vallieri *La chirurgia plastica per innesto di Gaspare Tagliacozzi*. Bologna, tip. Montaguti, 1964.

Didascalia della figura di copertina

Ritratto di Gaspare Tagliacozzi (1545-1599) attribuito a Tiburzio Passarotti (1553-1612). In basso a destra è riprodotta una fase della tecnica di ricostruzione della mutilazione della piramide nasale. L'incisione, tratta dal volume a stampa "De curtorum chirurgia per insitionem", corrisponde alla figura del volume manoscritto "in folio" raffigurato nel quadro.

Le Medicine Non Convenzionali in Italia: la situazione attuale

Paolo Roberti di Sarsina

Riassunto: Nella popolazione italiana si consolida un'ampia realtà sociale di scelte terapeutiche di Medicine Non Convenzionali ma le istituzioni sanitarie non hanno finora voluto né sono state capaci di mettersi al passo di questa realtà sociale ampiamente diffusa, disattendendo anche dalla risoluzione sia del Parlamento Europeo (1997) sia del Consiglio d'Europa (1999), né adottando il piano strategico sulle MNC dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2002). L'autore presenta l'attuale situazione delle MNC in Italia contestualizzandone la multidimensionalità.

Parole chiave: Medicine Non Convenzionali (MNC), Complementary and Alternative Medicine (CAM), status giuridico

Il quadro sociologico e macroeconomico

Il 21 agosto 2007 l'ISTAT ha presentato i dati relativi all'ultima indagine multiscopo *Le terapie non convenzionali in Italia*¹.

L'indagine, che si riferisce all'anno 2005, è stata condotta su un campione di circa 60 mila famiglie.

Il dato macroscopico che è emerso è che il 13,6% della popolazione italiana (circa 8 milioni) ha dichiarato di aver utilizzato medicine non convenzionali nei tre anni precedenti l'intervista.

Tra le varie medicine non convenzionali la Medicina Omeopatica è risultata essere la più diffusa. Persiste e si consolida temporalmente una connessione molto evidente tra utilizzatori di tali terapie e alto livello d'istruzione personale.

Ciò significa che anche dopo cinque anni dalla precedente rilevazione dell'ISTAT (1999), ben otto milioni d'italiani confermano definitivamente la validità e l'utilità di queste scelte terapeutiche.

Va inoltre presa in considerazione l'influenza del fattore economico di costo per le famiglie. Infatti la costante erosione del potere d'acquisto medio degli ultimi anni rende sempre più oneroso seguire una filiera sanitaria non con-

venzionale (dal medico, ai medicinali, alle terapie accessorie) che grava per intero sulle spalle del borsellino familiare, fatto salvo quelle categorie di lavoratori con casse assistenziali autonome (come giornalisti, dirigenti ed altri) che ammettono a rimborso tali cure (ed infatti le statistiche rilevano proprio tra queste categorie professionali gli utilizzi più accentuati).

Accadono sempre più frequentemente casi di famiglie in cui i genitori rinunciano solo per motivi economici a tali cure, riservandole unicamente ai figli.

Il 15 ottobre 2008 la Fondazione CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali), istituto di ricerca socioeconomica fondato nel 1964, ha presentato i risultati della ricerca del Forum per la Ricerca Biomedica concernenti la salute della popolazione italiana.

Per quanto riguarda le Medicine Non Convenzionali è risultato che il 23,4% degli italiani nell'ultimo anno si è rivolto alle cure alternative, quota di poco inferiore a quella rilevata nel 2001, pari al 23,6%².

Il presente e il futuro

È patrimonio comune, ampiamente consolidato a livello nazionale e internazionale, che le Medicine Non Convenzionali hanno definitivamente acquisito un ruolo stabile d'innovazione nel campo della salute.

Ciò è oggi dimostrato anche dall'enorme interesse teorico e pratico che si manifesta sempre più in ambito universitario, ospedaliero e di assistenza sanitaria territoriale.

Esistono numerose esperienze accademiche in questo senso, che corrispondono ai primi segni concreti della fase di maturità e di consolidamento che oggi in Italia le Medicine Non Convenzionali devono compiere, in nome di un contributo dialettico e democratico alla salute individuale e collettiva, anche in termini di emancipazione culturale, libertà di scelta, salutogenesi e sostenibilità.

I medici italiani prescrittori di medicinali omeopatici e antroposofici sono oltre 20.000. Molti sono i medici e i veterinari che hanno completato un iter formativo pluriennale post-laurea a profilo definito per acquisire specifiche competenze in Medicina Omeopatica, in Medicina Antroposofica o in Omotossicologia-Medicina Fisiologica di Regolazione che sono le tre discipline che utilizzano omeoterapie.

I medicinali omeopatici e antroposofici si trovano esclusivamente in farmacia e sono presenti nella quasi totalità delle farmacie italiane. In Italia operano nel settore omeopatico circa 30 aziende che globalmente impiegano oltre 1.200 dipendenti.

La spesa per le cure con medicinali omeopatici nel 2007 in Italia è stata di circa 300 milioni di euro.

L'Italia è il terzo mercato europeo dopo Francia e Germania. Il settore continua a crescere, con una media del 6-7% annuo nell'ultimo decennio.

Attraverso l'IVA, l'IRES e l'IRAP, il gettito dello Stato nel 2007 è stato di 40 milioni di euro. Poiché sia le cure omeopatiche sia le visite presso medici omeopatici non gravano sul bilancio dello Stato, il comparto omeopatico fornisce quindi un attivo netto a favore dello Stato Italiano, escluso il risparmio sulle visite mediche, di 40 milioni di euro.

La medicina omeopatica esiste da più di 200 anni, in Italia sono disponibili oltre 5.000 medicinali⁵³.

Statuto epistemologico

L'Organizzazione Mondiale della Sanità identifica da molti anni le MNC con la definizione di "Medicine Tradizionali" in rispetto a quelle nazioni e a quelle culture ove queste medicine fanno parte integrante del patrimonio culturale e medico di quelle civiltà e culture, basti pensare alla cultura tradizionale cinese e alla cultura tradizionale indiana³.

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

Il termine adottato dalla Cochrane Collaboration e dalla letteratura internazionale è infatti quello di "Complementary and Alternative Medicine" (Consensus Conference, United States Office for Alternative Medicine of the National Institutes of Health, Bethesda, USA, 1997) il cui senso, immediatamente coglibile, è che la definizione adottata considera, per il suo valore multidimensionale, congiuntamente sia

scelte terapeutiche in modo esclusivo, cioè come prima scelta terapeutica (*alternative medicine*), sia come seconda scelta terapeutica ovvero come scelta terapeutica in associazione (*complementary medicine*).

<http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>

Guido Giarelli fornisce in modo inequivocabile il chiarimento epistemologico contestualizzato alla realtà italiana: "«Medicine Non Convenzionali» è la definizione che preferiamo e che abbiamo scelto di mantenere nella attuale situazione italiana per almeno tre ragioni: è quella che appare meno carica di valenza ideologiche sia positive che negative e, quindi, più scientificamente neutrale; ha il pregio di ricordare, per converso, il carattere convenzionale della ortodossia medica ufficiale e del suo processo storico di legittimazione; definisce in modo dinamico e relativo una serie di medicine la cui identità non può che essere indicata in maniera negativa rispetto alla medicina convenzionale.

Si tratta infatti di medicine al momento escluse dall'organizzazione formale dei servizi sanitari e dall'insegnamento delle facoltà di Medicina: e, in questo senso, il 'non convenzionale' è sinonimo di 'non ortodosso' e di 'altre' rispetto all'identità della biomedicina"^{4,5,6,49}.

Per le ragioni sopraesposte noi manteniamo il termine "Medicine Non Convenzionali (MNC)" anche perché socialmente più diffuso, più conosciuto e comprensibile nella glossa italiana, già utilizzato dalla FNOMCeO nel Documento di Terni (2002), dal Parlamento Europeo (1997) e dal Consiglio d'Europa (1999), utilizzato nel Documento di Consenso sulle MNC in Italia (2003). Tanto più che l'uso del termine MNC è legato anche al fatto che tali discipline non sono inserite a pieno titolo nel piano di studi obbligatorio del corso di laurea in medicina e chirurgia e veterinaria in Italia, a differenza di quanto accade in vari paesi dell'Unione Europea⁷⁻¹².

Infatti per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO) i termini "complementary medicine", "alternative medicine" o "unconventional medicine" sono intercambiabili col termine "traditional medicine" riferendosi a quell'ampio insieme di discipline che non fanno parte della tradizione di un dato paese e che non fanno parte del sistema sanitario dominante, come è il caso dell'Italia¹³.

Ecco perché l'OMS assume, espressamente, l'uso del termine "non convenzionale" in riferi-

mento a quei Paesi (come l'Italia) in cui queste medicine e i relativi sistemi di salute da un lato non sono inseriti nel piano formativo curriculare obbligatorio del corso di laurea in medicina e chirurgia, e dall'altro non fanno parte del sistema sanitario nazionale dominante.

Come richiede l'OMS è necessario ed etico tutelare, salvaguardare, promuovere, studiare, tramandare e applicare il patrimonio culturale dei saperi e dei sistemi medici e di salute antropologici sia occidentali sia orientali, nell'assoluto rispetto dell'integrità originaria e tradizionale dei singoli paradigmi ed epistemi. Inoltre l'Organizzazione Mondiale della Sanità il giorno 8 novembre 2008, in occasione del Congresso Mondiale sulla Medicina Tradizionale tenutosi a Pechino, ha emanato la "Dichiarazione di Pechino sulla Medicina Tradizionale" in cui si richiede, tra l'altro, "la necessità di azione e cooperazione da parte della comunità internazionale, dei governi, nonché dei professionisti e degli operatori sanitari al fine di assicurare un utilizzo corretto della medicina tradizionale come componente significativa per la salute di tutti i popoli, in conformità con le capacità, le priorità e le leggi attinenti dei singoli paesi"^{6, 26-28, 50, 54}.

Istituzioni Ordinistiche e Medicine Non Convenzionali

Sono trascorsi otto anni da quando il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), viste la Risoluzione n. 75 del Parlamento Europeo del 29 maggio 1997^{29, 30-34} e la Risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4 novembre 1999 "Sullo statuto delle medicine non convenzionali", ha riconosciuto, per il loro rilievo sociale, 9 Medicine Non Convenzionali: Agopuntura, Medicina Tradizionale Cinese, Medicina Ayurvedica, Medicina Omeopatica, Medicina Antroposofica, Omotossicologia, Fitoterapia, Chiropratica e Osteopatia.

Le sopracitate nove Medicine Non Convenzionali sono state riconosciute di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra in quanto "a tutti gli effetti atto medico" (Linee guida della FNOMCeO sulle medicine e pratiche non convenzionali, Terni 18 maggio 2002)⁸.

Nel Codice di Deontologia Medica in vigore dal 2006 (come nel precedente emanato nel

1988) viene dedicato un articolo (art. 15 in tre commi) alle Medicine Non Convenzionali.

L'art. 15 così recita:

- Il ricorso a pratiche non convenzionali non può prescindere dal rispetto del decoro e della dignità della professione e si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale del medico.
- Il ricorso a pratiche non convenzionali non deve comunque sottrarre il cittadino a trattamenti specifici e scientificamente consolidati e richiede sempre circostanziata informazione e acquisizione del consenso.
- È vietato al medico di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire l'esercizio di terzi non medici nel settore delle cosiddette pratiche non convenzionali.

La posizione, espressa dal massimo organismo della professione medica, ribadisce che le uniche figure abilitate ad esercitarle sono i medici chirurghi e odontoiatri resi esperti attraverso rigorosi e specifici percorsi formativi. Nel 2003 la Federazione Nazionale degli Ordini Veterinari (FNOVI) ha emanato analogo documento col quale vengono riconosciute 5 discipline quale atto medico veterinario (Agopuntura, Medicina Tradizionale Cinese, Medicina Omeopatica, Omotossicologia, Fitoterapia) e anche il Codice di Deontologia Veterinaria dedica un articolo (art. 30 in due commi) alle Medicine Non Convenzionali.

L'art. 30 così recita:

- La pratica delle Medicine Non Convenzionali in ambito veterinario è di esclusiva competenza del Medico Veterinario.
- Questa deve essere svolta nel rispetto dei doveri e della dignità professionali e nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale, acquisito il consenso del cliente debitamente informato.

Nel 2003, a seguito della sottoscrizione del Documento di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali in Italia²⁵, fu costituito, alla presenza dell'allora vice presidente vicario della FNOMCeO, il Comitato di Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia www.fondazionericci.it/comitato, aperto a tutte le componenti sanitarie, nelle sedi rappresentative della professione medica, alle Istituzioni della Repubblica sia nazionali che regionali e territoriali, nonché nei confronti delle associazioni dei cittadini per tutelare le MNC e promuoverne il riconoscimento sulla base del Documento di Terni^{7, 9-12}.

Status giuridico

La Suprema Corte di Cassazione (1982, 1999, 2003, 2005, 2007) ha sancito che l'agopuntura è atto medico; che il prescrittore di prodotti omeopatici deve essere medico; che costituisce esercizio abusivo della professione medica praticare le Medicine Non Convenzionali da parte di soggetto che non abbia conseguito la laurea in medicina e chirurgia.

