

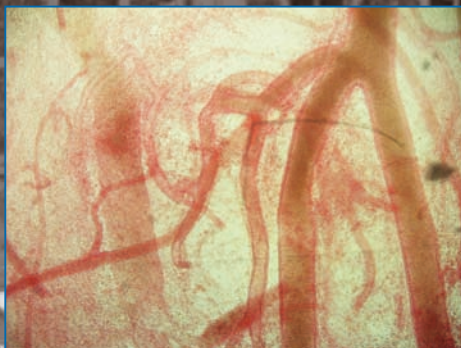
BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLIII - N° 3 MARZO 2012

PUBBLICAZIONE MENSILE - SPEDIZIONE IN A.P. 45% - ARTICOLO 2 COMMA 2015 LEGGE 662/96 FILIALE DI BOLOGNA

IN QUESTO NUMERO

- **I Dispositivi Cardiaci Impiantabili: presidio fondamentale della Cardiologia attuale**, Mauro Biffi, pag. 3
- **Libri da riscoprire: Il secolo della chirurgia di Jürgen Thorwald**, Andrea Dugato, pag. 6
- **Una raccolta di preparati di Patologia forense fra '800 e '900**, Tiziana Balbi e Giovanni Perini, pag. 8



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ZACCHERINI ALVISI, 4 BOLOGNA - TEL. 051.399745



BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE

Dott. Luigi Bagnoli

COMITATO DI REDAZIONE

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Contiene I.P.

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Febbraio 2012
è stato consegnato in posta
il giorno 31/1/2012

SOMMARIO

ANNO XLIII - MARZO 2012 N° 3

ARTICOLI

I Dispositivi Cardiaci Impiantabili: presidio fondamentale della
Cardiologia attuale • **3**

Libri da riscoprire: *Il secolo della chirurgia* di Jürgen Thorwald • **6**

Una raccolta di preparati di Patologia forense fra '800 e '900 • **8**

ODONTOIATRI

Commissione Albo Odontoiatri **12**

NOTIZIE

Dalla pagina 13 alla 28

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **27**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **28**

CONVEGNI CONGRESSI • 29

PICCOLI ANNUNCI • 31

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

www.odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente

Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente

Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario

Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere

Dott. VITTORIO LODI

Consiglieri Medici

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott. STEFANO FERRARI

Dott. OSCAR FINI

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. STEFANO PILERI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

Consiglieri Odontoiatri

Dott. ANDREA DUGATO

Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. CARLO D'ACHILLE

Segretario: Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Componenti: Dott. EMANUELE AMBU

Dott. PIETRO DI NATALE

Dott. ANDREA DUGATO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dott. FRANCO BENETTI

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO

Dott. ALESSANDRO ZATI

Supplente: Dott. FRANCESCO QUARANTA

I Dispositivi Cardiaci Impiantabili: presidio fondamentale della Cardiologia attuale

Mauro Biffi

La terapia con i dispositivi impiantabili cardiaci elettronici (CIED, Pacemaker e Defibrillatori automatici impiantabili) è il principale trattamento delle Bradiaritmie e delle Tachiaritmie sintomatiche.

Le BRADIARITMIE sono frequentemente associate a rilevanti cardiopatie organiche, ma possono verificarsi semplicemente come conseguenza della senescenza del sistema di eccito-conduzione cardiaca pur in assenza di significative malattie strutturali.

Le TACHIARITMIE sono conseguenti principalmente alla cardiopatia coronarica con pregresso infarto del miocardio, ma possono verificarsi anche in associazione a cardiomiopatie primitive con o senza sindrome di scompenso cardiaco, e come unica manifestazione di malattie dei canali ionici cardiaci (sindrome del QTlungo, sindrome di Brugada, J-wave sindrome, sindrome del QTcorto).

La storia della terapia con dispositivi impiantabili data ai primi tentativi di trattare il blocco atrio-ventricolare asistolico conseguente ad infarto miocardico tra gli anni '30 e '50 del secolo scorso, e giunse ad una definitiva svolta nel 1958 con l'impianto del primo pacemaker al Karolinska Institute in Stoccolma da parte di Åke Senning. Nei 20 anni successivi la evoluzione tecnologica condusse allo sviluppo dei primi pacemaker Bicamerale, capaci cioè di ristabilire la fisiologica sequenzialità delle camere cardiache nel Blocco Atrio-Ventricolare. Se l'esordio della cardiostimolazione fu contrassegnato dal successo nel prevenire l'esito fatale legato all'asistolia, la sua evoluzione successiva ha mirato a ristabilire la normale fisiologia dell'apparato cardiovascolare. Ultimo fulgido esempio ne è la terapia di Resincronizzazione Cardiaca, che ristabilisce la normale contrattilità ventricolare nei pazienti

con grave scompenso cardiaco secondario a riduzione della funzione sistolica del ventricolo sinistro con associato Blocco della Branca Sinistra. In questo sottogruppo di pazienti la riduzione di mortalità realizzata dalla Resincronizzazione Cardiaca è intorno al 25%. Tale modalità di stimolazione, iniziata intorno al 1995, si realizza posizionando un catetere per la stimolazione della parete libera (posterolaterale) del ventricolo sinistro oltre quelli tradizionalmente usati per il cuore destro, per via transvenosa attraverso il seno coronario, o per via toracotomica, o più recentemente per via endoventricolare sinistra.

All'inizio degli anni '80 Michel Mirowski iniziò con perseveranza, nonostante la avversione dei maggiori studiosi dei disordini del ritmo cardiaco, la lunga strada che avrebbe condotto al Defibrillatore Impiantabile Automatico. I primi impianti avvennero negli USA a metà degli anni '80, all'Istituto di Cardiologia in Bologna nel 1989.

I primi dispositivi erano alloggiati in addome (peso maggiore di 300 g), e la defibrillazione, nonché la stimolazione cardiaca, avvenivano attraverso patches ed elettrocateri posizionati direttamente sull'epicardio per via sternotomica.

A partire dal 1991 fu possibile utilizzare cateteri transvenosi che venivano tunnelizzati fino alla tasca addominale dall'accesso venoso in succlavia sinistra. Dal 1996 si avviò il posizionamento sottopettorale, e dal 2000 le dimensioni si ridussero a tal punto (90 g) da poter passare a impianti sottocutanei. L'uso del defibrillatore impiantabile ha ridotto la mortalità dei pazienti con scompenso cardiaco del 23%, e quella dei pazienti con cardiopatia postinfartuale a rischio di morte improvvisa di circa il 40%.

Nel frattempo la complessità tecnologica si è

Nel 2010 si è costituita in Bologna la Associazione Portatori di Dispositivi Impiantabili Cardiaci (APDIC) volta al benessere fisico, mentale e sociale delle persone trattate con Pacemakers e Defibrillatori Impiantabili. La sede operativa è situata presso l'Istituto di Cardiologia del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, ove vengono seguiti circa 5000 portatori di dispositivo ogni anno, e offre sostegno attivo a pazienti di tutta la provincia di Bologna e di altre regioni italiane. L'Associazione conta attualmente 200 volontari iscritti, e svolge:

- informazione costante degli iscritti mediante riunioni periodiche coordinate da cardiologi specialisti nella terapia con dispositivi impiantabili;
- supporto dei pazienti trattati con dispositivi impiantabili;
- tutela e raccordo con le varie Istituzioni del Servizio sanitario;
- facilitazione del flusso di notizie fra medici e pazienti mediante gli strumenti offerti dalla rete ed il sito www.apdic.it;
- comunicazione costante e aggiornamento sui progressi scientifici;
- organizzazione e partecipazione a convegni specifici;
- riunioni periodiche per favorire la conoscenza e lo scambio di esperienze fra gli associati.

La terapia con un dispositivo impiantabile è un trattamento cronico, che le persone devono imparare e scoprire giorno dopo giorno nonostante le informazioni ricevute durante la fase "acuta" in ospedale. Il servizio sanitario mostra infatti diverse lacune sotto questo punto di vista, e per la maggioranza dei pazienti si elevano barriere: all'accesso a procedure diagnostiche o a interventi terapeutici per altre patologie, al godimento di una vita normale e serena. Il denominatore comune di tutto questo è la scarsa disponibilità di informazione sulla vita dei portatori di dispositivo impiantabile. APDIC ritiene che il Servizio Sanitario e la nostra associazione possono collaborare per liberare le risorse interne di ciascuna persona trattata con un dispositivo cardiaco, a prescindere dalla patologia che ha reso necessario l'impianto. Tutte le persone possiedono le risorse per realizzare pienamente se stesse, anche in condizioni di difficoltà, se adeguatamente informate e supportate. Il sistema deve quindi tendere alla piena realizzazione di tutte le persone, incentivando la cooperazione, il "lavoro di squadra" degli esperti della sanità e dei pazienti. Per questo l'Associazione promuove l'alleanza medico-paziente basata sulla fiducia e sulla cooperazione, e rifugge le forme competitive e rivendicative che purtroppo si stanno sempre più affermando anche nelle relazioni umane. L'intento è di fare in modo che ogni associato non si senta isolato, perché consapevole dell'esistenza di altre persone che hanno il suo stesso problema e che sono disponibili ad offrire il loro apporto per alleviare gli affanni che tale stato di salute può comportare.

È soprattutto per l'assolvimento di questo impegno che l'Associazione ambisce a rendersi più evidente presso le Organizzazioni dei Medici in modo da conseguire la giusta attenzione sui problemi dei portatori di dispositivi cardiaci impiantabili, e da stabilire con esse una linea di contatto continuo e diretto.

Siamo per questo grati al presidente dell'Ordine dei Medici, Dr Giancarlo Pizza, che ci ha concesso questo spazio sul Bollettino dell'Ordine.

IL PRESIDENTE APDIC
Ciro Carlo Lomastro

arricchita al punto che i defibrillatori hanno incorporato tutte le più sofisticate funzioni dei pacemakers, e sono divenuti unità di monitoraggio del paziente, non solo sotto il profilo del ritmo cardiaco, ma anche del compenso cardiaco, della attività fisica, e della attività respiratoria.