La Suprema Corte ha chiarito definitivamente la necessità di tutelare la salute pubblica stabilendo che l'esercizio di tutte le Medicine Non Convenzionali deve essere praticato solo dai medici. L'esercizio di tali attività, pertanto, deve essere subordinato al controllo, di natura pubblicistica, dell'esame di abilitazione e dell'iscrizione all'albo professionale e, prima ancora, al conseguimento del titolo accademico della laurea in medicina.

La Corte Costituzionale (2005, 2006, 2007, 2008) ha sentenziato che le Regioni non possono legiferare sull'individuazione delle figure professionali e l'istituzione di nuovi albi, competenze che sono riservate allo Stato, cioè non possono legiferare su nuovi profili sanitari non normati e riconosciuti da preesistente legge nazionale.

La Corte Costituzionale ha affermato, in ordine alla questione di legittimità costituzionale di disposizioni di legislazione regionale aventi ad oggetto la regolamentazione di attività di tipo professionale, che la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle "professioni" deve rispettare il principio secondo cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata, per il suo carattere necessariamente unitario, allo Stato, rientrando nella competenza delle Regioni la disciplina di quegli aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale. Tale principio, al di là della particolare attuazione ad opera dei singoli precetti normativi, si configura infatti quale limite di ordine generale, invalicabile dalla legge regionale. Ne consegue l'illegittimità costituzionale delle Leggi regionali sottoposte, nel caso di specie, al vaglio del Giudice delle leggi³⁵⁻⁴⁷.

Normazione farmaceutica nel contesto italiano

Nel 2006, l'Italia ha recepito la Direttiva Europea sui Farmaci 2004/27/CE che prevede al

suo interno cinque articoli specifici dedicati ai medicinali omeopatici e antroposofici che tengono debitamente conto delle peculiarità di produzione e di controllo di queste due tipologie di farmaci¹⁴.

Il recepimento da parte del governo italiano della direttiva ha fatto sì che, almeno, i farmaci omeopatici e antroposofici esistenti sul mercato italiano siano legittimati fino al 2015. Rimangono però inspiegabilmente ancora non emanate una serie di norme attuative a tutela del cittadino. Basti pensare che una legge, ancora in vigore solo in Italia, vieta di riportare sulle confezioni indicazioni e posologia (con grave danno per il consumatore).

Inoltre, incredibilmente, da molti anni non sono autorizzabili nuovi medicinali omeopatici: dal 1995, infatti, non è stata attivata la procedura amministrativa di registrazione di nuovi farmaci.

Addirittura, la pubblicità dei rimedi omeopatici è proibita in ogni forma, e questa è un'ulteriore evidenza della discriminazione.

La Medicina Omeopatica e le altre omeoterapie offrono al Sistema Sanitario Nazionale contributi di grande rilevanza sociale ed economica: un costo genericamente inferiore rispetto al medicinale convenzionale di riferimento della medesima patologia; a fronte dell'alta percentuale di danni iatrogeni inevitabilmente relazionabili all'assunzione di medicinali allopatrici, i medicinali omeopatici e antroposofici non hanno effetti collaterali e ciò implica una notevole riduzione dei costi sociali (ore di lavoro o di studio perse); l'innocuità del rimedio limita la necessità di apparati costosi di controllo e sorveglianza; la semplicità di produzione, peculiarità dei medicinali omeopatici e antroposofici, non crea alcun tipo di impatto ambientale.

Esigenze sociali ed etiche

Va quindi riconosciuta la "doppia libertà", di scelta terapeutica del singolo e di cura da parte dei medici, adempiendo compiutamente allo spirito dell'art. 32 della Costituzione.

È quindi urgente e indifferibile l'intervento legislativo del Parlamento, al fine dell'approvazione, dopo venti anni di attesa, della legge quadro nazionale sulle Medicine Non Convenzionali^{6-24, 52}.

Attualità

In Europa sono stati fondate nel 2004 due piattaforme di azione per le MNC: lo European Research Initiative on Complementary and Alternative Medicine, EURICAM (Vienna) e lo European Forum on Complementary and Alternative Medicine, EFCAM (Bruxelles).

Nel 2005 ha avuto luogo a Bruxelles lo European Open Health Forum for Stakeholders "Health Challenges and Future Strategy" ove in sessione plenaria è stato sottoscritta e presentata alla Commissione Europea la seguente mozione sulle MNC: *This morning we have been talking about subjects such as putting patients concerns higher on the agenda and protecting them from health threats. If we realise that: there is a growing demand among the European citizens for Complementary and Alternative Medicine (CAM); clinical effectiveness of CAM is, in many cases, at least as high as the effectiveness of conventional medicine, as showed by several long-term studies involving many thousands of patients; CAM is not only effective but also very safe, and that, therefore, CAM can help to reduce the enormous burden of mortality and morbidity caused by the adverse effects of conventional prescription drugs. It is high time that the European Union includes CAM in its policy.* (Bruxelles, 08.11.05)¹⁵.

Il 23 ottobre 2007 il Parlamento Europeo e il Consiglio hanno adottato congiuntamente la Decisione che istituisce un secondo Programma d'Azione Comunitaria in materia di Salute (7th Framework Programme of the European Community for research, technological development and demonstration activities 2008-2013 - in sigla FP7). Per la prima volta è stata inserita una voce che riguarda le Medicine Non Convenzionali. Così facendo le istituzioni dell'Unione Europea in qualche modo riconoscono le Medicine Non Convenzionali (in coerenza con le risoluzioni del 1997 e del 1999). Di seguito si riporta il testo nella versione italiana della Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea: "Il programma dovrebbe prendere atto dell'importanza di un'impostazione olistica della sanità pubblica e tenere in considerazione nelle sue azioni, ove appropriato e in presenza di prove scientifiche o cliniche di efficacia, la medicina complementare e alternativa" (20.11.2007 Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea L 301/5)⁴⁸.

Dato che la Commissione Europea, nell'ambito del Settimo Programma Quadro per la Ricerca e lo Sviluppo (FP7), ha lanciato nel terzo bando

una specifica area per le Medicine Non Convenzionali, è stata costituita a Berlino, tra istituzioni che si occupano di MNC nelle nazioni della EU (il Comitato per le MNC in Italia ne fa parte), la piattaforma "FP7 - CAMbrella" per presentare un grande progetto europeo di ricerca nei vari ambiti delle MNC (3rd call for theme 1 "Health" of the specific FP7 work programme 'Cooperation' includes under section 3.1 a research topic on Complementary and Alternative Medicine, topic 3).

In occasione del primo European Congress for Integrative Medicine, promosso dal Institute for Social Medicine, Epidemiology, and Health Economics della Charité University Medical Center di Berlino è stato costituito a Berlino (08.11.08) lo European Chapter della International Society for Complementary Medicine Research, ISCMR. Inoltre nel 2008 è stato avviato sempre presso l'Institute for Social Medicine, Epidemiology, and Health Economics della Charité University Medical Center di Berlino lo European Information Centre on Complementary and Alternative Medicine, EICCAM.

All'European Open Health Forum 2008, organizzato dalla Commissione Europea (Direzione Generale per la Salute e la Protezione del Consumatore) l'11 dicembre 2008 a Bruxelles, è stata sottoscritta e presentata alla Commissione Europea la seguente mozione sulle MNC: *Identifying CAM as a TOP Priority for EU Health Policy.*

- *Complementary and Alternative Medicine (CAM) is in strong demand among European citizens reflecting a need for more holistic patient-centred care.*

- *About 70% of the European population report that they have used CAM therapies.*

- *Clinical effectiveness of CAM is, in many cases, at least as high as the effectiveness of conventional medicine as shown by several long-term studies involving many thousands of patients.*

- *CAM has a positive safety profile and is effective, especially in individualised medicine.*

- *CAM manufacturing techniques help protect the environment.*

- *Integration of CAM in general health care can help to reduce costs and the burden of mortality and morbidity caused by multiple adverse effects of many conventional prescription medicines.*

- *CAM is needed in fostering good health in Europe for the young and the old.*

- *CAM is a strong contribution to health promotion. For the benefit of all Europeans we strongly recom-*

mend that the European Union promote the integration of valid CAM and effective Medicinal Traditions in its health policy!⁵¹.

In Italia nell'attuale legislatura (XVI) è in Commissione Igiene e Sanità (XII) del Senato che è all'ordine del giorno il disegno di legge unificato sulle Medicine Non Convenzionali del quale è relatore il sen. Daniele Bosone.

Bibliografia

1. Le terapie non convenzionali in Italia, ISTAT Indagine multiscopo: "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anno 2005, diffuso il 21.08.07 http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070821_00
2. Forum per la Ricerca Biomedica, Fondazione CENSIS, Roma, 15.10.2008.
3. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine, WHO, Geneva, 2000.
4. Giarelli G., Roberti di Sarsina P., Silvestrini B. (a cura di), *Le Medicine Non Convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive di integrazione*. Prefazione di Edwin L. Cooper (Fondatore e Direttore di eCAM Journal). Postfazione di Amedeo Bianco (Presidente FNOMCeO). FrancoAngeli, Milano 2007, pp. 416 http://www.francoangeli.it/Ricerca/Scheda_Libro.asp?CodiceLibro=1350.27
5. Nuzzi R., *Non Conventional Medicine in Italy. History, Problems, Prospects for Integration*. (Review), eCAM Journal 2008; advanced access doi:10.1093/ecam/nem174 <http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/reprint/nem174>
6. Roberti di Sarsina P., *The Social Demand for a Medicine Focused on the Person: The Contribution of CAM to Healthcare and Healthgenesis*, eCAM Journal, 2007;4(S1)45-51 http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/reprint/4/suppl_1/45
7. Roberti di Sarsina P., *Consensus Document on CAM in Italy*, eCAM Journal, 2005, 2: 233-5. <http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/reprint/2/2/233>
8. Linee Guida sulle Medicine e Pratiche Non Convenzionali, Consiglio Nazionale FNOMCeO, Terni 18.05.2002 http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/statico/la%20professione%20maggio-giugno_2002.htm
9. Conferenza di Consenso sulle MNC in Italia, 43° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Bologna 20.10.2003, FNOMCeO portale

<http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/statico/Le%20medicin%20non%20convenzionali%20nel%20Ssn.htm>

10. Conferenza di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali in Italia, Bologna 20.10.03, Atti del 43° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria "La Conoscenza e la Cura", 88-163, CIC Edizioni Internazionali 2003.
11. *Le Medicine Non Convenzionali nel SSN*. La Conferenza di Consenso. FNOMCeO, La Professione, 2003, (V)5/6, 14.
12. Documento di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali in Italia. Il Sole 24 Ore Sanità, 2003, 43, 28-29.
13. Roberti di Sarsina P., *Lo status giuridico delle MNC in Italia e in altre nazioni occidentali*, Anthropos & Iatria, 2003, VII, 2: 72-87.
14. Decreto Legislativo di Attuazione della Direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE, Gazzetta Ufficiale 142, Suppl. Ord. n. 153, 21.06.06.
15. Manifesto of CAM for Europe, European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General, SANCO, EU Open Health Forum for Stakeholders "Health Challenges and Future Strategy", Bruxelles 07-08.11.05.
16. Roberti di Sarsina P. *L'efficacia dell'esperienza*. Il Domenicale de Il Sole 24 Ore, 2004, 107, 30.
17. Roberti di Sarsina P. *Lo stato delle Medicine Non Convenzionali in Italia*, Forum Sanità Futura, Cernobbio, 09.11.05.
18. Roberti di Sarsina P.: *Medicina dolce senza strategie*. Il Sole 24 Ore Sanità, 2006, (IX) 5, 15.
19. Roberti di Sarsina P. *Medicine Non Convenzionali, prime chiarite*. Il Sole 24 Ore Sanità, 2006, (IX)31.
20. Roberti di Sarsina P. *Con regole restrittive in controtendenza*. Salute, La Repubblica, 2006 (XII)475, 29-30.
21. Roberti di Sarsina P. *La situazione sanitaria in Italia*. Medicina Naturale, 2006 (XVI)2, 48-51.
22. Roberti di Sarsina P. *L'altra medicina a una svolta*. Il Resto del Carlino Emilia-Romagna, IV, 14.09.06.
23. Roberti di Sarsina P. *Medicine non convenzionali*. In porto lo sforzo emiliano. Il Resto del Carlino Emilia-Romagna, III, 01.11.06.
24. Ortolani R., *Il paziente ha diritto di scegliere*, Il Quotidiano Nazionale (Il Resto del Carlino,

la Nazione, il Giorno), pag. 40, 14.10.2008.

25. European Commission, Health & Consumer Protection: Reflection process on EU health policy, Bruxelles 2004, The Consensus Document on CAM in Italy

http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/strategy/results_reflection_process_en.htm#8

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/refl/ev20041015_co_038_en.pdf

26. Legal Status of Traditional medicine and Complementary/Alternative Medicine: a Worldwide Review, WHO, Geneva, 2001.

27. Integrating Homeopathy in Health Systems, WHO, Geneva, 1999.

28. Traditional Medicines Strategy: 2002-2005, WHO, Geneva, 2002.

29. Parlamento Europeo, Lo Statuto delle Medicine Non Convenzionali, Risoluzione 1.3.40/29.05.1997.

30. European Union Council, Directive on homeopathic medicinal products, Official Journal of the European Communities, 1992, 297, 12-15.