Attualmente il dispositivo è in grado di trasmettere informazioni che riguardano lo stato del sistema impiantato e le condizioni cliniche generali del paziente, sia su base programmata che spontaneamente con carattere di priorità, fornendo il primo reale modello di telemedicina nella pratica clinica.

La rapida evoluzione di questi presidi imprescindibili nella medicina moderna ha determinato una rivoluzione culturale nella cardiologia clinica, e ha dettato la necessità di una formazione specifica per i cardiologi che si occupano della cura dei disturbi del ritmo e della scompenso cardiaco. I benefici offerti da questa terapia fanno sì che nella pratica comune Persone trattate con questi dispositivi possano godere di un prolungato periodo di benessere e di una lunga sopravvivenza; tuttavia nessun processo di formazione né di educazione medica continuativa è diretto ad aumentare le conoscenze necessarie alla gestione del paziente trattato con un dispositivo impiantabile su base multidisciplinare.

In questa ottica va letta la iniziativa delle Per-

sone trattate con Dispositivi impiantabili e del personale del centro di Aritmologia del Policlinico S. Orsola: diffondere la consapevolezza e la conoscenza degli aspetti legati a queste terapie, per migliorarne la applicazione ed abbattere le superstizioni e le barriere che talora circondano i nostri pazienti. In questa ottica il sito di APDIC (www.apdic.it) è un prezioso strumento per acquisire le notizie essenziali per la nostra professione.

Un caro saluto a tutti, e un sentito ringraziamento al Dr Giancarlo Pizza per averci "ospitato" sul Bollettino dell'Ordine.

Autore:

Mauro Biffi - Istituto di Cardiologia - Policlinico S. Orsola-Malpighi

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri

Medico Chirurgo

Specialista in Igiene, Medicina Preventiva e Psicologia Medica

BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

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

Ambulatori Cup:

- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Reparti degenza:

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

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

Libri da riscoprire: *Il secolo della chirurgia* di Jürgen Thorwald

Andrea Dugato

Con una bibliografia ricchissima (522 voci) Jürgen Thorwald, studioso di medicina e scrittore, e con una ricerca minuziosa (al limite del maniacale) di tutti i fatti e di tutti i documenti scientifici ha dato vita ad un racconto che, attraverso gli occhi di un personaggio di fantasia (il dottor Hartmann), ci conduce dal 1843 e dal primo professore di chirurgia di Harvard (John Collins Warren), grazie al quale vi fu la legittimazione dell'impiego di anestesia con etere in un'operazione non dentistica, fino alla fine del secolo.

Particolarmente suggestiva e ricca di emozioni è la descrizione della prima operazione indolore eseguita al Massachusetts Hospital di Boston il 16 ottobre 1846 grazie alla quale si apriva la grande era della chirurgia.

I medici di ogni tempo e di ogni luogo si sono trovati a confrontare la loro scienza e la loro sensibilità con il dolore, dalla preistoria fino a quella mattina del 16 ottobre 1846 quando Warren asportò un tumore da un paziente con la fondamentale collaborazione del dentista William Morton.

Grande parte del merito lo ebbe un altro giovane dentista di Hartford nel Connecticut: Horace Wells. Wells, nel dicembre del 1844, accompagnando la moglie ad una fiera locale, ebbe modo di assistere ad uno spettacolo che all'epoca aveva molto successo ed era basato nell'inalazione di un gas da parte di alcuni volontari per poi valutarne i comportamenti buffi, tipici di un ubriaco, ma notò anche che un signore, dopo aver inalato il gas, urtò violentemente contro uno spigolo senza mostrare alcun segno di dolore. Questo gas corrispondeva al protossido di azoto.

Dopo aver usato con successo il protossido di azoto su alcuni suoi pazienti, Wells chiese al Massachusetts General Hospital, che era, all'epoca, l'istituto medico più importante, che gli fosse permesso di dimostrare la sua grande scoperta.

Nel 1845 gli fu data la possibilità. Dal capitolo "La grande scoperta": "... Wells prese dalla borsa parecchi strumenti da dentista poi fece sedere lo straniero e cominciò ad azionare una valvola di legno applicata alla borsa. Gli tremavano visibilmente le mani ... La testa del paziente si era piegata in avanti. Le sue labbra, da quel che potevo vedere avevano preso un colore bluastrò. L'uomo emetteva suoni incoerenti e aveva gli occhi vitrei, sbarrati nel vuoto. Poi tacque del tutto e restò immobile. A questo punto Wells posò la borsa di gomma, prese la tenaglia, aprì la bocca dell'uomo e afferrò il dente con la tenaglia ... Sapevo per esperienza personale che il semplice contatto della tenaglia con la relativa pressione sulla gengiva era un'autentica tortura che di solito strappava un urlo. Ma l'uomo sulla sedia non si mosse quando la tenaglia gli si chiuse intorno al dente. La fronte di Wells era bagnata di sudore sotto la ciocca di capelli rossi, mentr'egli ritirava la mano. Nella sala s'era fatto un profondo silenzio. Ma ecco che mentre Wells stringeva per la seconda volta le pinze della tenaglia, dalla gola del paziente uscì un urlo altissimo, seguito da altre grida. Potei vedere Wells ritirare dalla bocca del paziente la tenaglia che stringeva il dente insanguinato. Rimase attonito, con la tenaglia in mano, e negli occhi un'espressione di crescente, disperato smarrimento. In quell'attimo dai banchi alle mie spalle, si levò un riso soffocato. Su nelle file più alte qualcuno rideva: Poi la risata frandò da una fila all'altra fino a riempire l'intero anfiteatro ... finché l'auditorio intero gridò in coro: imbroglione, imbroglione, imbroglione!".

Sfortunatamente per varie cause fu un insuccesso totale. Questo fallimento condizionerà e distruggerà la sua vita. Morì suicidandosi. Fu grazie ad un altro dentista (ex allievo di Wells) William Thomas Green Morton che si ebbe la prima dimostrazione pubblica dell'anestesia. La scena si svolge sempre nell'anfiteatro del Massachusetts Hospital di Boston e sulla sedia in mezzo sedeva il primo paziente. Era affetto da un tumore che gli interessava la ghiandola mascellare e parte della lingua. Si chiamava Gilbert Abbott.

“Non dimenticherò mai quel 16 ottobre 1846 ... mi tornò vivido in mente il ricordo di Wells. Mi guardai intorno, riconobbi alcuni di quelli che erano stati presenti alla scena ventun mesi prima. I nostri sguardi si incontravano e ci strizzammo l'occhio, pregustando la nuova farsa ... Morton inserì l'imboccatura di vetro fra le labbra di Abbott e gli disse di respirare profondamente ... ma mentre pregustavo il fiasco imminente, non mi accorsi che Morton aveva fatto respirare il gas al paziente molto più a lungo di quel che Wells avesse fatto... Pronto a scoppiare in grida di scherno, osservai Morton posare la sfera di vetro, raddrizzarsi e ripetere le parole che Warren (John Collins Warren era il più importante chirurgo di Boston e fondatore del “New England Journal of Medicine and Surgery”) gli aveva rivolte pochi minuti prima: signore il paziente è pronto. In silenzio, Warren si curvò su Abbott, il viso senza espressione, come sempre. Si rimboccò le maniche e prese il bisturi. Poi, con un gesto fulmineo, fece la prima incisione. Nella sala s'era fatto un silenzio di tomba. Si sarebbe potuta udire la minima espressione di dolore, il più lieve gemito o sospiro. Ma il paziente non si mosse. Warren con un'espressione inusitata di stupore si chinò ancora di più su di lui. Fece una seconda e una terza incisione, stavolta più profonde, ma non uscì un suono dalla bocca cadente di Abbott. Warren raschiò accuratamente il tumore. Niente! Neppur un sospiro! Il chirurgo recise gli ultimi filamenti di tessuto, fece la legatura, e

premette le solite spugne sulla ferita. Ancora niente... silenzio. Silenzio assoluto.

Warren si raddrizzò, il bisturi ancora in mano, più pallido del solito. La piaga ironica agli angoli della bocca era sparita. Signori, esclamò alla fine, questo non è un imbroglio.

Ho dovuto, dice Thorwald, ricostruire scene da centinaia di fonti e rievocare i mille particolari come il colore di una giacca o di una cravatta, che di solito gli storici trascurano, ma che pure costituiscono la sostanza della realtà. Nel corso di questo libro sono evidenti che le scoperte scientifiche sono state fatte grazie all'ingegno, alla curiosità e alla dedizione al lavoro di molte persone indipendentemente dall'età delle stesse. Molti di noi pensano che il mondo della scoperta sia il mondo dei giovani, e molto spesso la storia lo conferma, ma esperienza, saggezza e capacità di guardare indietro a tutta una vita di idee sono fondamentali per la scienza. E come dice Sherwin Nuland nel riflettere sui nostri emeriti professori o nell'indugiare con pessimismo sul velocissimo passaggio degli anni più fulgidi della nostra vita professionale, faremmo bene ad evocare nella nostra mente l'immagine canuta del vecchio Copernico che, sul letto di morte, riceve la prima copia stampata del più significativo libro mai prodotto dall'intelletto umano. La scienza è adatta a tutte le stagioni, e tutte le stagioni sono adatte a noi.

Casa di Cura ***Ai Colli***

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE MENTALI**

Direttore Sanitario e Primario:

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

40136 BOLOGNA

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

Sito internet: www.aicolli.com - E-mail: casadicura@aicolli.com

Una raccolta di preparati di Patologia forense fra '800 e '900

Tiziana Balbi e Giovanni Pierini

I colleghi Tiziana Balbi e Giovanni Pierini ci presentano una raccolta di rarissimi preparati istologici. L'Istituto di Medicina legale, nella veste attuale degli anni '30 del secolo scorso, conserva memorie e strumentazioni di pregio. Se molti ricordi possono interessare lo specialista, molti altri, come la collezione riordinata da Balbi e Pierini, si offrono alla curiosità scientifica di tutti i Medici. Colorazioni oggi desuete ma ancora leggibili, patologie quasi scomparse (o riemergenti oggi) nell'ambito di una raccolta che va dai primi del '900 alla metà del secolo scorso, arricchita da esemplari portati a Bologna da Firenze dal Prof. Clemente Puccini, Direttore dell'istituto e caposcuola della Medicina legale bolognese. Tutti i reperti istologici sono a disposizione dell'interesse dei Colleghi, speriamo nella veste di una raccolta ospitata a livello museale.