31. European Commission, Directorate-General Science, Research and Development: COST Action B-4 – Unconventional medicine in Europe – Responses to the COST B4 Questionnaire. Brussels, Luxembourg.

32. European Commission, Directorate-General Science, Research and Development (1998) COST Action B-4 - Unconventional medicine, Final report of the management committee 1993-98 (EUR 18420 EN).

33. European Commission, Directorate-General Science, Research and Development (1999) COST Action B-4 – Unconventional medicine, Supplement to the final report of the management committee 1993-98 (EUR 19110 EN).

34. European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General: Building a European system of information on major and chronic diseases as a part of a European system of information on health. Working party morbidity and mortality, Luxembourg, 2004.

35. Corte di Cassazione, Sezione Penale VI, Sentenza 12.02.99.

36. Corte di Cassazione, Sezione Penale VI, Sentenza n. 2652/25.02.1999.

37. Corte di Cassazione, Sentenza n. 500/1982.

38. Corte di Cassazione, Sezione Penale IV, Sentenza n. 30/08.02.2001.

39. Corte di Cassazione, Sezione Penale VI, Sentenza n. 29961/30.07.2001.

40. Corte di Cassazione, Sentenza n. 1735/21.05.2003.

41. Corte di Cassazione, Sezione Penale VI, Sentenza n. 16626/04.05.2005.

42. Corte Costituzionale, Sentenza n. 424/16.11.2005.

43. Corte Costituzionale, Sentenza n. 40/08.02.2006.

44. Corte di Cassazione, Sezione Penale VI, Sentenza n. 964/20.06.2007.

45. Corte Costituzionale, Sentenza n. 300/20.07.07.

46. Corte di Cassazione, Sezione Penale VI, Sentenza n. 34200/06.09.2007.

47. Corte Costituzionale, Sentenza n. 93/02.04.2008.

48. 7th Framework Programme of the European Community for research, technological development and demonstration activities 2008-2013; Scientific and Technological Objectives, Broad Lines of the Themes and Activities, Program: Cooperation, Theme: Health, Activities: Optimising the delivery of health care to European citizens. Ref. pag.18 English version. Brussels, 18 December 2006, PE-CONS 3666/1/06 REV 1, 2005/0043 (COD)LEX 758.

49. Cipolla C., Roberti di Sarsina P. (a cura di), Le peculiarità sociali delle Medicine Non Convenzionali. Prefazione di Bruno Silvestrini. FrancoAngeli, Milano 2009, pp. 256.

http://www.francoangeli.it/ricerca/Scheda_Libro.asp?ID=r6822&Tipo=Libro

50. Beijing Declaration on Traditional Medicine, WHO Congress on Traditional Medicine, Beijing, China, 8 November 2008.

51. Manifesto "Identifying CAM as a TOP Priority for EU Health Policy", European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General, SANCO, EU Open Health Forum 2008 "Developing and Implementing Health in the European Union", Bruxelles, 10-11.12.2008.

52. Sari S., Medicine non convenzionali. Serve una normativa chiara, Libero 03.01.09, pag. 30

<http://www.libero-news.it/articles/view/456705>

53. Adnkronos Salute, Medicina Alternativa: l'esperto, usata da 23% italiani con risparmi SSN per 40 mln, 15.01.2009.

54. Consorzio Universitario AlmaLaurea, In cattedra la nuova medicina

<http://www.alma laurea.it/informa/news/universita/cattedra-nuovamedicina.shtml>

Urodinamica: tecnica diagnostica o atteggiamento di pensiero?

di Giancarlo Vignoli*

La domanda retorica ammette una sola risposta: atteggiamento di pensiero.

L'urodinamica è una branca dell'urologia che si occupa dei disturbi delle basse vie urinarie. Nonostante esista da oltre trenta anni ed abbia rappresentato una vera e propria rivoluzione del pensiero urologico, ancora oggi pochi ne conoscono appieno il significato.

L'urodinamica è una disciplina affascinante e controversa: affascinante, perché non mi risulta via sia altro settore in cui la scienza di base influenzi in maniera così significativa la clinica; controversa, perché è noto come il clinico sia poco avvezzo alla scienza di base.

Credo si possa dichiarare che l'urodinamica sta all'urologia come la biologia molecolare dei tumori sta all'oncologia.

Tutti intuiscono l'importanza della biologia molecolare dei tumori, ma il suo utilizzo nella strategia terapeutica è estremamente limitato. Così tutti, chi più chi meno, credono che l'urodinamica sia qualcosa di importante, ma quanto, poi, al suo utilizzo nella pratica clinica... meglio soprassedere (quante volte abbiamo sentito dire dai clinici, con malcelata diffidenza, "...una scienza giovane per i giovani...").

Come nasce l'Urodinamica?

Negli anni '60 pochi urologi credevano ad una chirurgia basata su precisi criteri di fisiopatologia.

I simposi interdisciplinari erano un'evenienza del tutto inusuale e la figura di un medico, dedito più a viaggi scientifici intercontinentali che alla quotidiana visita in reparto, doveva ancora prendere forma.

È indubbio, però, che una parte, pur minoritaria, della comunità scientifica, avvertisse la necessità di modificare i concetti tradizionali della strategia terapeutica. Questo stato d'animo fu cruciale per lo sviluppo dell'Urodinamica.

L'esigenza di fondo era quella di poter disporre di misurazioni esatte nel contesto di sintomi "non specifici" ("bladder unreliable witness") e dati morfologici (RX e endoscopia) altrettanto imprecisi.

LE PREMESSE (1965- 1970)¹

Le prime osservazioni urodinamiche si debbono a Bors e Comarr del Veterans Hospital di Long Beach. L'insufficienza renale era la prima causa di decesso nei pazienti paraplegici ricoverati nel loro Centro e la motivazione non andava oltre le semplici ipotesi di una disfunzione vescico-uretrale. Fu appunto associando la registrazione pressoria endovesicale all'attività EMGrafica del pavimento pelvico, che essi furono in grado di evidenziare un inaspettato spasmo della muscolatura pelvica durante la minzione (la cosiddetta dissinergia detrusore-sfintere). Tale quadro disfunzionale provocava uno stato di iperpressione all'interno delle vie urinarie che, nel tempo, invariabilmente portava ad un deficit renale.

Queste osservazioni aprirono la strada ad una serie di studi sui pazienti affetti da lesioni neurologiche della vescica che culminarono in un Simposio sulla Vescica Neurogena alla Duke University nel 1965, dove per la prima volta si misero a confronto le opinioni dei clinici (urologi, neurologi, fisiatri) con quelle di esperti di scienza di base (fisici, anatomici, fisiologi, farmacologi).

Il primo Meeting di Urodinamica!

Al meeting sulla vescica neurogena, ne seguirono altri due: uno all'Università di Iowa, nel 1968, dal titolo Idrodinamica della Minzione (e qui la fisica aveva già preso il sopravvento!), ed uno all'Università di Chicago, nel 1969, dedicato all'Idrodinamica della Pelvi e dell'Uretere, in cui per la prima volta si cercava di dare risposta su basi fisiche al problema della dilatazione dell'alta via escretrice.

* Giancarlo Vignoli coordina il Laboratorio di Urodinamica presso la Casa di Cura Villa Toniolo.

Il fervore indotto dalle nuove strategie diagnostiche portò alla fondazione di due Società Scientifiche, l'americana Urodynamics Society nel 1969 e, in Europa, due anni dopo, l'Incontinence Club promosso da Eric Glenn dell'Ospedale di Exeter in Inghilterra. Particolarmente attiva in ambito europeo era l'Università di Aachen, dove sotto l'illuminata guida di Wolfgang Lutzeyer si era organizzato nel 1969 un importante e seguito meeting dal titolo "Ureterdynamic Urodynamisches Symposium".

Anche in Italia in quegli anni, l'urodinamica, rivolta soprattutto allo studio dei pazienti neurologici, faceva i suoi primi passi per opera di Alberto Zanollo, la cui Unità Spinale all'Ospedale di Magenta era un punto di riferimento per i disturbi neurologici della vescica, e Francesco Corrado, che all'Ospedale Malpighi di Bologna aveva intuito l'importanza di seguire con strategie innovative i piccoli pazienti affetti da spina bifida.

In questo contesto, Aldo Martelli, Direttore della Clinica Urologia di Bologna, ebbe l'idea, anche per la acquisizione nello staff di Giancarlo Vignoli (dedito più a quei viaggi scientifici intercontinentali che alla quotidiana attività di reparto) di fondare nel 1970 la Società Italiana di Urodinamica.

IL BOOM (1970-1990)

Con l'avvento dell'urodinamica la fisiopatologia dei disturbi del basso apparato urinario è stata radicalmente riscritta nel ventennio che va dal 1970 al 1990.

La rapida espansione della nuova disciplina fece nascere la necessità di standardizzare nomenclatura e metodologia di indagine per

facilitare il confronto dei risultati tra i diversi studiosi. Questo fu il principale target della International Continence Society, evoluzione dell'Incontinence Club. Durante il suo 3° Meeting, a Copenhagen, venne enfatizzata l'importanza di questo obiettivo e se ne affidò l'incarico a Tage Hald. Il primo Report sulla Standardizzazione della Terminologia venne pubblicato nel 1976. Ad esso ne sono seguiti altri 20 e, nonostante gli inevitabili problemi, si può ben dire che significativi progressi in questa direzione siano stati raggiunti.

D'altro canto l'ICS, dalla sua fondazione, è cresciuta enormemente raggiungendo ben 1800 iscritti provenienti da oltre 60 diversi Paesi e soprattutto di diversa estrazione culturale: medici, chirurghi, fisici, farmacologi, bioingegneri ed esperti in scienze di base.

Nel 2003 dopo un incontrastato trentennio di dominio inglese, venne eletto Segretario dell'ICS Walter Artibani, attuale Direttore della Clinica Urologia di Padova, con cui avevo condiviso le iniziali esperienze attorno al mondo. Davvero una grande soddisfazione per la comunità urodinamica italiana.

Difficile dire quale sia stato, in ciascuna delle specialità in cui l'urodinamica si è affermata, l'apporto più significativo della nuova indagine.

Vescica Neurogena

Nell'ambito della vescica neurologica (il primo settore cui l'urodinamica si è indirizzata) il concetto di maggior interesse è senza dubbio quello della pressione vescicale di riempimento descritto da McGuire alla fine degli anni '70 in un famoso articolo sui pazienti mielodisplastici². Nonostante, fino ad allora,

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

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

BOLOGNA - V. DELL'OSSERVANZA, 19

CENTRALINO: TEL. 051 580 395

AMBULATORI: TEL. 051 644 7852

UFFICIO PRENOTAZIONI RICOVERI:

TEL. 051 644 0324 - FAX: 051 580 315

e-mail: villabaruzzianafn@intervision.it

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

la continenza fosse stato l'obiettivo primario in questo tipo di patologia, in realtà, la preservazione dell'integrità delle alte vie era ciò che si doveva anzitutto garantire. Il deterioramento della funzionalità renale non si verificava se la compliance vescicale si manteneva al di sotto dei 40 cm H₂O. Il concetto, che poi ha dato origine alla pratica dell'autocatereterismo, si può ben dire abbia cambiato la prognosi sia dei pazienti mielodisplastici che dei pazienti con vescica neurologica in senso lato.

Urologia Pediatrica

Strettamente connesse alle osservazioni sui pazienti neurologici furono i dati urodinamici rilevati in ambito pediatrico.

Hinman e Baumann³ furono i primi a riportare nel 1973 una casistica di 14 piccoli pazienti con gravi alterazioni funzionali delle basse vie urinarie molto simili ad un quadro severo di disfunzione neurologica, senza che, peraltro, fosse presente alcuna malattia del sistema nervoso centrale. Essi definirono tale quadro come "vescica neurogena non-neurogena" e trattarono i pazienti con la sola riabilitazione del pavimento pelvico integrata dall'ipnosi. Allen⁴ nel 1977 descrisse una casistica analoga puntualizzando il fatto che il quadro morfologico fosse legato ad una dissinergia sfinterica, e che la riabilitazione vescicale desse risultati nettamente superiori a quelli ottenuti fino ad allora con la chirurgia. La pseudodissinergia sfinterica è, oggi, una patologia ben nota in ambito urologico pediatrico che viene trattata nella quasi totalità dei casi in modo conservativo.

Altrettanto importanti le osservazioni urodinamiche in un'altra patologia propria dell'urologia pediatrica, quella cioè dell'enuresi notturna, da sempre messa in relazione ad una ridotta capacità funzionale della vescica. Orbene, gli studi urodinamici di bambini con enuresi notturna evidenziarono, sì, una riduzione di capacità della vescica, ma anche quadri del tutto normali. Nel primo caso, però, all'enuresi si associava tipicamente una pollachiuria diurna. Nei pazienti, viceversa, senza problemi di urgenza diurna, la normalità dei reperti urodinamici implicava la coesistenza di meccanismi alternativi.

Norgaard et al⁵ furono i primi ad osservare una diminuzione dell'increzione notturna dell'ADH

nei pazienti con enuresi notturna, ma urodynamicamente indenni, aprendo una strada del tutto nuova al trattamento di questo disturbo.

Incontinenza Femminile

Importanti i concetti urodinamici nell'ambito dell'incontinenza femminile dove, da una impostazione fisiopatologica prettamente anatomica, si è passati ad una concezione mista, anatomica e funzionale. Senza dubbio l'attuale dicotomia tra incontinenza da deficit del supporto e deficit sfinterico è chiaramente una "ipersemplificazione" del problema, visto che i due meccanismi coesistono nella maggior parte dei casi. L'obiettivo urodinamico è appunto quello di definire la percentuale di ciascuno di tali problemi nel contesto clinico di ogni paziente.

È ampiamente accertato che la presenza di un deficit sfinterico può significativamente compromettere il successo della chirurgia "anti-incontinenza", al punto che alcuni parlano oggi unicamente di incontinenza da deficit sfinterico e di correzione specificatamente mirata ad esso (iniezioni di mioblasti e fibroblasti autologhi)⁶.

Ipertrofia Prostatica

Il valore dell'urodinamica nell'inquadramento dell'ipertrofia prostatica resta tuttora uno degli aspetti più controversi e, per certi versi, più sconcertanti, di questa patologia.

Nonostante la spiccata tendenza nella comunità urologica ad associare la sintomatologia delle basse vie urinarie all'aumento di volume della prostata, l'urodinamica ha chiaramente dimostrato che non vi è alcuna correlazione tra il volume di quest'ultima ed il grado di ostruzione. In genere le prostate "grandi" non sono più ostruenti delle "piccole". Di fatto circa un terzo dei pazienti considerati "prostatici", in realtà non lo sono affatto, e la loro sintomatologia va associata a problemi vescicali di iperattività del detrusore o di ipocontrattilità dello stesso. Anche qui, come nell'incontinenza femminile, il successo chirurgico è sensibilmente legato alla presenza di una ostruzione pre-operatoria urodynamicamente dimostrabile (90% di risultati positivi in caso di ostruzione contro il 60% degli stessi in assenza di ostruzione)^{7,8}.

Ma l'aspetto forse più sconcertante di un "prostatismo" urodynamicamente non legato alla prostata è il successo ottenuto in questi pazien-

ti con gli anticolinergici⁹, quando è opinione comune (basta guardare il “bugiardino”) che la somministrazione di un anticolinergico è controindicata nel paziente prostatico!

Urodinamica delle alte vie

Nel 1984 a Igls in Austria venne fondata la ISDU: International Society of Dynamics of Upper Tract. Anche l’alta via escretrice, al pari della bassa, aveva le sue problematiche funzionali. Un quesito soprattutto teneva banco: dilatazione è sempre sinonimo di ostruzione? E ancora, quali sistemi hanno un alterato deflusso dell’urina e di che entità deve essere quest’ultimo per provocare danni anatomici¹⁰? Nuovamente le tecniche di immagine (urografia, pielografia ascendente) mostravano i loro limiti. Molto più precisi gli studi radioisotopici (renografia diuretica), ma nei casi dubbi (insufficienza renale) la sola risposta a tale ambiguità poteva venire da un’indagine urodinamica di pressione/flusso. Questo il senso del test sviluppato da Bob Whitaker quando era Senior Lecturer al London Hospital. Test universalmente noto come “Whitaker test”¹¹. Naturalmente l’individuazione di una via escretrice dilatata, ma non ostruita, poneva enormi problemi di fisiopatologia pieloureterale. Di questo si occupò attivamente una task force composta da Bo Coolsaet, Bob Weiss, Chris Costantinou, Jens Djurhus, per citarne solo alcuni.

La Società di Urodinamica delle Alte Vie ebbe, però, uno sviluppo inferiore a quella del basso tratto urinario, probabilmente perché le problematiche cliniche, eccezion fatta per la dilatazione, erano di minore rilevanza.

LE CRITICHE (1990-2000)

Dopo tanto entusiasmo era inevitabile che si manifestassero dei ripensamenti. Nell’ultimo decennio del secolo, fu tutto un susseguirsi di critiche severe, tanto che agli inizi del 2000 il ruolo dell’urodinamica venne seriamente messo in discussione. Nessuno disconosceva quella che era stata la sua importanza nella definizione della fisiologia e della fisiopatologia delle basse vie urinarie, ma, da più parti, se ne mettevano in evidenza i limiti clinici.

Il problema più controverso era la mancanza di riproducibilità dell’indagine. Spesso, poi, tra urodinamica e sintomi non vi era alcuna correlazione, il che metteva in dubbio il principio stesso di utilizzo della tecnica, cioè quello di riprodurre la sintomatologia del paziente. Per di più l’urodinamica sovente poneva più dubbi che certezze e in molti casi l’analisi dei tracciati richiedeva una precisa competenza dell’esaminatore. Famosa al riguardo la risposta di David Staskin alla domanda su quale fosse la miglior strumentazione per l’indagine. “Quella posta fra le orecchie”, disse, alludendo chiaramente al cervello dell’urodinamista.

Il quesito ricorrente del clinico era: “Se l’intervento risolve il problema, perché perdersi in indagini accademiche”?

Un rapporto dell’AUA di quegli anni indicava che solo l’11% degli urologi Americani ricorreva routinariamente all’indagine urodinamica.

I ginecologi, dal canto loro, non erano da meno, rilevando come l’urodinamica non apportasse elementi aggiuntivi all’esame obiettivo nell’inquadramento diagnostico delle pazienti incontinenti. Anche in epoca recente Paulo-



OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

VILLA BELLOMBRA

RIABILITAZIONE INTENSIVA

Direttore Sanitario:
DOTT. GIUSEPPE GUERRA MEDICO CHIRURGO
Spec. in Igiene e Sanità Pubblica, Spec. Medicina Legale e delle Assicurazioni

Responsabile di raggruppamento:
DOTT.SSA MARIA ROSARIA LEO MEDICO CHIRURGO
Spec. in Terapia Fisica e Riabilitativa

40136 BOLOGNA - VIA BELLOMBRA, 24 - Tel. 051/58.20.95 (2 linee)

P.G. 247516 del 16/10/2007

REG. N. 1888-A
UN EN 9001:2000

Palma¹², di cui si conosce la competenza chirurgica, ha sentito il bisogno di puntualizzare, a proposito dell'impiego pre-operatorio dell'urodinamica, "the dark side of a golden standard" affermando che, nell'era degli slings, l'urodinamica non è in grado di identificare quale sia il tipo di trattamento più appropriato per ciascuna paziente.

Fortunatamente, però, c'era anche chi rimaneva fermamente convinto dell'utilità dell'urodinamica.

Bob Krane in uno dei suoi ultimi articoli, pubblicato sul "Current Opinion in Urology"¹³, asseriva: "...Prevedo un futuro comunque luminoso per l'urodinamica: primo, perché fino a quando vi saranno sintomi non sufficientemente chiariti dalle comuni tecniche diagnostiche, dell'urodinamica non si potrà fare a meno; secondo, perché i progressi della tecnologia permetteranno lo sviluppo di strumentazioni sempre più sofisticate, che consentiranno diagnosi sempre più precise".

LE REAZIONI (2000-2005)

Di fatto, le reazioni degli urodinamisti "convinti" non si fecero attendere. Werner Schaffer, alla guida di una commissione dell'ICS, di cui faceva parte anche Francesco Pesce, asseriva che l'urodinamica non dava le dovute risposte semplicemente... perché male eseguita. Di qui, la necessità di codificare le regole per una "Good Urodynamic Practice"¹⁴.

Occorreva, inoltre, semplificare i concetti urodinamici dando risalto a dati "significativi" e non "interpretativi", in grado, come tali, di riconquistare l'interesse del clinico verso l'urodinamica. La flussometria ne è l'esempio più eclatante. Nonostante la letteratura riporti che la flussometria, come indagine isolata, abbia nel "prostatico" un'alta percentuale di errore, il suo valore nell'inquadramento di questi pazienti è di indiscutibile importanza. Infatti se il Q_{max} è < 10 ml/s si ha un'ostruzione prostatica nel 90% dei casi; se, viceversa il Q_{max} è tra i 15 e i 10 ml/s, la possibilità di ostruzione è solo del 50%, mentre nell'altra metà la causa dei disturbi è da ricercarsi nella vescica. Se poi, il Q_{max} è > 15 ml/s, la causa è quasi certamente vescicale, potendo l'ostruzione essere presente solo in un 20% dei pazienti (alta pressione/alto flusso). A

rigor di logica, quindi, l'indagine urodinamica invasiva (pressione/flusso) potrebbe riservarsi solo ai pazienti che alla flussometria hanno un valore di Q_{max} > 10 ml/s. Tutti i "prostatici" dovrebbero, però, eseguire una flussometria: nel 40% di essi è, infatti, possibile fare immediatamente diagnosi di ostruzione¹⁵.

Singolare il fatto che nell'ipotizzare un'eventuale indagine urodinamica semplificata non si sia presa in considerazione la possibilità di una diagnosi urodinamica "assistita" mediante appositi software. Ma questo, al di là dei problemi tecnici non insormontabili, è probabilmente legato allo "snobbismo culturale" dell'urodinamista, che, bisogna pur dirlo, è artefice dei suoi destini.

LA NUOVA URODINAMICA¹⁶

La preconizzazione di Bob Krane non dovette farsi attendere a lungo.

All'ICS di Montreal nel 2005, Derek Griffiths, gloria dell'urodinamica fin dagli inizi, introduceva con la sua New Urodynamics un concetto rivoluzionario.

L'urodinamica non è attendibile e, tanto meno, riproducibile, perché si limita ad indagare il basso tratto urinario, tralasciando l'elemento di controllo, cioè il cervello. Infatti, nella vescica neurologica, in cui il controllo del cervello è venuto meno, l'indagine ha una riproducibilità ed una attendibilità assolute. Singolare il fatto che nel periodo di "critica selvaggia" tra le indicazioni di necessità all'indagine urodinamica spiccasse il sospetto di una lesione neurologica. Chi ha esperienza di vescica neurologica sa bene che il quadro funzionale, una volta delineatosi, difficilmente cambia nel corso degli anni.

L'imaging cerebrale ha aperto una finestra incredibile sugli aspetti funzionali del cervello e quindi sulla possibilità di indagare il controllo delle basse vie urinarie. Bill Bradley che non tutti conoscono come neurologo, ma che tutti ricordano per le ben note "Loops", era solito dire che la differenza tra un neurologo ed un urologo è che il primo vede i problemi sotto l'ottica di un "big brain" ed una "small bladder", mentre il secondo antepone una "big bladder" ad uno "small brain".

L'obiettivo futuro sarà indagare come il cervello può controllare le vie urinarie, rendendo comprensibili quei dati urodinamici che oggi non appaiono tali.

CONCLUSIONI

Nei primissimi anni dell'urodinamica, un tale Paul Likoudis, di cui poi si è persa traccia, paragonò, in un articolo del "Journal of Urology", l'urodinamista a colui che in una stanza buia cerca un gatto nero che non c'è e non-dimeno grida ...l'ho trovato, l'ho trovato!

Negli anni quel gatto, credo lo si possa proprio dire, si è materializzato.

Bibliografia

1. Boyarsky S. Formative years of the Urodynamics Society: reminiscences. *Neurourol Urodyn.* 1998; 17:159-74.
2. McGuire EJ, Woodside JR, Borden TA, Weiss RM. Prognostic value of urodynamic testing in myelodysplastic patients. *J Urol.* 1981; 126:205-9.
3. Hinman F, Baumann FW. Vesical and ureteral damage from voiding dysfunction in boys without neurologic or obstructive disease. *J Urol.* 1973; 109:727-32.
4. Allen TD. The non-neurogenic neurogenic bladder. *J Urol.* 1977; 117:232-8.
5. Nørgaard JP, Djurhuus JC. The pathophysiology of enuresis in children and young adults. *Clin Pediatr (Phila).* 1993 Jul; Spec No:5-9.
6. Strasser H, Marksteiner R, Margreiter E, et al. Transurethral ultrasound guided injection of autologous muscle derived stem cells and fibroblasts: long term results. Program and abstracts of the American Urological Association 2007 Annual Meeting; May 19-24, 2007; Anaheim, California. Abstract 1673
7. Jensen KM, Jorgensen TB, Mogensen P. Long-term predictive role of urodynamics: an 8-year follow-up of prostatic surgery for lower urinary tract symptoms. *Br J Urol* 1996; 78:213-218.
8. Abrams PH, Barry M, Bartsch G et al. Evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms

(LUTS) in older men. Recommendations of the International Scientific Committee. In Chatelain DL, Foo T, Khoury S, McConnell J eds, *Benign Prostatic Hyperplasia. 5th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia.* Jersey, Channel Islands: Health Publication Ltd., 2001 : 519-34.

9. Abrams P, Kaplan S, De Koning Gans HJ et al. Safety and tolerability of tolterodine for the treatment of overactive bladder in men with bladder outlet obstruction. *J Urol* 2006; 175: 999-1004.

10. Coolsaet BLRA, Weiss RM. Clinically applicable upper tract urodynamics: State of art. *World Journal of Urology* Volume 2, Number 3 / November, 1984.