Alessandro Ruggeri e Nicolò Nicoli Aldini

Nella seconda metà del XVIII secolo vengono definitivamente abbandonate le antiche ipotesi metafisiche, da questo momento in poi si delineano nuovi orientamenti patogenetici fondati sull'affermarsi dell'anatomia patologica, dell'istologia, e poi successivamente della micobiologia e della fisiopatologia sperimentale.

Il termine istologia si incontra per la prima volta nel lavoro di C. Mayer *Über Histologie und eine Einteilung der Gewebe der menschlichen Körpers* (1819), opera che segue la classificazione in linea con le idee di Bichat, articolata in otto sistemi. L'istologia, anche se ancora non con questo nome, aveva avuto un importante precursore nel barone A. von Haller (1708-1777), il primo a suggerire una organizzazione strutturale microscopica dei viventi e che egli riconduceva a delle invisibili "fibre" intese come componenti fondamentali degli organi, distinte in tre tipi fondamentali: le "strutturali" (o apparato circolatorio e delle componenti appartenenti ai tessuti connettivi), le "irritabili" (tessuto muscolare), e le "sensibili" (tessuto nervoso).

L'istologia moderna, intesa come studio delle cellule che compongono i diversi tessuti, nasce come sopra ricordato solo nella metà del XIX secolo, come conseguenza della teoria cellulare formulata nella sua prima enunciazione nel 1818 da M.J. Schleiden e T. Schwann. Fu solo a partire da questa rivoluzionaria scoperta, che riconobbe nella cellula l'unità strutturale e funzionale fondamentale dei viventi, che prese impulso la ricerca istologica in senso proprio, anche grazie ai progressi effettuati nel campo dell'ottica applicata alla microscopia.

Nomi importanti dell'istologia di metà Ottocento sono quelli di F. Magendie e C. Bell per gli studi sul tessuto nervoso (giunsero indipendentemente a distinguere i nervi sensitivi dai nervi motori nel midollo spinale), di A. Kolliker che studiò l'organizzazione del tessuto muscolare sia liscio che striato, di J.E. Purkinje che fu il primo a descrivere l'anatomia del neurone, di R. Cajal che contribuì a formulare quella che sarebbe rimasta nota come "Teoria del neurone": con questa opera si definivano molte delle peculiarità della cellula nervosa e il modello di trasmissione degli impulsi e veniva soprattutto proposta l'unità strutturale e funzionale del neurone. A seguito di queste ricerche S.R. Cajal condivise il Nobel per la medicina con C. Golgi. Non dimentichiamo comunque una figura spesso trascurata, quella di G. Bizzozzero, che alternò alla ricerca (per la quale viene giustamente definito "Padre" dell'Istologia italiana) l'impegno sociale. A lui dobbiamo la scoperta delle piastrine (così da lui denominate), dell'origine dei globuli rossi dal midollo osseo e gli studi sulle capacità rigenerative dei tessuti, sulla struttura del connettivo, sull'origine infettiva della tubercolosi (poi dimostata da R. Koch nel 1882), sulla flogosi; la descrizione del processo della fagocitosi (anch'esso poi dimostato nel 1882 da E. Metchnikoff). Si circondò di valenti collaboratori, quali C. Golgi, e fondò la prima importante scuola italiana di

patologia generale. Le opere più importanti sono senz'altro il *Corso di istologia normale* e le rivoluzionarie *Lezioni di patologia generale*, fondate su ricerche sperimentali e osservazioni al microscopio dei processi patologici, alle quali fece seguito il *Manuale di microscopia clinica*, con molte osservazioni riguardanti l'uso del microscopio per i quesiti della Medicina legale, e tradotto in più lingue.

J.C.F.K. Heusinger von Waldegg scrive nel 1882 il *System der Histologie*, opera fondamentale per l'apertura innovativa a quella che possiamo vedere oggi come patologia comparata; altri adottarono per questa nuova forma di indagine microscopica l'espressione "Anatomia microscopica" (B. von Langenbeck 1846, A. Hassall 1846, J.B. Carnoy 1848), ed è solo in questi anni che l'Istologia appare definitivamente connotata con questo termine, ovvero come "Gewebelehre". Seguendo i suggerimenti di G.R. Travirani e J.B. Lamarck, Carnoy propose una tripartizione secondo la quale l'anatomia veniva a comprendere la citonomia (studio della cellula), l'istonomia (studio del tessuto) e l'organotomia (anatomia degli organi), ritenendo che tale suddivisione potesse applicarsi anche alla fisiologia e alla biochimica (per la quale viene coniato il termine "istochimica"). L'Istologia a questo punto si connata come "storia naturale completa dei tessuti". Non è più un "ornamento" di studi anatomici (A. Prenant, 1904) ma una vera e propria scienza, quella del mondo microscopico visto come base di ogni altro stato biologico o processo sia naturale che patologico.

A questo punto occorre ricordare le tappe della strumentazione indispensabile e con la quale si giunse alla formazione dell'Istologia nella sua specifica dignità di scienza, attraverso l'evoluzione della tecnica microscopica, che possiamo dividere in due fasi: quella dello sviluppo della strumentazione ottica per l'ingrandimento e quella della preparazione dei tessuti.

Il primo documento circa le proprietà di ingrandimento di una lente convessa le troviamo in Alhazen (XI sec. DC) noto in Occidente per la traduzione dall'arabo di Vitello (1270) dal titolo *De optica*, che segue le anticipazioni di R. Grossatesta (1175), di S. Degli Armati (1107), per giungere poi ad una visione siste-

matica con G. Galilei; ma il termine "microscopio" appare per la prima volta con J. Faber von Bamberg, membro dell'Accademia dei Lincei nel 1624. Fra i primi ricercatori che utilizzarono lo strumento ricordiamo M. Malpighi, A. van Leeuwenhoek, R. Hooke, J. Swammerdam, N. Grew. Mentre il telescopio trovò immediata applicazione, il microscopio rimase nell'ombra della sperimentazione per quasi tre secoli, probabilmente a causa dei problemi di aberrazione cromatica e sferica che non suggerivano una felice conclusione all'indagine scientifica; bisogna attendere l'introduzione degli obiettivi acromatici (1830), che offrivano una risoluzione prossima al micron; ma ancora illustri patologi quali K. von Rokitsky non facevano molto affidamento su questo strumento. Quanto alla preparazione dei tessuti le prime sperimentazioni per trovare buoni metodi di fissazione si devono per lo più ai botanici, veri pionieri dell'istochimica: il primo scienziato che lega l'indagine chimica a quella morfologica al fine di arrivare a quella che sarà di seguito nota universalmente con il termine di "colorazione" è F.V. Raspail con il suo innovativo *Essai de chimie microscopique* (1830).

Ancora nel 1910 esistevano dubbi sulla vera natura del processo di colorazione; si raccomandava di procedere sempre con controlli a fresco non fissati, per via della grande quantità di artefatti che veniva riscontrata. Quanto poi al quesito se la colorazione dovesse riconoscere come causa un fatto fisico/fisiologico i pareri erano del tutto discordi, anche perché la scoperta che alcuni coloranti manifestavano proprietà diverse a seconda del tipo cellulare (fenomeno della metacromasia) confondeva ancor più il dibattito.

Particolare importanza era attribuita alle colorazioni progressive, perché si riteneva che un lungo cimento ad alte diluizioni di colorante meglio potesse mettere in luce le caratteristiche di affinità fra tessuto e colorante, eliminando quelle che Heidenhain definiva "influenze subiettive di chi lavora", ritenendo quindi che le regressive fossero più soggette ad errori (in queste si procede colorando intensamente un tessuto per poi eliminarne l'eccesso utilizzando variazioni di pH). Da notare che in tutti i manuali pratici di Istologia il lettore era avvertito del fatto che senza una adeguata fis-

sazione sarebbe andato oltre inutilmente. Alle proprietà coloranti di ogni prodotto faceva seguito un elenco di mordenti, ovvero di sali in genere metallici che aumentavano la presa del colorante, ma non erano conosciute le caratteristiche di aiuto che i tamponi potevano offrire.

Ultima considerazione di questo brevissimo excursus riguarda la scelta dei materiali: all'epoca (fine '800) non esistevano procedure di qualità, i coloranti erano prodotti con metodi estrattivi e di sintesi che non garantivano elevate percentuali di purezza e quindi di stabilità e di prestazione; ma una delle prime ditte capaci di offrire preparati per istologia competitivi in qualità fu la Merck di Darmstadt (operante già dal 1666), alla quale seguì agli inizi dell'800 la ancor notissima Chroma Gesellschaft Schmidt & Co di Stoccarda.

Nell'Istituto di Medicina legale sono presenti due collezioni di preparati collocabili tra la fine dell'800 e i primi decenni del '900. Sono costituite da 9 contenitori in legno, predisposti e fino a poco tempo fa conservati dal Prof. Clemente Puccini. Ogni contenitore reca un foglio scritto a macchina (talora di sua mano), che riporta in alto l'argomento secondo la classificazione della patologia medico legale del secolo scorso, alla quale segue l'elencazione dei preparati.

La prima raccolta (contenitore "A") presenta 33 preparati nella misura standard attuale, 7 di questi sono invece montati su piastra in vetro (mm 80 x 60). Il vetro portaoggetto è per tutti i preparati di tipo comune, non laminato e non molato, i vetri coprioggetti sono di spessore e dimensioni variabili, lavorati artigianalmente, le etichette sono scritte a mano con inchiostro di china. Questi aspetti relativi ai materiali impiegati fanno ritenere che si tratti di preparati databili tra la fine '800 e l'inizio '900.