11. Whitaker RH. Methods of assessing obstruction in dilated ureters. *Brit J Urol* 1973; 45: 15-22.

12. Palma P, Herrman V. Urodynamics and stress urinary incontinence: the dark side of a gold standard. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18:1385-6.

13. Kelly CE, Krane RJ. Current concepts and controversies in urodynamics. *Curr Urol Rep.* 2000; 1:217-26.

14. Schäfer W, Abrams P, Liao L, Mattiasson A, Pesce F, Spangberg A, Sterling AM, Zinner NR, van Kerrebroeck P; International Continence Society. Good urodynamic practices: uroflowmetry, filling cystometry, and pressure-flow studies. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21:261.

15. De la Rosette JJ, Witjes WPJ, Schafer W, Abrams P et al.: Relationships between lower urinary tract symptoms and bladder outlet obstruction: the results from ICS-BPH study. *Neurourol Urodyn* 1998; 17: 99-102.

16. Griffiths D, The new urodynamics, ICS, Montreal, 2005, webcast disponibile su: www.ttmed.com

Casa di Cura **Ai Colli**

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO PER MALATTIE MENTALI

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

40136 BOLOGNA

VIA SAN MAMOLO, 158 - TEL. 051 581073 - FAX 051 6448061

Sito internet: www.aicolli.com

E-mail: casadicura@aicolli.com

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

Nasce la Rubrica degli Odontoiatri

Siamo estremamente lieti di comunicare che a partire dal mese di marzo 2009 il “Bollettino” ospiterà alcune pagine interamente dedicate alle problematiche odontoiatriche.

Questa iniziativa rientra pienamente in quel forte spirito di collaborazione che si è saldamente instaurato con il rinnovo delle cariche all'interno dell'Ordine tra il Consiglio Direttivo e la neoeletta Commissione Albo Odontoiatri.

Al Consiglio va dunque, a nome degli Odontoiatri tutti e della Commissione, il fattivo ringraziamento per questa importante opportunità che pare essere una novità assoluta nel panorama ordinistico nazionale.



Le attività della Commissione Albo Odontoiatri di Bologna

Con il primo gennaio 2009 si è insediata la nuova Commissione Albo Odontoiatri. In data 21 gennaio si è tenuta la prima Commissione operativa del nuovo mandato. Infatti, già in data 10 dicembre si era svolta la seduta per l'assegnazione delle cariche all'interno della Commissione stessa, nel corso della quale è stato nominato Presidente, il Dr. Carlo D'Achille e Segretario, il Dr. Sebastiano Pantaleoni. Il Dr. Andrea Dugato ed il Dr. Carlo D'Achille, in virtù del maggior numero di consensi elettorali ottenuti, sono entrati a far parte del Consiglio Direttivo dell'Ordine, in rappresentanza degli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Come già accennato nel primo numero del “Bollettino”, in data 10 gennaio il Presidente dell'OMCeO, ha delegato al Presidente della Commissione Albo Odontoiatri la facoltà di convocazione ed audizione pre-procedimentale nei confronti degli Odontoiatri, ex art. 39 d.P.R. n. 221/1950, venendo a sanare l'anomalia che si era verificata nella provincia di Bologna, rispetto al resto del Paese. In data 13 gennaio u.s., il Consiglio Direttivo ha istituito, novità assoluta per il nostro Ordine, una Commissione per la formazione dell'Odontoiatra, Commissione coordinata dallo stesso Presidente della CAO, con lo scopo di organizzare un programma culturale che consenta di soddisfare le esigenze degli iscritti. IL neo insediamento si è caratterizzato per il febbrile lavoro di recupero delle prerogative della Commissione che, a causa della fortissima conflittualità che aveva contraddistinto il triennio precedente, erano state sospese.

In specifico sono stati analizzati attentamente undici provvedimenti disciplinari rimasti inevasi dal precedente mandato, di cui tre nell'ambito di sospetto prestanomismo ed otto nell'ambito di ipotetiche irregolarità in materia di pubblicità sanitaria e opinare numerose notule di colleghi.

Il Presidente della Commissione ha avuto un importante incontro in Regione con il Direttore in merito alle Commissioni per le autorizzazioni degli studi odontoiatrici.

Inoltre, in data 8 febbraio u.s. è stata trasmessa alla Commissione Albo Odontoiatri la delibera n. 160 del 16-12-2008, con la quale il Consiglio Direttivo dell'OMCeO di Bologna inibisce un'importante struttura odontoiatrica alla pubblicità, come attualmente effettuata tramite cartellonistica stradale e volantinaggio, in quanto non conforme alle norme deontologiche in materia.

Parallelamente è cominciato anche il lavoro delle Commissioni ordinistiche che vedono la partecipazione di numerosi colleghi odontoiatri che quindi attivamente partecipano ai lavori ordinistici. In fine sono stati ascoltati numerosi Cittadini e Colleghi recatisi presso la sede dell'Ordine per ricevere chiarimenti in ambito normativo e deontologico, il più delle volte nel contesto del delicato rapporto fra curante e paziente.



Le attività della Commissione Albo Odontoiatri Nazionale

- La Commissione Albo Odontoiatri Nazionale ha realizzato un Bollettino Elettronico nel sito www.dentistico.it inerente all'attività delle varie Commissioni Albo Odontoiatri del nostro Paese. Nel primo numero è stato dedicato uno spazio alle CAO di Palermo, Monza-Brianza e Bologna.
- Si riportano le circolari della Federazione Centrale relative agli studi di settore ed al profilo dell'odontotecnico.

* * *

Questionario SOSE sulla crisi

Cari Colleghi,

facendo seguito alla nota del 27 gennaio c.a. in materia di revisione degli studi di settore applicabile a decorrere dal periodo d'imposta 2009 si comunica che la SOSE (società per gli studi di settore) ha pubblicato sul proprio sito (www.sose.it) il software del questionario sulla crisi relativo al settore professionisti.

Al fine di fornire una informativa capillare sullo strumento attraverso il quale i soggetti interessati possono comunicare all'amministrazione i problemi che stanno riscontrando in relazione alla contrazione di ordini, difficoltà ad incassare e problemi sul mercato del credito si invitano tutti i Presidenti CAO a sensibilizzare i propri iscritti per attivarsi e rispondere al questionario.

Il software, accompagnato da istruzioni dettagliate, potrà essere compilato anche in forma anonima e fino al 5 marzo.

La Commissione degli esperti per gli studi di settore si riunirà alla fine di marzo per una prima valutazione dei dati raccolti che potrebbero costituire elementi per l'introduzione di correttivi congiunturali.

Tale questionario rappresenta uno strumento ulteriore per i professionisti per evidenziare le problematiche legate alla crisi degli ultimi tempi, pertanto si ribadisce che la richiesta della Federazione del 27/1/2009 di acquisire informazioni relative agli studi di settore che si sono mostrati non congrui oppure hanno presentato situazioni di anomalia, cioè sono risultati congrui ma molto vicini alla soglia di congruità è tuttora attuale in quanto potrà consentire di evidenziare in sede di riunione i casi in cui il sistema Gerico utilizzato dalla SOSE non è più in grado di fotografare correttamente l'attività al fine di apportare modifiche allo studio in revisione.

Si pregano gli Ordini, nel farsi promotori presso i propri iscritti delle iniziative in oggetto, di fornire eventualmente anche in cartaceo agli Iscritti stessi copia del questionario.

Si inviano i più cordiali saluti

Giuseppe Renzo

* * *

Profilo odontotecnico: soddisfazione del presidente CAO Giuseppe Renzo per l'assegnazione alla Commissione Affari Sociali della proposta di legge dell'onorevole Scalera

Il dr. Giuseppe **Renzo**, presidente della **CAO** (Commissione Albo Odontoiatri) nazionale, esprime la sua soddisfazione per l'assegnazione alla XII Commissione Affari Sociali della Camera, il 2 febbraio scorso, del progetto di legge dell'onorevole Giuseppe Scalera (PDL), volto a definire un nuovo profilo per l'odontotecnico.

*"In quanto rappresentante dell'Organo Ausiliario del Ministero della Salute – afferma **Renzo** – sono certo che con questo percorso si potranno finalmente definire i corretti presupposti per un riconosci-*

mento delle giuste attese di una categoria seria che rivendica un profilo 'attuale', perfettamente integrato in una realtà europea e rispettoso della dignità degli Odontotecnici. Si eviterebbe, così, un percorso universitario, secondo molti inutile e dispersivo, che potrebbe avere come conseguenza una sovrapposizione di ruoli e competenze che, inevitabilmente, porterebbe a fenomeni di abusivismo e prestanomismo, a discapito della sicurezza e qualità delle cure odontoiatriche e ponendo a rischio la salute del cittadino".

Il progetto di legge, già presentato nel settembre scorso, definisce in modo chiaro l'odontotecnico in quanto *"Operatore tecnico che, in possesso del diploma di scuola superiore abilitante, provvede, in qualità di fabbricante, alla costruzione dei dispositivi medici su misura in campo odontoiatrico, sulla base della prescrizione, contenente le specifiche cliniche progettuali, rilasciata dall'abilitato all'esercizio dell'odontoiatra, cui è riservato, in via esclusiva, ogni atto diagnostico, clinico e terapeutico"*.

La proposta di legge, se approvata, metterebbe, tra l'altro, fine ad una serie di equivoci e turbative che potrebbero derivare dalla sovrapposizione di due figure completamente diverse: il fabbricante di ausili protesici e il Medico. A quest'ultimo spetta il dovere della cura anche attraverso l'applicazione degli stessi ausili, mezzo finalizzato al completamento di un piano terapeutico per la restituzione estetica e funzionale dell'apparato masticatorio.

È del tutto naturale, quindi, che, secondo il testo presentato, *"la verifica di congruità sul paziente dei dispositivi medici su misura è di competenza esclusiva dell'abilitato all'esercizio dell'odontoiatra"* mentre per le verifiche tecniche queste devono essere realizzate in laboratorio, su richiesta dell'odontoiatra e pertanto sempre e comunque al di fuori del cavo orale.

Giuseppe Renzo anticipa, inoltre, che la CAO sta collaborando alla presentazione di un disegno di legge sulla modifica dell'articolo 348 del Codice Penale, che riguarda l'esercizio abusivo della Professione, e uno sul delicato tema della regolamentazione della società tra professionisti, augurandosi che anche questi due provvedimenti vengano rapidamente approvati.

* * *

CASA DI CURA PROF. NOBILI S.P.A. **OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO**

Via della Fiera, 25 - 40035 Castiglione dei Pepoli (Bologna)
Tel. 0534/91099

Ospedale Privato Accreditato
Casa di Cura Prof. Nobili
Castiglione dei Pepoli (Bologna)

RICERCA

Medico specialista in specialità internistica
Il contratto prevede orario settimanale di 38 ore a tempo pieno
comprensivo di turni di guardia interni e attività di reparto

Tel. 335/5963098

Fondazione ANT Italia ONLUS. Conferenza divulgativa aperta a operatori Sanitari e Cittadini sul tema "Vicino al morente"

L'incontro è rivolto sia a Cittadini sia a Professionisti interessati a discutere sulle problematiche relative alla relazione e alla comunicazione con il Sofferente e la sua Famiglia che debbono affrontare i numerosi problemi legati alla Malattia tumorale.

Sabato 21 marzo - ore 08,45-12,30

- Carta dei diritti del morente
- Guardando oltre l'orizzonte terreno
- Socrate, la morte di un laico
- Eutanasia ed Eubiosia

Sede del Corso

Aula Magna SACMI

Istituto delle Scienze Oncologiche, della Solidarietà e del Volontariato

Via Jacopo di Paolo, 36 - 40128 Bologna

Segreteria Organizzativa

Dipartimento Formazione ANT

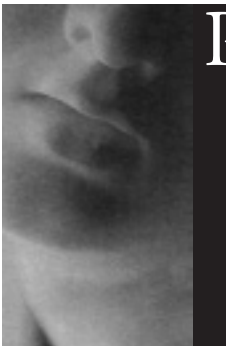
Via Jacopo di Paolo 36 - 40128 Bologna - Tel. 051 7190147/132 - E-mail: formazione@antitalia.org

Fondazione ANT Italia, Onlus Via Jacopo di Paolo 36 - 40128 Bologna

Assistenza, contributi, lasciti ed eredità tel. 051 719 0 111 - Conto corrente postale: 11 42 44 05

Codice Fiscale 01229650377 per il 5x1000 - www.ant.it

* * *



POLIAMBULATORIO PRIVATO
con Day Surgery
Dott. Oppici
Direttore sanitario Dott. Lauro Oppici
Medico Chirurgo - Odontoiatra

n° prot. PG66586 del 16.04.2003 Aut. San. PG.136081 del 28.07.2003
40134 Bologna - Via Andrea Costa, 160