La seconda collezione è invece composta dai rimanenti 8 contenitori ("B"- "F") per un totale di 790 preparati, tutti su vetro ottenuto per laminazione e molato, e attiene al periodo 1910-1940 (il periodo è verificabile dalle date che sono riportate frequentemente sulle etichette, vergate a mano con inchiostro stilografico e talora con macchina da scrivere). Le dimensioni sono standard, le etichette riportano le

denominazioni: "R. Istituto di Anatomia Patologica Firenze" e "U. Ignesti Firenze".

Un primo esame del materiale mette in risalto l'ottimo stato di conservazione del legante, delle diciture, delle tinte e della differenziazione cromatica dei tessuti, poi confermata dall'esame microscopico. Fatta eccezione per un tono giallo paglierino di fondo dovuto all'ossidazione del legante, all'epoca balsamo di Canad naturale, e per un leggero sbiadimento delle tricromiche (soprattutto quella di Mallory) le colorazioni sono ancora di aspetto "fresco", in particolare le impregnazioni con sali metallici, che permettono a tutt'oggi di cogliere appieno la bellezza dei preparati come quadri dipinti.

I preparati del primo gruppo ("A") destano ammirazione per la cura con la quale sono stati allestiti, tutto proviene infatti da una lavorazione artigianale: l'allestimento del supporto portaoggetto in vetro, la "soffiatura" per poter ottenere un coprioggetto di spessore sottile, la fustellatura delle etichette, l'identificazione a mano con caratteri eleganti e risultati ad oggi indelebili. Colpisce anche la precisione dei prelievi e della riduzione del campione macroscopico: essi si presentano infatti piccoli, quadrati, mirati e ben orientati, talora sono allestiti in modalità seriata e sequenziale. Un preparato, del quale riportiamo l'immagine e la correlata microfotografia, è di rarissima repertazione: si tratta di un caso di "Ischemia mesenterica", come recita l'etichetta, abbastanza spesso (attorno ai 15 micron, ottenuto forse con taglio "a mano"), nel quale la ramificazione dei vasi è messa in evidenza mediante la tecnica della infusione di colorante in gelatina. Si tratta del metodo col quale sono stati eseguiti i primi studi microscopici sulle reti vascolari, quasi una tecnica di contrasto *ante litteram*.

Un ultimo accenno è doveroso riguardo l'importanza di questi reperti per la valenza documentale e didattica riguardo patologie oggi quasi del tutto scomparse, anche se da più parti di nuovo segnalate. Ciò vale anche per quegli aspetti di lesività medico legale ormai desueti, ma che per le peculiarità dei meccanismi di produzione suscitano ancora motivato interesse in ambito forense.

Questa raccolta vuole essere un omaggio a

un'arte artigianale, un plauso alla qualità diagnostica dei "Morfologi" del passato, capaci di ottenere preparati mirabili e ancora adesso fruibili, sia pur con mezzi limitati, e meraviglia la laboriosità e la precisione di alcuni preparati che sono veramente unici nel loro genere.

Bibliografia

- Adrian W. *Verbesserte Methode der Gelatine-einbettung für Gefrierschnitte*. Zbl. f. Path. (3), 201, 1916.
- Askaxazy Das Eosin-saure Mettrylenblau und Methilenazur in seiner Bedeutung für die Blutfarbung, Leipzig, 1908.
- Beccari N, Mazzi V. *Manuale di tecnica microscopica* (a cura di U. Ignesti), Vallardi, 1916, 1927, 1940, 1946, 1952, 1966.
- Bielschowsky M. *Zur Technik der Nervenzellenfarbung*. Neurol.Zbl., 1902.
- Golgi G. *Le opere scientifiche di Giulio Bizzozzero*. Hoepli, Milano 1905.
- Carnoy JB. *La biologie cellulaire*. Doin, Parigi 1884.
- Chevalier A. *L'étudiant, micrographe. Traite theorique et pratique du microscope et des preparations*. Delahaye, Parigi, 1865.
- Ehrlich P. *Das Sauerstoffbedürfnis des Organismus*. Berlino, 1885.
- Frey H. *Traite d'histologie et d'histochimie*. Savy, Parigi 1871.
- Van Giseon I. *Laboratory notes of technical methods for the nervous system*. New York Med J. 50, 1889.
- Hansemann V. *Die mikroskopische Diagnose der bosartigen Geschwulste*, Berlino, 1897.
- Kolliker A. *Elements d'histologie humaine*. Masson, Parigi, 1868.

- Leydig F. *Traite d'histologie de l'homme et des animaux*, Bailliere, Parigi 1866.
- Lillie RD. *Studies on selective staining of collagen with acid anilin dyes*. J.Tech.Meth. (25), 1945
- Mollendorf Wv. *Untersuchungen zur Theorie der farbung Fixierter Präparate*. Arch. Für Mikr. Anat. 97, 1923.
- Mallory FB. *The aniline blue collagen stain*. Stain Technol. 11, 1936.
- Masson P. *Some histological methods. Trichrome stains*. J.Tech.meth. 12, 1929.
- Ranvier L. *Traite technique d'histologie*. Parigi, 1889.
- Weigert C. *Neue Farbungsmethode des Zentralnervensystem*. Fortschr.d.M. 1884.

Figure di copertina

1 - L'Istituto di Medicina Legale agli inizi del '900.

2 - Un preparato della collezione del Prof. Clemente Puccini riguardante una "Ischemia mesenterica". Le ramificazioni dei vasi sono messe in evidenza mediante la tecnica della infusione di colorante in gelatina.

Autori

Tiziana Balbi Dirigente Medico - Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina di Laboratorio U.O. Anatomia e Istologia Patologica - Policlinico S. Orsola Malpighi Bologna
Specialista in Anatomia Patologica e Medicina Legale.

Giovanni Pierini Prof. Ass. Tossicologia forense - Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica Università di Bologna.

FEDER.S.P.EV.

Pensionati Sanitari
Sede Bologna: 051/614.53.65

Anche nella buona sorte

Commissione Albo Odontoiatri

Con il 2012 si apre un nuovo triennio ordinistico e, come sempre accade, all'inizio di un nuovo impegno le preoccupazioni e le incertezze si stagliano all'orizzonte, ancora più offuscate dalle ombre della crisi economica e dai grandi cambiamenti che si prospettano nell'ambito delle professioni, fra cui, quella odontoiatrica.

I capitali, grandi o piccoli che siano, si stanno per affacciare prepotentemente alle soglie delle professioni che, prima, erano appannaggio dei professionisti, ed ora, si corre il rischio che diventino tasselli speculativi in logiche d'investimenti sempre più ampi.

In ogni caso, comunque si voglia analizzare il problema, lo scopo finale di tutto questo riguarda sempre logiche dove, come obiettivo ultimo, è stato posto il profitto, come tale, e non come frutto della giusta mercede di un professionista, che ha compiuto con scienza e coscienza la propria mansione professionale, per il bene della collettività.

In un contesto così disperatamente finalizzato al profitto, l'Ordine si trova, con sempre maggiori difficoltà, a dovere riaffermare il valore del Codice Etico, dove la professione non è esclusivamente un'attività commerciale, ma è un servizio alla collettività che deve essere svolto nel rispetto delle norme deontologiche. Tutto questo, non a tutela di una casta di professionisti, ma per difendere un fondamentale valore costituzionale, cioè, il diritto alla salute di ogni cittadino.

In questa ottica, la nostra Commissione, sta tentando, con ogni mezzo, di arginare la deriva pubblicitaria che rischia, letteralmente, di travolgere la professione odontoiatrica, facendole perdere ogni dignità, dinnanzi a se stessa, e dinnanzi alla cittadinanza. I modelli pubblicitari proposti da un mercato privo di regole e privo di remore etiche rischia di distogliere il professionista da quella che è la vera essenza della professione, cioè il rapporto fiduciale, individuale, personale, fra il medico ed il paziente. Tale rapporto è unico, e non è esportabile o diffondibile con campagne mediatiche. Tale rapporto lo si crea quotidianamente con la dedizione alla professione ed al paziente, facendo capire che un medico lavora nell'interesse e per la salute dei propri pazienti, dedicando tempo, sapendo ascoltare e facendo capire che per noi un nostro paziente non è un numero, o un'entità astratta, od un potenziale bacino per le nostre speculazioni commerciali, ma è un essere umano che ha bisogno delle nostre cure.

Tutto questo sembra non piacere a tal punto che sulla questione Groupon ci è stato aperto un procedimento davanti all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, a dimostrazione di come gli Ordini rappresentino ormai l'ultimo baluardo a difesa della deontologia medica e della dignità della professione, e per questo, forse, qualcuno li vorrebbe abolire.

Questo, certamente, non distoglierà il nostro Ordine da quello che è il suo fine istituzionale più vero, cioè, la tutela della professione per il bene dei cittadini.

Un altro piccolo successo per la nostra professione, è stato quello di ottenere, per la prima volta nel nostro Ordine, una Commissione interamente dedicata ai problemi dei giovani odontoiatri che si affacciano sul mondo del lavoro. Tutto questo per aiutare i giovani colleghi a non cadere nel rischio della sotto occupazione, o ancora peggio, di diventare direttori sanitari di strutture dove la professione viene effettuata da individui non abilitati a compierla. Il Coordinatore di tale Commissione sarà il Dott. Andrea Dugato, che tanto ha sottolineato, in questi anni, la necessità di essere vicino ai giovani iscritti.

Per quanto riguarda l'attività culturale, questa dovrà partire a breve in collaborazione con l'Università, i Sindacati e le varie Società Scientifiche.

Carlo D'Achille

Elenco Commissioni triennio 2012-2014

Commissioni approvate nel Consiglio Direttivo del 10/01/2012 con delibera n. 6

COMITATO DI REDAZIONE DEL BOLLETTINO NOTIZIARIO

Direttore responsabile: Roberti di Sarsina dott. Paolo

Capo Redattore: Bagnoli dott. Luigi

Redazione: Abbati dott. Pietro, Balbi dott. Massimo, D'Achille dott. Carlo, Dugato dott. Andrea, Lambertini dott. Flavio, Marini dott. Maurizio, Pantaleoni dott. Sebastiano, Rubini dott. Stefano, Stancari dott.ssa Patrizia

SITO INFORMATICO

Coordinatore: Pizza dott. Giancarlo

Membri: Abbati dott. Pietro, Bagnoli dott. Luigi, Balbi dott. Massimo, Roberti di Sarsina dott. Paolo, Zuccari dott. Arnaldo

PATROCINI

Coordinatore: Lambertini dott. Flavio

Membri: Avanzini dott. Giampaolo, Collina dott.ssa Claudia, Crepaldi dott. Renato, Giovanardi dott. Carlo Maria, Iafelice dott. Giuseppe, Iori dott. Paolo, Mazzanti dott. Umberto, Monteduro dott. Francesco, Nuzzi dott.ssa Roberta, Pretolani dott. Stefano, Raggiotto dott.ssa Giannina, Roberti di Sarsina dott. Paolo, Servadei dott. Claudio, Stancari dott.ssa Patrizia

RAPPORTO MEDICO PAZIENTE

Coordinatore: Rubini dott. Stefano

Membri: Abbati dott. Pietro, Bagnoli dott. Luigi, Grandi dott.ssa Marina, Matrà dott. Annunzio, Pascoli dott. Alvisè, Pirazzoli dott. Valter, Roberti di Sarsina dott. Paolo, Rocchi dott. Piergiorgio, Villani dott. Gian Paolo

MEDICINA NON CONVENZIONALE

Coordinatori: Giovanardi dott. Carlo Maria, Roberti di Sarsina dott. Paolo

Membri: Amabile dott. Roberto, Bovina dott.ssa Giuseppina, Crepaldi dott. Renato, Mazzanti dott. Umberto, Nuzzi dott.ssa Roberta, Sartori dott. Guido, Tronconi dott.ssa Rita

PUBBLICITÀ SANITARIA

Coordinatore: Stancari dott.ssa Patrizia

Membri: Benetti dott. Franco, Cipolla dott. Celidonio, Crepaldi dott. Renato, Di Natale dott. Pietro, Lo Bianco dott. Domenico, Mazzanti dott. Umberto, Nucci Pagliaro dott. Paolo, Pantaleoni dott. Sebastiano, Pratella dott. Umberto, Raggiotto dott.ssa Giannina, Riganello dott. Ilario, Roberti di Sarsina dott. Paolo, Rubini dott. Stefano

FORMAZIONE DEL MEDICO ED ECM

Coordinatore: Bagnoli dott. Luigi

Membri: Catani prof. Fabio, Grandi dott.ssa Marina, Matrà dott. Annunzio, Roberti di Sarsina dott. Paolo, Rubini dott. Stefano, Simoncini dott.ssa Elisabetta

FORMAZIONE DELL'ODONTOIATRA ED ECM

Coordinatore: D'Achille dott. Carlo

Membri: Ambu dott. Emanuele, Cuppini dott.ssa Elisa, Di Natale dott. Pietro, Gandolfi dott. Andrea, Ortensi dott. Luca, Pelliccioni dott. Gianandrea, Stea dott. Stefano

PROBLEMATICHE DELL'OSPEDALITÀ PUBBLICA E DEL TERRITORIO

La Commissione si occupa delle problematiche della medicina ospedaliera e del territorio

Coordinatori: Grandi dott.ssa Marina, Iafelice dott. Giuseppe

Membri: Annicchiarico dott. Massimo Salvatore, Bagnoli dott. Luigi, Benetti dott. Franco, Cacciarri Prof. Paolo, Campieri dott. Claudio, Catani Prof. Fabio, Collina dott.ssa Claudia, Cupardo dott. Marco, Di Dio dott. Angelo, Di Natale dott. Pietro, Ferrari dott. Stefano, Fini dott. Oscar, Iovino Avv. Enrico, Lambertini dott. Flavio, Lodi dott. Vittorio, Longanesi dott. Andrea, Pederzini dott. Roberto, Poletti dott. Giuseppe Franco, Rubini dott. Stefano, Severini dott. Giuseppe, Sturiale dott. Carmelo, Tagariello dott. Filippo

PROBLEMATICHE MEDICINA LEGALE

La commissione tratta le problematiche della responsabilità professionale, non a livello di caso specifico ma in ordine generale; producendo documenti ed iniziative che aiutino i medici in questo delicato aspetto professionale.

Coordinatore: Rocchi dott. Piergiorgio

Membri: D'Achille dott. Carlo, Di Dio dott. Angelo, Fuzzi dott.ssa Vittoria, Iafelice dott. Giuseppe, Rini dott.ssa Maria Sofia, Vasapollo prof. Domenico, Vergari prof. Benedetto

ACCERTAMENTO DELLA CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA PER I MEDICI EXTRACOMUNITARI E CEE.

È prevista per legge ed ha scopo di accertare la conoscenza della lingua italiana da parte dei laureati in medicina e in odontoiatria che richiedono l'iscrizione all'Albo.

Coordinatore: Stancari dott.ssa Patrizia

Membri: Al Mureden dott. Nabil, Iafelice dott. Giuseppe, Lo Bianco dott. Domenico, Roberti di Sarsina dott. Paolo, Sarafianos dott. Sotirios

GIOVANI MEDICI

Vengono trattate le problematiche dei giovani medici e del loro inserimento nel mondo professionale.

Coordinatore: Cosentino dott. Eugenio Roberto

Membri: Bagnoli dott. Luigi, Cascino dott.ssa Emanuela, Catanese dott. Alessandro, Cupardo dott. Marco, Di Placido dott.ssa Erica, Fuzzi dott.ssa Federica, Grandi dott.ssa Marina, Iafelice dott. Giuseppe, Moreschi dott.ssa Annalisa, Palaia dott. Vincenzo, Rinaldi Elisa Rebecca, Tamburini dott. Michele

GIOVANI ODONTOIATRI:

Coordinatore: Dugato dott. Andrea

Membri: Piana Dott.ssa Daniela, Sanna Dott.ssa Caterina, Moreschi dott.ssa Annalisa

PARI OPPORTUNITÀ

Analisi in Bologna e provincia sulle graduazioni delle funzioni nell'ambito degli incarichi delle aziende pubbliche e private. Analisi della distribuzione e frequenza dei due sessi nell'ambito delle specialità.

Coordinatore: Cataldi dott.ssa Francesca

Membri: Abis dott.ssa Manuela Maria Cristina, Alfieri dott.ssa Stefania, D'Errico dott. Alessandro, De Vinci dott.ssa Caterina, Iafelice dott. Giuseppe, Moreschi dott.ssa Annalisa, Nucci dott.ssa Maria Concetta, Zanetidou dott.ssa Stamatula, Zati dott. Alessandro

OPINAMENTO NOTULE MEDICI

Coordinatore: Rubini dott. Stefano

Membri: Iafelice dott. Giuseppe, Lambertini dott. Flavio

OPINAMENTO NOTULE ODONTOIATRI

Commissione Albo Odontoiatri

CONVENZIONE ORDINE UNIVERSITÀ

Coordinatore: Bagnoli dott. Luigi

Membri: Pileri Prof. Stefano, Salera dott. Marcello, Sturiale dott. Carmelo

COMMISSIONE TERZA ETÀ

Coordinatore: Rubini dott. Stefano

Membri: Bortone Dott.ssa Anna Maria, Canestrari Prof. Renzo, Checchia Dott. Giuseppe, Del Gaudio Prof. Antonio, Marrano Prof. Domenico, Molinari Dott. Italo, Semeraro Dott. Sergio

COMMISSIONE PER L'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ ENPAM

Presidente: Stella dott. Mario

Componenti: Lodi dott. Vittorio, Semeraro prof. Sergio

FORMAZIONE PRE E POST LAUREA DEL MEDICO

Coordinatori: Pileri prof. Stefano, Bagnoli dott. Luigi

Membri: Monteduro dott. Francesco, Rubini dott. Stefano, Salera dott. Marcello, Sturiale dott. Carmelo, Trevisani prof. Franco

COMITATO DI BIOETICA

Coordinatore: Pizza dott. Giancarlo

Membri: Abbati dott. Pietro, Bagnoli dott. Luigi, Busacchi prof. Paolo, Canestrari prof. Stefano, Catani prof. Fabio, Checchi prof. Luigi, De Rita dott. Giuseppe, Faralli prof.ssa Carla, Martinelli prof. Gerardo, Nanni Costa dott. Alessandro, Patella dott. Vito, Rocchi dott. Piergiorgio, Santoli avv. Alberto, Simili prof.ssa Raffaella

COMMISSIONE RESPONSABILITÀ MEDICA IN AMBITO PSICHIATRICO

Coordinatore: Abbati dott. Pietro

Membri: Boncompagni dott. Giancarlo, Neri dott.ssa Cecilia, Neri dott. Franco, Petio dott. Carmine, Pozzi dott. Euro, Stella dott. Stelio

COMMISSIONE SANITÀ REGIONE EMILIA ROMAGNA

Coordinatore: Bagnoli dott. Luigi

Membri: D'Achille dott. Carlo, Grandi dott.ssa Marina, Lambertini dott. Flavio, Lodi dott. Vittorio, Roberti di Sarsina dott. Paolo

Approvata la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari

Via libera del Senato, con 175 voti a favore, 66 contrari e 27 astenuti, ad un emendamento al decreto contro il sovraffollamento delle carceri che impone la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari entro il 31 marzo 2013. Dopo quella data, i detenuti psichiatrici dovranno essere affidati ad apposite strutture organizzate dalla sanità delle regioni. Alla proposta ha dato parere favorevole la commissione Bilancio condizionandolo alla individuazione, tramite un accordo con l'amministrazione penitenziaria e d'intesa con ciascuna Regione, di una o più strutture sanitarie da destinare all'accoglienza dei malati condannati.