Tel. 051 6152754 - 6154769 Fax 051 6148438

www.poliambulatoriodaysurgery.com - www.studiooppici.com
info@studiooppici.com

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 13 febbraio 2009

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ALAGNA VINCENZO	Via Emilia Levante, 144/4 – Bologna	347/07.46.069
ALESSANDRELLI FLAVIO	Via Murri, 13 – Bologna	333/46.13.267
ALI' NIKOLIN	Via Michele Amari, 1 – Bologna	340/54.25.965
ALTINI CHIARA	Via Saragozza, 120 – Bologna	051/64.48.350 - 347/51.48.008
ANTONACCI NICOLA	Via F. V. Giulia, 8 – Bologna	051/54.56.23 - 348/53.17.427
BERRA MARTA	Via L. Balugani, 19 – Bologna	338/87.98.897
BIFULCO ELISABETTA	Via Mazzini, 104 – Bologna	051/39.06.95 - 335/51.46.022
BLUME JULIA FRIEDERIKE	Via Massarenti, 122/3 – Bologna	051/34.79.58 - 346/54.25.207
BUGIARDINI ENRICO	Via Saragozza, 115 – Bologna	051/64.46.405 - 328/31.23.704
CALABRO' TERESA	Via Finelli, 1 – Bologna	051/58.79.338 - 338/18.45.257
CAPPELLA MICHELA	Via Broccaindosso, 61 – Bologna	051/27.29.83 - 349/23.32.266
CASAGLIA ALESSANDRO	Via Montanari, 2/2 – Bologna	051/34.15.72 - 348/56.32.577
CATAPANO FEDELE	Via F. Zanardi, 189 – Bologna	051/63.44.618 - 349/80.75.043
CECCARINI CHIARA	Via Musolesi, 2 – Bologna	0541/62.28.57 - 320/61.71.994
CENTONZE GIANLUCA	Via Firenze, 9 – Carmiano (LE)	328/33.69.351
CEPELI ERIONA	Via Ferravilla, 11 – Bologna	320/49.12.919
COLAFATI MARIA ANTONIETTA	Via Manfredi, 2 – Bologna	051/39.22.95 - 346/21.14.877
D'AMORE ROBERTO	Via Togliatti – Ozzano Emilia	051/64.42.079 - 320/88.45.386
DE LUCA SERENA	Via Malaguti, 2 – Bologna	347/26.01.081
DI GRAZIA VALERIO MARIA	Via Don Minzoni, 11 – Bologna	338/40.12.783
DJEUMEN MBIAPA WILFRIED STEVE	Via Mezzofanti, 65 – Bologna	051/99.13.519 - 349/28.26.966
FORMARO SILVANA	Via Koch, 1/3 – Bologna	051/40.47.21 - 347/78.27.325
FOSCHIERI JENNY	Via Dogali, 4 – S.Giovanni Persiceto	051/82.30.06 - 349/57.32.402
FOSCO MATTEO	Via Lombardia, 18 – Bologna	329/22.35.625
GAUDIANO ROSA MARIA	Via Galeotti, 6 – Bologna	329/08.28.354
GEBREMICAEL DANIEL	Via Malvolta, 17 – Bologna	347/37.37.806
GIANNINI ENRICO	Via Lame, 76 – Castel Maggiore	335/81.02.481
GIOVANNINI EUGENIO	Via Venturini, 51/b – Imola	0542/35.900 - 389/11.06.277
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	051/59.22.80 - 338/16.14.287
IAPICCA GERARDO	Via Marconi, 14 – Ozzano Emilia	348/70.75.054
JAKUBINI EMILIAN	Via delle Lame, 71 – Bologna	051/04.12.927 - 339/38.82.824
		329/10.64.113
LABROPOULOS FOTIOS	Via Paolo Fabbri, 29 – Bologna	051/99.13.599 - 349/71.91.744
LANZA MARIA CONCETTA	Via Vizzani, 51 – Bologna	347/69.17.417
LULLINI GIADA	Via del Pino, 10 – Ozzano Emilia	051/79.63.57 - 339/49.58.751
MAGAGNI GABRIELE	Via Alderotti, 2 – Bologna	051/56.61.29 - 349/13.35.956
MANCINO FRANCO	Via G. F. Barbieri, 1 – Bologna	051/35.20.97 - 339/25.05.707
MAROSTICA FILIPPO	Via Ercolani, 10 – Bologna	051/52.17.28 - 380/54.65.125
MARZARI ROSSELLA	P.zza Aldrovandi, 6 – Bologna	335/53.93.123
MASCITTI PAOLA	Via Vizzani, 2 – Bologna	328/81.79.190
MASTROPIETRO MARIANGELA RITA	Via Mondo, 4/3 – Bologna	051/58.83.105 - 333/28.65.945
MATTEUCCI CARLOTTA	Via P.Nenni, 26 – Cottignola (RA)	0545/40.524 - 339/84.98.105
MATTEINI PAOLA	Via Cavazza, 1 – Bologna	051/44.32.41 - 339/48.19.676
MONARI FFRANCESCO	Via de Carracci, 51 – Bologna	320/64.42.518
MURARIU I. ADIMA	Via Rizzoli – Granarolo dell'Emilia	051/76.04.82 - 348/91.48.155

PADOVANO ILARIA	Via Carpaccio, 6 – Bologna	340/09.55.106
PALLOTTI FRANCESCA	Via B. G. della Verna – Fermo	329//43.32.330
PECHLIVANIDIS KONSTANTINOS	Via Alessandrini, 2 – Bologna	334/81.66.657
PIZZUTI MANUELA	Via Mondo – Bologna	349/37.83.281
POMBENI MARCO	Via Mentana, 9 – Bologna	333/98.90.192
TEODOREANU LUCIA – DANA	Via Emilia Levante, 13 – Imola	0542/60.92.16 - 347/50.28.676
TEFAI WAHID MELODY	Via Mengoli, 1/3 – Bologna	328/94.22.072
TERZI FRANCESCA	Via Cavallotti, 34 – Pesaro	0721/67.913 - 333/61.81.531
TCHOUGANG NOND JOEL RAYMOND	Via Pomponia, 5 – Bologna	338/52.57.388
TSEGAY ISAAC Y.	Via Malvolta, 17 – Bologna	339/88.33.408
VENTURA ELISABETTA	Via Majani, 2 – Bologna	333/22.05.287

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ANGELINI ANNA PINA	Geriatria	051/52.10.19 - 347/75.96.785
ARBIZZANI ANNALISA	Neuropsichiatria Infantile	347/41.93.314
BIAGETTI CARLO	Malattie Infettive	389/97.95.926
BONAVINA GIUSEPPE	Neurologia	051/58.01.97 - 340/29.79.742
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16 - 340/85.50.870
CAIVANO ANTONIO	Chirurgia e Chirurgia dell'Infanzia	0532/80.91.18 - 335/81.28.675
CARLO VITTORIA	Odontostomatologia	345/59.11.005 - 338/75.23.735
CECILIATO ROSA	Gastroenterologia	338/72.28.882
COSTANTINI GENNARO	Malattie dell'Apparato Cardiovascolare	
	Medicina Interna - Radiologia	333/29.53.184
DELLA BELLA CRISTINA	Reumatologia	051/39.10.75 - 349/86.07.715
DI SAVERIO SALOMONE	Chirurgia Generale	051/58.71.478 - 320/70.91.509
		328/34.36.009
FINO VIOLA	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	0542/35.767 - 347/07.06.768
GALATI PIETRO	Allergologia e Immunologia Clinica	328/66.57.282
GIAMBERSIO MARIA PIA	Radiodiagnostica	392/12.70.206
GIULIANELLI CINZIA	Neuropsichiatria infantile	329/06.80.142
LA MORGIA CHIARA	Neurologia	051/51.25.53 - 338/87.63.871
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MANFRIN MARIA	Medicina Tropicale	340/73.29.049
MARCONI VALENTINA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	051/30.65.71 - 329/54.39.985
MARZARI ROSSELLA	Otorinolaringoiatria	335/53.93.123
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente Med.Lav.	051/44.32.41 - 339/48.19.676
MICONI ALESSANDRA	Geriatria e Gerontologia	051/30.84.78 - 349/46.23.147
NALDI ILARIA	Neurologia	051/94.85.34 - 349/59.69.526
PARUSI CANDIDA	Odontoiatria e Protesi Dentaria	051/58.72.532 - 320/11.46.127
PRATI ANDREA	Corso di Formazione in Medicina Generale	347/83.94.839
RESCINA FABIO	Chirurgia Generale	333/18.45.648
ROJAS LLIMPE FABIOLA LORENA	Oncologia	051/36.02.44 - 328/47.19.894

Incontri di aggiornamento in medicina legale - II Sessione

Bologna

**19 marzo 2009 - 14 maggio 2009
11 giugno 2009**

Giovedì 19 marzo 2009

La patologia "iatrogena" di pertinenza ORL.

Giovedì 14 maggio 2009

Le manifestazioni psico-patologiche delle reazioni ad eventi.

Giovedì 11 giugno 2009

La patologia e la traumatologia del piede e della caviglia.

Sede del Corso

Poliambulatorio Descovich - Corcovado srl
Via del Rondone, 1 - 40122 Bologna
Tel. 051/6494501 - Fax 051/552855
www.descovich.it - info@descovich.it

Segreteria Organizzativa

Dott.ssa Nicoletta Morganti - Tel. 347/1213063
E-mail: nicolettamorganti@libero.it
Dr. Silvestro Romano - Tel. 335/257948
E-mail: silvestro.romano@poliziadistato.it
Dott.ssa Benedetta Descovich
Tel. 335/7087450
E-mail: direzione@descovich.it

Carcinoma differenziato della tiroide: dalla diagnosi al follow-up

Bologna

21 marzo 2009

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

I Sessione: Diagnosi

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

Le zone grigie della citologia tiroidea

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

II Sessione: Chirurgia

Chirurgia: punti pericolosi ed errori tipici.

Il problema dell'N

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

III Sessione: Follow-up

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

Metastasi a distanza

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

Sede del Corso

Relais Bellaria Hotel & Congressi - Bologna

Segreteria Organizzativa

Konicab srl
Via Francesco Baracca, 7 - 40133 Bologna
Tel. 051 385328 - Fax 051 311350
E-mail: congressi@konicab.it - www.konicab.it

Lo stress ossidativo: dal laboratorio alla pratica clinica

Bologna

21 marzo 2009

Il convegno ha l'obiettivo di fare acquisire le più recenti conoscenze scientifiche sulla importanza della valutazione dello stress ossidativo negli ambiti cardiovascolari, oncologici e della medicina di base fornendo anche valutazioni sulla significatività della alimentazione e di alcuni farmaci come protezione dal rischio di danno tessutale. Viene infatti messo in luce dai relatori il ruolo dello stress ossidativo nella patogenesi dell'aterosclerosi e delle sue complicanze a livello

dell'apparato cardiovascolare, nella insorgenza di malattie neoplastiche e nella loro terapia. Viene inoltre presentato un lavoro originale basato sulla terapia iperbarica come fattore di attivazione dei sistemi antiossidanti endogeni.

I SESSIONE - ore 8,30-10,45

Lo stress ossidativo in ambito cardiovascolare

- Lo stress ossidativo nella patogenesi dell'aterosclerosi.
- Nutrizione e farmaci: quale protezione?

II SESSIONE - ore 11,15-13,00

Nuove prospettive terapeutiche

- Ruolo degli antiossidanti nella protezione del danno ossidativo.
- Terapia iperbarica, stress ossidativo e alimentazione.

III SESSIONE - ore 14,00-16,30

Lo stress ossidativo in ambito neoplastico

- Ruolo dello stress ossidativo in chemioterapia.
- Componenti antiossidanti di frutta o verdura e rischio di tumore.
- Il supporto del laboratorio analisi nella determinazione del valore di stress ossidativo.

Sede del Corso

Hotel Golden Tulip
Via Zaccherini Alvisi, 16
40138 Bologna Centro (BO)
Tel. 051/3940311 - www.aemiliahotel.it

Segreteria Organizzativa

La Riabilitazione s.r.l.
Tel. 0541/340062 - Fax 0541/347690
formazione@lariabilitazione.com
www.lariabilitazione.com

I CONGRESSO INTERNAZIONALE DI
MEDICINA AYURVEDICA

Ayurveda: il senso della vita Consapevolezza, Ambiente e Salute

Milano

21-22 marzo 2009

AYURVEDA: IL SENSO DELLA VITA è il primo evento scientifico dedicato all'UOMO inteso come risultante dell'interazione fra Consapevolezza, Ambiente e Salute, i tre grandi contenitori dai quali l'esistenza dell'essere umano non può prescindere. Nel corso del tempo il nostro rapporto con la Natura è cambiato: il filo che ci legava è andato gradualmente indebolendosi e le nostre radici ormai non sono più così solide. Le

manifestazioni stesse della Natura sono mutate: cambiamenti climatici repentini, catastrofi, emergenze ambientali e, a seguire, insorgenza di "nuove malattie", inaspettate intolleranze alimentari, allergie, tutto manifesta un allontanamento dall'equilibrio, la Natura stessa sembra quasi essere diventata un "nemico". In questa situazione che crea disturbo, sconcerto, insicurezza e talvolta reale paura, diventa sempre più difficile trovare o dare un senso alla vita che ci appare sempre più casuale ed insicura. L'Ayurveda dà una precisa interpretazione a questi "nuovi" eventi, la sua antica saggezza scaturisce da una particolare e profonda analisi e conseguente visione della realtà. L'Ayurveda è la medicina tradizionale indiana presente da migliaia di anni eppure così intrinsecamente moderna ed altamente scientifica, a tutt'oggi perfettamente integrata nel sistema sanitario dell'India.

Lo scopo del congresso è porre l'attenzione sulle relazioni dell'uomo con l'ambiente per stabilire un ponte fra la più avanzata conoscenza occidentale e quella Ayurvedica, per trovare similitudini e possibili soluzioni ai problemi e bisogni del nostro tempo. Il tentativo, e la sua conseguente urgenza, sono determinati dal bisogno di trovare e proporre nuove soluzioni e comportamenti che siano in grado di adattarsi ai grandi e veloci cambiamenti che la Natura opera e che la nostra società di riflesso sta sperimentando. Tutto ciò pone un evidente accento sulle relazioni con l'ambiente. La complessità dell'argomento e l'importanza delle possibili ricadute pratiche fa di questo congresso un evento di grande importanza. La consapevolezza delle inter-relazioni che determinano la forma e la funzione del mondo sarà determinante per migliorare la nostra salute e qualità di vita.

Sabato 21 marzo 2009 - ore 8,00-20,15

SESSIONE 1: LA FORMA DELLA REALTÀ

- Fondamenti e considerazioni dell'applicazione dello srotovijnana nell'ayurveda.
- Il concetto ayurvedico di salute perfetta.
- La forma e la realtà.
- La logica quantica nell'ayurveda.
- Un nuovo paradigma per il cancro: da "espressione estrema di malattia organica" a "Esempio rilevante di patogenesi funzionale della malattia".

SESSIONE 2: LA FORMA DELL'AMBIENTE

- Integrazione tra la conoscenza tradizionale e la scienza.

- Vastu-Shastra - Il concetto vedico dell'architettura olistica per l'abitare sano.
- La coscienza ecologica negli antichi testi dell'ayurveda.
- Ayurveda e medicina occidentale moderna: un approccio scientifico verso una integrazione possibile.
- Genomi umani, variazioni genomiche e modulatori ambientali della salute e della malattia.
- Formazione, ricerca e bioetica dell'ayurveda in Europa stato dell'arte e prospettive future.

Domenica 22 marzo 2009 - ore 9,15-18,30

SESSIONE 3: LA FORMA DELLA NUTRIZIONE

- Il nutrimento secondo l'ayurveda.
- Ayurveda e scienza moderna.
- La natura della nutrizione e la nutrizione della natura.
- Nutrizione umana e medicina genomica: un approfondimento.
- Piante, bio-vitalità ed eco-compatibilità.

SESSIONE 4: LA FORMA DELLA SALUTE

- Come il concetto di relazione/srota può determinare il concetto di diagnosi nell'ayurveda.
- Ayugenomica: concetti antichi - farmacogenomica moderna.
- Relazioni del sistema immunitario e le sue alterazioni nel cancro.
- Ricerca nell'ayurveda: sfide e soluzioni.
- Medicina complementare integrata con la moderna medicina occidentale: un esperimento condotto in una ASL italiana.

Sede del Corso

Hotel Melià
Via Masaccio 19, 20149 Milano
Per ulteriori informazioni scrivere a
segreteria@windsorcommunication.it

Sede Organizzativa

Windsorcommunication
Via Cesare Battisti, 4 - 20057 Milano
Tel. +39 02 00614575 - 39 039 2494036
Fax +39 039 9684000 - Cell +39 339 7574285
segreteria@windsorcommunication.it
www.windsorcommunication.it

Ayurvedic point

Corso Sempione 63 - 20149 Milano
Tel./Fax 02 39265798
info@ayurvedicpoint.it - www.ayurvedicpoint.it

I CONVEGNO NAZIONALE

Sostanze Naturali: dalla ricerca di base all'applicazione clinica

**Roma
23-25 marzo 2009**

Nell'ultimo ventennio l'interesse per le attività biologiche delle sostanze naturali è andato aumentando progressivamente per diverse ragioni (culturali, scientifiche, economiche). Nell'ambito scientifico si è sempre più orientati verso la ricerca di approcci terapeutici innovativi, sicuri ed efficaci per il trattamento di diverse patologie e le sostanze naturali rappresentano un enorme potenziale serbatoio di soluzioni per la salute umana, ma solo dopo essere sottoposte al vaglio di una rigorosa ricerca scientifica e al controllo delle autorità competenti. Un primo convegno nazionale sulle sostanze naturali, organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità, costituisce quindi un evento che ha l'obiettivo di favorire lo scambio di informazioni relative alle ricerche in corso e di incentivare future collaborazioni scientifiche con gruppi di ricerca interni ed esterni all'Istituto. I principali argomenti trattati saranno: struttura chimica e meccanismo di azione, impiego clinico di sostanze naturali di diversa origine, nonché connessi problemi di sicurezza ed aspetti regolatori.

Lunedì 23 Marzo - ore 9,00-16,00

- Lettura magistrale: sostanze naturali all'alba del nuovo millennio.

SESSIONE I

Chimica delle Sostanze Naturali

- Propedeutica chimica alle proprietà biologiche e usi terapeutici degli oli essenziali.
- Studio dell'attività biologica di metaboliti secondari mediante tecniche spettroscopiche e spettrometriche.
- Chinoni antitumorali da organismi marini.
- Enzimi vegetali: un valido strumento per la sintesi di molecole biologicamente attive.
- Studi di sostanze naturali con attività terapeutica da piante della medicina tradizionale.
- Metodi di HPLC e HPTLC per la determinazione del fingerprinting della *Lawsonia inermis* L.

SESSIONE II

Attività immunomodulanti e antinfiammatorie delle Sostanze Naturali

- Molteplici ruoli del sistema vitamina D nella regolazione della risposta immunitaria.
- Importanza dell'attività antinfiammatoria della lattoferrina nell'omeostasi sistemica del ferro.

- Effetto stimolatorio dell'olio essenziale di eucalipto sull'immunità innata cellulo-mediata.

Martedì 24 Marzo - ore 9,00-16,00

SESSIONE I

Sostanze Naturali e attività Antitumorale in vitro

- Il resveratrolo: molecola naturale ad ampio spettro con attività antitumorale.
- L'aminossidasi purificata dal siero bovino induce un effetto citotossico su cellule tumorali umane, in presenza di poliamine: un nuovo approccio nella terapia antineoplastica.
- Composti organici naturali contenenti zolfo estratti dal *Allium sativum*: studi sul meccanismo d'azione per la prevenzione e la terapia del cancro.
- Farmaco resistenza delle cellule tumorali ed impiego di sostanze naturali per il suo superamento.

SESSIONE II

Sostanze Naturali con attività antimicrobica (I)

- Attività battericida di alcuni alimenti ed estratti di piante nei confronti di *Helicobacter pylori*.
- Attività antibatterica di oli essenziali estratti da piante della macchia mediterranea sarda.
- Peptidi antimicrobici: una naturale difesa non-immunitaria dell'organismo ed una potenziale terapia.

SESSIONE II

Sostanze Naturali con attività antimicrobica (II)

- Attività antivirale delle sostanze naturali.
- Oli essenziali: ruolo e prospettive d'uso nelle infezioni fungine.
- Gli oli essenziali quali chemio-sensibilizzanti per il trattamento di infezioni da funghi patogeni chemio-resistenti.

Mercoledì 25 Marzo - ore 9,00-16,30

SESSIONE I

Sostanze Naturali: le applicazioni cliniche

- Complessità in natura e salute umana
Andrea Geraci
- Studio moderno delle piante officinali: le piante adattogene.
- Trials clinici per le sostanze naturali.
- Problematiche farmacognostiche negli studi clinici sui prodotti a base di piante medicinali e loro derivati.
- Fitoterapia in medicina cinese tra personalizzazione ed "Evidence-based medicine".
- La Farmacopea ayurvedica come fonte di sostanze naturali per la pratica clinica.

- Terapia complementare oncologica con *Viscum album*: dalla tradizione alla ricerca scientifica.
- Trattamento fitoterapico delle dislipidemie.
- Acido folico e myo-inositolo per una prevenzione totale dei difetti del tubo neurale.

SESSIONE II

Profilo di sicurezza e aspetti regolatori

- Reazioni avverse da prodotti di origine naturale: il sistema nazionale di sorveglianza.
- Smart drugs.
- Aspetti clinici e sicurezza in fitoterapia.
- Integratori alimentari a base di piante ed estratti vegetali.
- Il processo valutativo alla base della classificazione e della sicurezza dei prodotti contenenti sostanze naturali di origine vegetale.

Sede del Corso

Istituto Superiore di Sanità, Aula Pocchiari
Ingresso: Viale Regina Elena 299 - Roma

Segreteria Scientifica

Andrea GERACI
Dipartimento del Farmaco, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Tel. 06 49903825 - e-mail: andrea.geraci@iss.it
Francesca MONDELLO
Dipartimento MIPI, Istituto Superiore di Sanità, Roma - Tel. 06 49902654
e-mail: francesca.mondello@iss.it
Annarita STRINGARO
Dipartimento TES, Istituto Superiore di Sanità, Roma - Tel. 06 49903610
e-mail: annarita.stringaro@iss.it

Segreteria Organizzativa

Alessia CARATELLI
Dipartimento MIPI, Istituto Superiore di Sanità - Tel. 06 49903205 - Fax 06 49902813
e-mail: alessia.caratelli@iss.it
Veronica BIZZOTTI - Daniela CASALE
Valerio OCCHIODORO - Marzia PALMIERI
Dipartimento MIPI, Istituto Superiore di Sanità - Tel. 06 49903225.3280.3281
Fax 06 49902813, e-mail: sgp.mipi@iss.it

Corso teorico-pratico di chirurgia artroscopica

Bologna
24-26 marzo 2009

24 marzo 2009 - ore 7,00-19,00

I Sessione - Spalla

- Riabilitazione vs chirurgia.
- Patologia della cuffia: trattamento artroscopico.
- Instabilità: trattamento artroscopico.
- La Protesi di spalla: indicazioni e tecnica.
- La Protesi di spalla nelle fratture.
- La Protesi inversa.

II Sessione - Gomito

- L'artroscopia di gomito.

III Sessione - Caviglia

- La patologia anteriore.
- La patologia posteriore.
- ACI nei difetti osteocondrali.
- Le cellule mononucleate midollari nelle lesioni osteocondrali.

IV Sessione - Anca

- Indicazioni e tecnica.
- L'impingement femoro-acetabolare.
- La prevenzione dell'impingement femoro-acetabolare.

V Sessione - Presentazione di casi clinici della Mayo Clinic

- Presentazione di casi clinici.

VI Sessione - Prove pratiche

- Prove pratiche.

25 marzo 2009 - ore 8,00-19,00

I Sessione

La protesi totale del ginocchio: indicazioni e tecnica chirurgica

- Incisione tradizionale o MIS.
- Il bilanciamento ligamentoso.
- Piatto mobile o NO.
- Cementazione e conservazione dei crociati o NO.
- La tecnica della protesizzazione della rotula.

II Sessione

La protesi totale del ginocchio: tecniche particolari

- Piatto tibiale in TMT negli impianti primari.
- La Protesi dolorosa.
- Reimpianti.
- Il trattamento della protesi infetta.

III Sessione

La protesi monocompartimentale: indicazioni e tecnica

- La protesi monocompartimentale: indicazioni e tecnica.
- Presentazione di casi clinici.

IV Sessione - La Rotula

- Il dolore anteriore.
- L'instabilità rotulea: il riallineamento artroscopico.
- Trattamento dell'instabilità rotulea nell'età evolutiva.

V Sessione - Presentazione di casi clinici della Mayo Clinic

- Presentazione di casi clinici.

VI Sessione - Prove pratiche

- Prove pratiche.

26 marzo 2009 - ore 8,00-18,15

I Sessione - Il Menisco

- Quando operare e quando astenersi.
- Meniscectomia.
- Sutura meniscale.
- CMI: risultati a distanza.
- I trapianti meniscali.

II Sessione - La Cartilagine

- Microfratture.
- ACI: bilancio a più di 10 anni.
- ACI (ginocchio): confronto fra tecnica artroscopica ed aperta.
- New-trends: la tecnica di Pridie con matrice di collagene.
- Tecnica Amic + mesenchimali.

III Sessione - La profilassi TVP

- Lezione magistrale sulla TVP.

IV Sessione - Il LCP

- Lesioni del LCP e compartimento mediale.
- Lesioni del LCL e postero-laterali.

V Sessione - Il LCA

- Ricostruzione contemporanea LCA - LCP.
- La scelta del trapianto e del sistema di fissazione.
- Ricostruzione anatomica.
- Ricostruzione con allograft.
- Ricostruzione negli adolescenti.

VI Sessione - Prove pratiche

- Prove pratiche.
- Consegna dei diplomi.
- Chiusura del corso e verifica dell'apprendimento.

Sede del Corso

Hotel Sheraton Centro Congressi
Via dell'Aeroporto, 34/36 - 40132 Bologna
Tel. 051 400056

Segreteria Scientifica

M. Draghetti - Tel. 335 494069
Villa Erbosa
Via dell'Arcoveggio, 50/2 - Bologna
Tel. 051 6315000 - Fax 051 4291414
E-mail: fpellacci@virgilio.it

Segreteria Organizzativa

Konicab srl
Via F. Baracca, 7 - 40133 Bologna
Tel. 051 387615 - Fax 051 311350
E-mail: artro@konicab.it

Alma Oftalmologia ECM 2009 Quinto anno

Bologna 26 marzo 2009

Patologie allergiche della superficie oculare.