“È evidentemente un passo storico per il nostro Paese. Chiudiamo gli Ospedali psichiatrici giudiziari, chiudiamo strutture che per ottant'anni sono rimaste uguali a sé stesse, diventando il luogo in cui celare ciò che per alcuni erano solo 'rifiuti umani'. L'emendamento discusso oggi lo permette. Questa norma è un passo epocale per dire un no netto: il nostro paese non può e non vuole tollerare che esista un inferno dei dimenticati”. Così il senatore Ignazio Marino, presidente della Commissione d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale, dopo l'approvazione dell'emendamento per la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari.

“La legge, così come approvata dal Senato – aggiunge Marino – indica le caratteristiche e sancisce tempi certi per l'individuazione delle nuove strutture, interamente a carattere ospedaliero con una rete di vigilanza esclusivamente esterna, che permetteranno di superare gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Il termine è il 31 marzo 2013. Questo voto responsabilizza tutti, Stato, Regioni, Magistratura: nessuno potrà più dire 'io non sapevo' o 'io non posso', perché queste 1.500 persone internate, nella maggior parte dei casi senza garanzia delle cure e senza rispetto della loro dignità, devono da tutti noi essere percepite come una ferita ed una vergogna nel nostro vivere civile”.

Il testo dell'emendamento

3.0.4 (testo 2) I RELATORI

Dopo l'articolo inserire il seguente:

«Art. 3-bis.

(Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari)

1. Il termine per il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari già previsto dall'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, recante “Modalità e criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008 e

dai conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 nelle sedute del 20 novembre 2008, 26 novembre 2009 e 13 ottobre 2011, secondo le modalità previste dal citato decreto e dai successivi accordi e fatto salvo quanto stabilito nei commi seguenti, è fissato al 1° febbraio 2013.

2. Entro il 31 marzo 2012, con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro della giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti, ad integrazione di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997, ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia.

3. Il decreto di cui al comma 2 è adottato nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;
- b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati;
- c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

4. A decorrere dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale.

5. Per la realizzazione di quanto previsto dal comma 1, in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, comprese anche quelle che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione del Ministro della salute assunta di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e del Ministro dell'economia e delle finanze, possono assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari.

6. Per la copertura degli oneri derivanti dalla attuazione del presente articolo, limitatamente alla realizzazione e riconversione delle strutture, è autorizzata la spesa di 120 milioni di euro per l'anno 2012 e 60 milioni di euro per l'anno 2013. Le predette risorse sono assegnate alle Regioni e Province autonome mediante la procedura di attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67. Agli oneri derivanti dal presente comma si provvede, quanto a 60 milioni di euro per l'anno 2012, utilizzando quota parte delle risorse di cui al citato articolo 20 della legge n. 67 del 1988; quanto ad ulteriori 60 milioni di euro per l'anno 2012, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 7-quinquies del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33; quanto a 60 milioni di euro per l'anno 2013, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 32, comma 1, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.

7. Al fine di concorrere alla copertura degli oneri per l'esercizio delle attività di cui al comma 1 nonché degli oneri derivanti dal comma 5, è autorizzata la spesa di 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013. Agli oneri derivanti dal presente comma si provvede:

- a) quanto a 7 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2012-2014, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2012, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri;
- b) quanto a 24 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;
- c) quanto a 7 milioni di euro per l'anno 2012 ed a 24 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013, mediante riduzione degli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili di cui all'articolo 21,

comma 5 lettera b) della legge 31 dicembre 2009, n. 196 dei Programmi del Ministero della giustizia.

8. Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, provvede al monitoraggio e alla verifica dell'attuazione del presente articolo.

9. Nell'ipotesi di mancato rispetto, da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano del termine di cui al comma 1, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione e nel rispetto dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, il Governo provvede in via sostitutiva al fine di assicurare piena esecuzione a quanto previsto dal comma 4.

10. A seguito dell'attuazione del presente articolo la destinazione dei beni immobili degli ex ospedali psichiatrici giudiziari è determinata d'intesa tra il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia, l'Agenzia del demanio e le Regioni ove gli stessi sono ubicati».

Senato della Repubblica – XVI Legislatura - Atto di Sindacato Ispettivo n° 1-00505 - Pubblicato il 29 novembre 2011 - Seduta n. 638

Baio, Bosone, Bianconi, Rizzi, Rutelli, Antezza, Astore, Balboni, Baldassarri, Bruno, Ceccanti, Chiaromonte, Contini, D'alia, De Angelis, Digilio, Ferrante, Gallone, Garavaglia Mariapia, Germontani, Gustavino, Lannutti, Maritati, Milana, Molinari, Mongiello, Musso, Oliva, Russo, Sbarbati, Stradiotto, Thaler Ausserhofer, Valditara

Il Senato, premesso che:

- l'omeopatia deriva etimologicamente dal greco *omòios* (simile) e *pathòs* (sofferenza), e indica un metodo di cura che utilizza medicinali a dosi estremamente diluite o infinitesimali basandosi sull'applicazione del principio di similitudine;
- tale principio, noto anche come medicina delle piccole dosi (cosiddette *low dose*), si basa sulla constatazione di un fenomeno generale della biologia secondo cui ogni sostanza capace di provocare dei sintomi in un soggetto sano, a dosi ponderali, può curare quegli stessi sintomi in una persona malata, quando sia somministrata a dosi deboli;
- la direttiva europea 2001/83/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 6 novembre 2001, recante un codice comunitario relativo ai medicinali ad uso umano, prevede, al titolo III, capo II, una disciplina specifica in ordine all'immissione in commercio di medicinali omeopatici;
- la predetta direttiva, che mira ad armonizzare e riavvicinare le legislazioni degli Stati membri in materia, individua due procedure per la registrazione di nuovi medicinali omeopatici: una cosiddetta non semplificata e un'altra cosiddetta semplificata, quest'ultima prevista per i medicinali omeopatici immessi in commercio senza particolari indicazioni terapeutiche ed in una forma farmaceutica ed un dosaggio che non presentino alcun rischio per il paziente;
- il decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, di recepimento della direttiva 2001/83/CE reca, al titolo III, capo II, le "Norme speciali applicabili ai medicinali omeopatici": trattasi dell'articolo 16 (procedura semplificata di registrazione), dell'articolo 17 (contenuto della domanda di registrazione semplificata), dell'articolo 18 (medicinali omeopatici a cui non si applica la procedura semplificata di registrazione), dell'articolo 19 (comunicazioni in ambito comunitario), dell'articolo 20 (disposizione transitoria sui medicinali omeopatici; estensione della disciplina ai medicinali antropofisici);
- l'articolo 16, in ordine alla procedura semplificata di registrazione di nuovi medicinali omeopatici, prevede che: "Un medicinale omeopatico è soggetto, ai fini dell'immissione in commercio, ad una procedura semplificata di registrazione, soltanto se il medicinale: a) è destinato ad essere somministrato per via orale od esterna; b) non reca specifiche indicazioni terapeutiche sull'etichetta o tra le informazioni di qualunque tipo che si riferiscono al prodotto; c) ha un

grado di diluizione tale da garantirne la sicurezza; in ogni caso il medicinale non può contenere più di una parte per diecimila di tintura madre, né più di 1/100 della più piccola dose eventualmente utilizzata nell'allopatia per le sostanze attive la cui presenza in un medicinale allopatico comporta l'obbligo di presentare una ricetta medica”;

- il citato articolo 16, al comma 2, prevede che: “Con decreto del Ministro della salute sono adottati eventuali nuovi parametri concernenti la sicurezza del medicinale omeopatico in sostituzione o a integrazione di quelli previsti dalla lettera c) del comma 1, conformemente a quanto stabilito dalla Comunità europea”, ma tale disposizione non trova riscontro nella direttiva 2001/83/CE;

- la procedura semplificata di registrazione, in forza della previsione di cui all'articolo 20 del decreto legislativo n. 219 del 2006, si applica anche ai medicinali omeopatici presenti sul mercato italiano alla data del 6 giugno 1995, indipendentemente dalla forma farmaceutica e dal grado di diluizione, in considerazione del fatto che in tali ultime ipotesi la sicurezza del prodotto è garantita dalla pluriennale presenza sul mercato, indice della non tossicità degli stessi che, viceversa, avrebbe condotto al conseguente ritiro;

- l'articolo 17 del decreto legislativo n. 219 del 2006, al comma 2, stabilisce che la domanda di registrazione semplificata deve essere presentata conformemente ad uno specifico modello stabilito dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) entro il termine di tre mesi decorrente dalla data di entrata in vigore del medesimo decreto legislativo;

- l'AIFA ha pubblicato sul proprio sito Internet le linee guida a cui le aziende devono attenersi per la presentazione della documentazione di qualità dei prodotti omeopatici solo il 26 marzo 2009, a conclusione di un tavolo tecnico costituito nel 2007 su richiesta del Ministro della salute, e tali linee guida sono state pubblicate nella Gazzetta Ufficiale solo a giugno 2010;

- le predette linee guida, testualmente indicate come “Informazioni da riportare nel modulo 3 del CTD del dossier dei medicinali omeopatici”, non recano alcuna distinzione tra procedura semplificata e procedura non semplificata di registrazione di medicinali omeopatici atteso che, secondo quanto risulta da una nota dell'AIFA pubblicata sul sito istituzionale dell'Agenzia in data 21 giugno 2010, nessuna diversificazione o distinzione è prevista al riguardo sia dalle norme nazionali che da quelle comunitarie;

- di fatto, le linee guida dell'AIFA sottopongono le procedure di registrazione semplificata a requisiti di sicurezza ulteriori rispetto a quelli prescritti dall'articolo 16 del decreto legislativo n. 219 del 2006, in aperta violazione con tale ultima disposizione normativa; considerato che:

- l'Italia rappresenta il terzo mercato europeo di farmaci omeopatici dopo Francia e Germania e secondo i dati Eurispes 2010 sono circa 11 milioni i cittadini che fanno ricorso a questa tipologia di medicinali;

- il comparto dei farmaci omeopatici è costituito da circa 30 aziende, con un fatturato complessivo di circa 300 milioni di euro, che dal 1995 non hanno la possibilità di immettere nuovi farmaci sul mercato;

- è necessario eliminare le discriminazioni tra farmaci omeopatici e farmaci cosiddetti tradizionali, e l'introduzione di vincoli ulteriori oltre a quelli previsti dalla normativa europea rischierebbe di penalizzare non solo il comparto della medicina omeopatica (produttività, ricerca scientifica, occupazione) ma anche gli 11 milioni di italiani, pari a circa il 20 per cento dell'intera popolazione, cui di fatto verrebbe negata la libertà di scelta terapeutica,

- impegna il Governo ad adottare le misure necessarie per garantire l'effettività delle disposizioni concernenti le procedure e i requisiti per la registrazione semplificata dei medicinali omeopatici, di cui al titolo III, capo II, del decreto legislativo n. 219 del 2006, in vigore da 5 anni e conforme alle previsioni di cui alla direttiva 2001/83/CE.

Iscrizione Onaosi

L'iscrizione è obbligatoria per i sanitari dipendenti pubblici. Tutti gli altri sanitari, non dipendenti da pubbliche amministrazioni (liberi professionisti, dipendenti da strutture private, ecc.) possono iscriversi volontariamente alla Fondazione.

Ci si può iscrivere per solidarietà o per convenienza. La convenienza è per tutti i sanitari che hanno in programma la formazione di una famiglia o per coloro che hanno figli in tenera età: per entrambi l'iscrizione all'Onaosi deve essere vista come una forma di polizza assicurativa in quanto garantisce l'assistenza e il supporto necessario agli orfani ed ai figli dei sanitari che sono rimasti iscritti all'ONAOSI almeno per 30 anni. Come forma assicurativa è sicuramente molto vantaggiosa: il costo della polizza varia da 25 euro a 155 euro l'anno.

Attenzione: il nuovo Statuto prevede che per i sanitari neoiscritti, rispettivamente agli albi professionali provinciali dei Medici Chirurghi, Odontoiatri, Medici Veterinari e Farmacisti, l'iscrizione volontaria è consentita solo nei primi 5 anni di iscrizione all'Ordine Professionale sanitario.

Gli iscritti hanno inoltre diritto ad alcuni servizi:

a) L'ammissione dei propri figli nei Convitti e nei Collegi Universitari di Perugia e nei Centri Formativi presenti nelle seguenti città italiane: Torino, Pavia, Padova, Bologna, Perugia, Messina.

b) la partecipazione dei giovani studenti a qualificati corsi di formazione c) l'assegnazione di case vacanze invernali ed estive a Prè Saint Didier (Aosta) e Porto Verde (Misano Adriatico).

La Fondazione inoltre realizza forme di intervento nei confronti dei Sanitari e dei loro familiari in situazioni di particolari difficoltà e disagio sociale; elabora e attua proposte formative o di aggiornamento, volte a facilitare l'inserimento e l'affermazione dei giovani nel mondo del lavoro; realizza attività socio-culturali.

Per ulteriori informazioni telefonare allo 075-58.69.511.

Vincenzo Paroli Consigliere ONAOSI

Al San Matteo di Pavia un centro di ricerca per i farmaci

Il Policlinico San Matteo di Pavia entra nella rosa degli unici sei centri pubblici in Italia in grado di fare sperimentazioni sull'uomo anche nella fase iniziale di sviluppo dei farmaci. Da oggi la Fondazione ha infatti una struttura dedicata. "Ciò significa – spiega il direttore scientifico del San Matteo, Remigio Moratti – che sarà abbreviata la fase sperimentale dei farmaci che saranno poi messi a disposizione dei cittadini e che essa si svolgerà su pazienti che volontariamente si sottopongono al trattamento di medicine innovative". A controllare l'operato della struttura e la qualità dei progetti è il Comitato di bioetica della Fondazione presieduto da Stefano Govoni. Ne fanno parte oltre ai medici, specialisti e farmacologi, un rappresentante dell'associazionismo a tutela del paziente, un professore di biodiritto, un rappresentante degli infermieri, un farmacista, un esperto di statistica e un medico legale. Ogni progetto può essere attuato solo dopo l'approvazione del Comitato a garanzia del paziente. "Le prime fasi di sviluppo di un farmaco vengono effettuate su volontari sani e su malati – spiega Mario Regazzi, coordinatore della struttura dedicata del San Matteo – i pazienti avranno così un'opportunità in più per ricevere cure innovative grazie alla nostra attività di ricerca". Si tratta di una speranza in più per chi soffre anche di gravi patologie e non ha benefici dalle terapie standard, evidenzia la nota. Il San Matteo, inoltre, da sempre si occupa di farmacologia. Una delle attività che svolge è il controllo dei cosiddetti 'farmaci equivalenti' come per esempio quelli che rientrano nel gruppo degli ansiolitici, quelli destinati a trattare il dolore, gli antinfiammatori o gli integratori. La struttura dedicata del Policlinico è presso l'intramoenia, conta 16 posti letto contro una media di quattro registrata dagli altri centri abilitati. Vi lavora uno staff formato da infermieri, farmacologi, medici specialistici, psicologi, farmacisti.

Cochrane e British Medical Journal, dubbi su Tamiflu - La Roche non dà accesso a tutti i dati dei trials clinici

La reale efficacia dell'antinfluenzale Tamiflu resta dubbia e organi scientifici esterni alla Roche attendono da anni i dati clinici della compagnia per arrivare a conclusioni certe su di esso. È la denuncia in un report della Cochrane, che parla di rifiuto dell'azienda a dare pieno accesso a tutti i suoi dati. Contemporaneamente il British Medical Journal pubblica una inchiesta che a sua volta solleva serie perplessità sull'accesso ai dati clinici e sul processo di approvazione del farmaco.

Cure antidolore per meno di 1 paziente su 2, l'80% inefficace

Meno della metà (47,7%) degli italiani che lamentano dolori cronici riceve una terapia, che in oltre 8 casi su 10 (83% circa) si rivela comunque inefficace. Più di un paziente su 2 (52,3%) non assume quindi alcun trattamento, e soltanto la metà (50,9%) viene seguito da un medico. Sono alcuni risultati di una ricerca condotta dall'Associazione vivere senza dolore, durante la campagna itinerante 'Cupido' (Cura previeni il dolore), promossa nel 2011 con il patrocinio del Ministero della Salute. Il tour ha toccato 14 città della Penisola, con gazebo dove i cittadini potevano incontrare specialisti e rispondere a un questionario. Quasi 7 persone su 10 (67,3%) hanno detto di soffrire di dolore cronico, non legato a tumori in più di 9 casi su 10 (93,4%).

Dall'indagine, sostenuta da Mundipharma con un grant incondizionato e presentata a Milano, risulta in generale che i pazienti italiani conoscono poco la legge 38 che dal marzo 2010 tutela il diritto a un'assistenza equa e qualificata. Sette volte su 10 hanno difficoltà a individuare sul territorio i centri specializzati, e fra chi si rivolge a un medico pochissimi (5,8%) fanno riferimento a un terapista del dolore. Chi soffre, inoltre, ritiene non adeguati i farmaci prescritti: perlopiù si tratta di antinfiammatori non steroidei-Fans (38,5% delle risposte) che alleviano i sintomi solo nel 17% circa degli intervistati, mentre gli oppioidi forti vengono utilizzati nel 3,1% dei casi. Si conferma, infine, il pesante impatto del dolore sulla vita quotidiana che risulta compromessa per quasi 9 pazienti su 10. Alla luce dei dati emersi da 'Cupido', l'Associazione vivere senza dolore organizzerà dal 15 febbraio al 30 giugno prossimi una nuova campagna itinerante. Il progetto si chiama 'Hub2Hub' e si propone di sondare l'applicazione della legge 38 negli ospedali sede di un centro di terapia del dolore.

Disturbi mentali, colpito 20% americani

Un americano su cinque, ossia all'incirca 50 milioni di abitanti degli USA hanno sofferto di disturbi mentali nel 2010. A rivelare il forte dato è una indagine dell'Amministrazione USA per i servizi mentali e l'abuso di sostanze stupefacenti. In maggioranza tra donne e adolescenti.

Da uno studio italiano un aiuto per proteggere le ossa

Uno studio condotto dall'Università de L'Aquila in collaborazione con l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma e pubblicato su "Nature Communications", indica nuovi meccanismi che regolano in modo assai complesso il metabolismo delle cellule presenti nelle ossa. Un lavoro scientifico nato con l'obiettivo di comprendere come alcuni fattori importanti per le cellule ossee lavorassero in maniera coordinata per permettere una normale funzione del tessuto e come questi fossero alterati in una serie di patologie che vedono coinvolto lo scheletro. "Da molti anni, in collaborazione con Fabrizio De Benedetti, responsabile della Reumatologia del Bambino Gesù, studiamo il ruolo svolto da una molecola nota come IL-6 nelle malattie infiammatorie dei bambini, le quali purtroppo riducono la loro crescita e li predispongono allo sviluppo di osteoporosi in età precoce", spiega Anna Maria Teti, coordinatrice del lavoro. "In questo studio abbiamo dimostrato che IL-6 non lavora da sola, ma lo fa insieme a una molecola importante per la funzione delle cellule ossee che si chiama c-Src, e lo fa in modo molto complesso, con l'intervento di almeno un'altra molecola nota come IGFBP5". Le condizioni delle ossa sono estremamente importanti per una crescita armonica e per la salute generale sia dei bambini che degli adulti, in quanto una buona funzione dello scheletro influenza positivamente la funzione di tutti gli altri organi del corpo umano.