Bologna 16 aprile 2009

La miopia.

Parma 16 aprile 2009

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

Parma 23 aprile 2009

Equipe di pronto intervento in corso di occlusioni arteriose retiniche.

Parma 7 maggio 2009

La toxoplasmosi: dal gatto al bambino...

Bologna 5-6 giugno 2009

Occhio, visione e superficie.

Bologna 17 settembre 2009

Occhio e gravidanza.

Bologna 8 ottobre 2009

Up-to-date della chirurgia della cataratta.

Parma 15 ottobre 2009

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

Ferrara 22 ottobre 2009

Argomenti di semeiotica oculare: casi clinici.

Parma 29 ottobre 2009

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

Parma 5 novembre 2009

Up to date sulle terapie intravitreali.

Ferrara 3 dicembre 2009

Terapia Medica del Glaucoma ad angolo aperto.

Sede dei Corsi

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

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

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

5° Up-to-date AME

Bologna 27-28 marzo 2009

La gestione clinica dei tumori ipofisari richiede un approccio multidisciplinare, affinché professionalità diverse (neuroendocrinologia, neurochirurgia, neuroradiologia, radioterapia, neuropatologia) possano agevolmente integrarsi. Dopo un'esperienza trentennale nella chirurgia transfenoidale, qualche anno fa è stato istituito all'Ospedale Bellaria di Bologna

il centro di Chirurgia Endoscopica Ipofisaria e della Base Cranica, che si avvale della costante collaborazione tra i diversi specialisti.

La Neuroendocrinologia svolge un ruolo preminente in questo ambito e dal 2004 viene organizzato un corso annuale di aggiornamento teorico-pratico (Up-to-Date AME sulla gestione clinica integrata dei tumori ipofisari), ora giunto alla 5° edizione. Oltre agli specialisti del centro, interverranno alcuni qualificati esperti esterni. Gli strumenti didattici impiegati saranno quelli consolidati nelle esperienze precedenti (casi clinici interattivi con revisione critica della letteratura, tavole rotonde, visione diretta delle immagini neuroradiologiche e discussione con gli esperti). Potranno essere discussi anche casi clinici presentati dai discenti, inviando in anticipo il materiale alla Segreteria Scientifica.

Venerdì 27 marzo 2009 - ore 14.00-19,30

PRIMA SESSIONE

- La neuroendocrinologia clinica nell'era EBM.

Acromegalia. Il paziente al centro dell'algoritmo terapeutico.

SECONDA SESSIONE

Hot Topics - parte prima

- Terapia con rhGH nell'adulto: le certezze.
- Terapia con rhGH nell'adulto: i dubbi.
- Diagnosi e terapia dell'ipogonadismo ipogonadotropo.
- La galectina -3: una nuova sfida per il patologo?

Il caso clinico. Lo strano caso del signor G.

Sabato 28 marzo 2009 - ore 8,30-16,45

TERZA SESSIONE

Craniofaringioma e cisti della tasca di Rathke

- Il parere del patologo.
- Il parere del neuroradiologo.
- Il parere del pediatra.
- Il parere dell'endocrinologo.
- Il parere del neurochirurgo.
- Il parere del neurochirurgo pediatra.
- Il parere del radioterapista.

Sindrome di Cushing. Il paziente al centro dell'algoritmo diagnostico-terapeutico.

QUARTA SESSIONE

Hot Topics - parte seconda

- La familiarità negli adenomi ipofisari.
- Indicazioni all'uso della gamma-knife nei tumori ipofisari: i consigli pratici.
- Il pretrattamento con analoghi della somatostatina nel paziente acromegalico: a favore.
- Il pretrattamento con analoghi della somatostatina nel paziente acromegalico: contro.
- Acromegalia ed acromegaloideismo.

Sede del Corso

Ospedale Bellaria - Biblioteca, 2° Piano
Via Altura, 3 - 40100 Bologna

Segreteria Organizzativa
DueCi Promotion srl
Piazza dei Martiri, 1 - 40121 Bologna
rtallarico@duecipromotion.com
Tel. 051/4841310 - Fax 051/247165
www.duecipromotion.com



POLIAMBULATORIO PRIVATO CTR

**DIAGNOSTICA MEDICA E STRUMENTALE
ESAMI DI LABORATORIO - FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE
IDROKINESITERAPIA - PREVENZIONE E BENESSERE**

Direttore Sanitario: Dott.ssa Gianna Moretti Orsini
Spec. in Fisiokinesiterapia Ortopedica

Via Sebastiano Serlio, 6/D - 40128 Bologna
Tel. 051.4152752 - 051.355513 - Fax 051.377851
www.ctrpoliambulatorio.com

P.G. 164007 del 04/07/2007

Gruppo di Medici Specialisti operanti in Poliambulatorio nel centro di Bologna con servizio di ricezione, segreteria ed ampi spazi, cerca colleghi per dividere le spese. Tel. 340/3424089.

Affitto stagione estiva villetta indipendente in residence esclusivo immerso nel verde, vicino al mare a Lido di Spina (FE). 2 camere matrimoniali, 2 bagni, cucina abitale, grande portico esterno, ampio giardino, 2 posti auto privati. Tel. 335/5954950.

Nuovissimo ambulatorio medico privato già autorizzato, piano terra, accesso handicap, rende disponibili ambulatori a colleghi specializzati: cardiologia, dermatologia, dietologia, fisioterapia riabilitativa neurologica facciale, geriatria, logopedista, neurologia, osteopatia cranio-sacrale, posturologia riabilitativa globale, psicologia, per libera professione, zona Mazzini (via Bellaria) possibilità di parcheggio o raggiungibile in autobus, uscita tangenziale 12. Tel. 335/8026546.

A Modena centro, cercasi collega, anche giovane ma con qualche anno di esperienza (parodontologia, conservativa, endodonzia, protesi), con o senza clientela propria per iniziare una condivisone/cessione studio dentistico già autorizzato (due riuniti) signorile, con comodo parcheggio, zona servita anche da autobus. Cell. 335/8026546. Tel. 335/5954950.

Studio medico disponibile in zona Emilia Levante anche per singole/mezze giornate. Tel. 333/5248720.

Zona Arno affittasi piano rialzato ufficio, ingresso, 3 camere più vano archivio, bagno, cucinetta, balcone, posto auto assegnato. Tel. 051/583693 ore 16-20.

Vendo sonda endocavitaria modello EUP V 33 HITACHI compatibile anche con ecografo portatile ESAOTE modello SPAZIO, in perfette condizioni, 3.000,00 euro. Tel. 347/7132328.

Cerco colleghi con cui condividere studio medico già avviato zona residenziale di Castenaso. Tel. 051/785176.

Poliambulatorio odontoiatrico con autorizzazione ventennale e recentemente Accreditato con SNN, provincia di Bologna, 5 unità operative, piccolo laboratorio odontotecnico, sala di attesa con reception, direzione sanitaria, sala rx con ortopantomografo, sala di sterilizzazione con 2 autoclavi, sala macchine esterna con doppio compressore ecc., spogliatoio, filodiffusione, aria climatizzata ecc., locali nuovi, 10 posti auto, fatturato interessante in espansione dimostrabile. Cedesi per motivi familiari con o senza immobile. Per informazioni tel. a 320/5587102.

Poliambulatorio autorizzato, zona centro (via Giorgio Ercolani 10/c Bologna) piano terra, rende disponibile ambulatori a medici specialisti (e non) anche per singole giornate o mezze giornate (mattina e/o pomeriggio). Per informazioni tel. 051/557366 dal lunedì al venerdì 9,30-12,30/14,30-19,30.

Bologna centralissimo, via Rizzoli ad.nze affittasi ambulatorio medico-dentistico con avviamento decennale, composto da: corte interna privata, sala d'attesa, 3 studi interni completamente attrezzati, zona sterilizzazione e due servizi, posti auto, disponibile ad euro 1.600 mensili. Informazioni al 333/2842142.

Affittasi zona porta Zamboni appartamento completamente ristrutturato, due stanze da letto, sala, cucina abitabile, doppi servizi, due balconi, possibilità parcheggio. Per informazioni 335/5305409.

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

Piazza Azzarita - Bologna vendesi appartamento luminosissimo esposizione est-sud-ovest, tutto affacciato sulla piazza mq. 135 altezza 3 metri, finestrone cielo-terra. Tel. 346/1596080.

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

Vendesi in località Ponticella di San Lazzaro di Savena (BO) villetta a schiera in zona verde e con strada privata composta da 11 vani su 3 piani: 5 camere da letto, 3 bagni, studiolo, doppio salone con camino, cucina abitabile + veranda, tavernetta con biliardo ed un bagno, cantina, un giardino sul retro (23x8), un giardino sul davanti (23x10) sopraelevato con sottostante garage per 2 posti auto, 1 terrazzo abitabile (20x5), allarme. Termo autonomo. Euro 1.400.000. Telefonare ore pasti 051/480930 o 348/8732429.

Norme editoriali

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

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

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

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

Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.

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

Annunci: testo di massimo 500 battute

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

DODICESIMO

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

12° CONGRESSO INTERNAZIONALE

SIES

D O D I C E S I M O

B O L O G N A

F E B B R A I O

20 - 21 - 22

2 0 0 9

Centro Congressi **CENTERGROSS**

Principali argomenti oggetto del Convegno

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



CENTRO POSTUNIVERSITARIO MEDICINA AMBULATORIALE

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

VALET • via dei Fornaciari 29/b - 40129 Bologna (Italy)
tel: +39 **051.63.88.334** - fax: +39 051 32.68.40
www.valet.it - congresso@valet.it

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Società Italiana di Medicina e Chirurgia Estetica
www.sies.net - informazioni@sies.net

LINGUE UFFICIALI



Viale Carducci, 2/3 - 40125 Bologna
tel. 051 636 7669 fax 051 429 5408
E-mail: gynepro@gynepro.it

IL TEAM DI GYNEPRO RIPRODUZIONE

Prof. MARCO FILICORI
Dott.ssa Graciela E. Cognigni
Dott. Walter Ciampaglia
Dott.ssa Fanny Infante
Dott.ssa Patrizia Pocognoli
Dott.ssa Gabriella Rifelli
Dott.ssa Emilia Sganga
Dott.ssa Stefania Taraborrelli

Il Poliambulatorio GynePro è all'avanguardia nel campo ginecologico, nel settore della diagnosi e terapia della sterilità e nella procreazione medicalmente assistita, avvalendosi della collaborazione di professionisti di fama internazionale e di nuove e raffinate tecnologie biomediche.

DIAGNOSI E TERAPIA DELLA STERILITA' PROCRAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

- Fecondazione in Vitro
- Inseminazione intrauterina
- ICSI (Iniezione Intracitoplasmatica degli Spermatozoi)

Ginecologia e Ostetricia

**Ecografia ginecologica transaddominale, transvaginale
e tridimensionale**

Sonoisterografia e sonosalpingografia

Ecografia mammaria

Andrologia - Disturbi sessuali

Diagnosi e terapia dell'aborto ricorrente

Poliambulatorio GynePro S.r.l. Ginecologia e Riproduzione - Viale Carducci, 2/3 - 40125 Bologna
Direttore Sanitario Dott.ssa Patrizia Pocognoli Medico Chirurgo Specialista in Ginecologia ed Ostetricia
AUT PG 306581 del 24.12.2007



DAY SURGERY

Via T. Cremona, 8 - 40137 Bologna
tel. 051 442 094 fax 051 441 135
E-mail: medical@gynepro.it

IL TEAM DI GYNEPRO PRENATALE

Prof. GIANLUIGI PILU
(Professore Associato di Ginecologia
ed Ostetricia, Università di Bologna)
Dott.ssa Lara Alesi
Dott.ssa Angela Carletti
Dott.ssa Michela Ceccarini
Dott.ssa Giulia Gandolfi Colleoni
Dott. Pietro Falco
Dott. Giuseppe Gessa
Dott. Tullio Ghi
Dott. Claudio Graziano
Dott.ssa Maria Segata
Dott.ssa Giovanna Tagliavini
Dott. Nicolò Tripoli
Dott.ssa Antonella Visentin

Il Poliambulatorio Privato GynePro Medical eroga prestazioni diagnostiche in vari settori e comprende ambulatori specializzati nel campo della diagnosi prenatale. E' inoltre operativo un servizio di day surgery con sala operatoria per interventi polispecialistici in regime di ricovero diurno.

DIAGNOSI PRENATALE

- Ecografia ostetrica tridimensionale del primo, secondo e terzo trimestre di gravidanza
- Flussimetria doppler
- Ecografia morfologica di II livello e consulenza prenatale
- Ecocardiografia fetale
- Amniocentesi
- Villocentesi
- Bi-test
- Consulenza e test genetici

ENDOSCOPIA GINECOLOGICA

- Isteroscopia diagnostica ed operativa
- Endoscopia transvaginale
- Laparoscopia diagnostica

Poliambulatorio Day Surgery GynePro Medical S.r.l. - Via T. Cremona, 8 - 40137 Bologna
Direttore Sanitario Dott. Walter Ciampaglia Medico Chirurgo Specialista in Ginecologia ed Ostetricia
AUT PG 306586 del 24.12.2007