<http://www.nature.com/ncomms/journal/v3/n1/full/ncomms1651.html>

Dormir poco fa venire fame (con il rischio di diventare obesi)

Una nuova ricerca dell'Università di Uppsala ha dimostrato che una specifica regione del cervello che contribuisce alla sensazione di appetito è più attiva quando una persona osserva immagini di alimenti dopo una notte insonne rispetto a una notte di sonno normale. Nel lungo periodo, quindi, dormire poco può influenzare il rischio di diventare obesi. I risultati di questa ricerca sono stati pubblicati sul "Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism".

I ricercatori Cristiano Benedetto e Helgi Schiöth, del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Uppsala, hanno dimostrato in un precedente articolo, pubblicato sul "Journal of Clinical Nutrition", che nei giovani uomini di peso normale perdere una notte intera di sonno fa consumare meno energie la mattina seguente e fa crescere la fame. In un nuovo studio Christian Benedetto con Samantha Brooks, Helgi Schiöth e Elna-Marie Larsson dell'Università di Uppsala con altri ricercatori di altre università europee hanno notato che le regioni del cervello coinvolte nella sensazione di appetito sono influenzate dalla perdita di sonno acuto. I ricercatori hanno studiato attraverso la risonanza magnetica funzionale il cervello di 12 uomini di peso normale mentre guardavano immagini di cibo e hanno confrontato i risultati dopo una notte di sonno normale con quelli ottenuti dopo una notte senza sonno. «Dopo una notte di perdita di sonno totale – spiega Christian Benedetto – questi uomini hanno mostrato un alto livello di attivazione di una zona del cervello coinvolta nel desiderio di mangiare. Tenendo conto che la mancanza di sonno è un problema sempre più diffuso nella società moderna, i nostri risultati possono spiegare come mai l'abitudine a dormire poco può influenzare, nel lungo periodo, il rischio di diventare sovrappeso. È quindi importante dormire all'incirca otto ore a notte per mantenere un peso corporeo stabile e restare in salute».

Benedict C, Brooks S J, O'Daly O G, Almén M S, Morell A, Åberg K, Gingnell M, Schultes B, Hallschmid M, Broman J-E, Larsson E-M, and Schiöth H B. Acute sleep deprivation enhances the brain's response to hedonic food stimuli: an fMRI study. Journal of Clinical Endocrinol Metab, in press.

<http://jcem.endojournals.org/content/early/2012/01/12/jc.2011-2759.abstract>

Feti a rischio con alcol in gravidanza

Bere regolarmente durante la gravidanza aumenta le probabilità di avere figli con sindrome feto-alcolica. Tuttavia, un gruppo di scienziati statunitensi ha ora dimostrato che il rischio per il bambino aumenta se la mamma consuma alcool dalla settima alla dodicesima settimana. Il team guidato da Haruna Sawada Feldman presso la University of California, a San Diego, ha studiato quasi mille le donne durante la gravidanza per oltre tre decenni. Per scoprire che bere durante la seconda metà del primo trimestre di gravidanza aumenta i deficit di crescita in peso e altezza e le deformità facciali, segni rivelatori di disturbi da sindrome alcolica fetale (FASD). Per ogni bevanda extra al giorno, il bebè ha subito il 25 per cento in più di probabilità di avere un labbro dalla forma anormale, il 12 per cento in più di probabilità di avere una testa più piccola del normale e il 16 per cento in più di probabilità di avere un basso peso alla nascita. I FASD comportano, inoltre, una ampia serie di difetti di nascita evitabili causati dall'alcol che includono, tra gli altri, difficoltà di apprendimento e disturbi dell'attenzione, della visione e difetti dell'udito, epilessia e difetti scheletrici. I risultati saranno pubblicati sul numero di aprile della rivista Alcoholism: "Clinical & Experimental Research".

Gran Bretagna: pillola intelligente

Una pillola 'intelligente' che dice al malato se il farmaco viene assunto correttamente e quando andrà presa la prossima dose sta per arrivare in commercio in Gran Bretagna. Basterà che il paziente mandi giù la compressa, dotata di un microchip che si attiva con i succhi gastrici, e i segnali

vengono captati da un cerotto posto sulla pelle. Quest'ultimo invia direttamente sul cellulare del paziente o del medico sms con informazioni su come si sta seguendo la terapia. Il nuovo prodotto, il cui arrivo sul mercato britannico viene celebrato sulla stampa d'Oltremania, sarà particolarmente utile per i pazienti anziani, che in oltre la metà dei casi non seguono il trattamento farmacologico nella maniera più adeguata e, dunque, non ne traggono il giusto beneficio. La nuova pillola sarà anche in grado di dire al medico se il paziente sta facendo sufficiente movimento fisico o se dorme abbastanza e di rilevare la temperatura corporea e il battito cardiaco. Lloydspharmacy, fra le principali catene di farmacie inglesi, ha firmato un accordo con l'azienda californiana Proteus Biomedical per far arrivare sui propri scaffali le pillole 'intelligenti': basterà ingerire il microchip, incastonato in una compressa 'placebo', insieme a qualsiasi pillola, e applicare il cerotto sulla spalla o sul braccio.

Identificata la firma genetica della longevità

L'ambiente in cui si vive e la storia familiare sono i principali fattori coinvolti nell'invecchiamento più o meno sano di una persona. Ma alcune varianti genetiche svolgono un ruolo critico e complesso nel conferire una longevità eccezionale, secondo i ricercatori delle Boston University Schools of Public Health and Medicine, del Boston Medical Center, dell'Irccs Multimedica di Milano e della Yale University. Pubblicata su "PLoS One", la ricerca è la versione corretta di un lavoro originariamente pubblicato su "Science" nel luglio 2010. Poiché la longevità oltre la media può essere tramandata in modo significativo nelle famiglie, come hanno confermato anche numerosi studi su animali, i ricercatori hanno cercato di determinare quali varianti genetiche svolgano un ruolo nella sopravvivenza umana oltre i 100 anni di età. Hanno usato un consolidato metodo statistico detto bayesiano per determinare quali polimorfismi a singolo nucleotide (SNPs, o varianti genetiche) potrebbero essere utilizzati per classificare i soggetti come 'destinati' a essere ultracentenari. La sensibilità predittiva del modello che hanno sviluppato, che contiene 281 SNPs, aumenta con l'età del soggetto, supportando l'ipotesi che i geni giochino un ruolo sempre più importante in termini di sopravvivenza proprio quando si è vicini ai 100 anni. Il modello è stato in grado di predire la longevità eccezionale con il 60-85% di precisione, a seconda della età media del campione utilizzato: più era 'vecchio' il campione, più era forte la sensibilità del metodo. Il nuovo studio si differenzia dal precedente, volontariamente ritirato dagli autori, in diversi modi: è stato eliminato un gruppo selezionato di SNPs 'difettosi', è stato aggiunto un ulteriore campione di soggetti estremamente vecchi e i ricercatori dell'Università di Yale sono stati chiamati per convalidare i dati e la metodologia in modo indipendente.

In Calabria frutta a merenda per 46 mila alunni – Coinvolti circa 400 plessi scolastici

L'assessore regionale all'Agricoltura della Calabria, Michele Trematerra, ha presentato il progetto "Frutta nelle scuole", programma europeo cofinanziato dal Ministero delle Politiche Agricole e partecipato dal Ministero della Salute e dell'Istruzione, con il coinvolgimento della Regione Calabria e dell'Ufficio scolastico regionale. Gli obiettivi del programma, che coinvolge circa 400 plessi scolastici delle scuole primarie per un totale di circa 46 mila alunni, sono quelli di incentivare il consumo di frutta e verdura tra i bambini dai sei agli undici anni di età, offrendo loro più occasioni per conoscere i prodotti naturali e realizzare un più stretto rapporto tra il "produttore-fornitore" e il consumatore.

"Vogliamo far crescere nei bambini la sensibilità verso una sana e corretta alimentazione – ha spiegato l'assessore Trematerra – ecco perché è utile la sinergia intrapresa con le scuole anche perché ci sarà un momento di didattica sull'argomento che informerà i piccoli studenti sull'importanza del consumo di frutta e verdura, alimenti essenziali nella nostra dieta mediterranea. Non

si tratta solo di una promozione dei prodotti calabresi, ma di un progetto che privilegia l'aspetto educativo e culturale". Frutta a volontà, dunque, contro la cattiva abitudine di far merenda con snack vari, super farciti e ipercalorici, a base di grassi e conservanti che spesso favoriscono l'obesità nell'età infantile.

Frattura braccio 'ingessa' pure cervello - Non chiaro se 'congelamento' sia momentaneo o permanente

Se ti rompi un braccio e devi ingessarlo, anche il tuo cervello, in un certo senso, 'si mette il gesso', "congelando" le aree motorie che controllano il braccio rotto e aumentando invece le dimensioni di quelle che governano il braccio rimasto sano. È quanto emerge da uno studio su *Neurology*. Non è chiaro però se il "congelamento" sia temporaneo e rientri a gesso rimosso o se invece le modifiche cerebrali post-frattura siano permanenti.

Italia lontana da UE, 20% degli studenti abbandona precocemente gli studi - I dati ISTAT, troppi 25-64enni fermi al solo diploma delle medie

L'Italia resta lontana dagli obiettivi Ue in materia di dispersione scolastica. L'obiettivo di ridurre entro la fine del decennio a un valore inferiore al 10% il tasso di abbandono scolastico sembra impossibile visto che oggi il 18,8% dei ragazzi abbandona precocemente la scuola. L'incidenza degli abbandoni è maggiore fra i ragazzi, rivela l'Istat nelle sue statistiche sul paese. Sale, comunque, il tasso di partecipazione dei giovani in età 15-19 anni: ha raggiunto l'81,8% nel 2009, mentre la partecipazione al sistema di formazione dei 20-29enni è pari al 21,3%. Nei paesi Ue19 il tasso medio di partecipazione dei giovani in età 15-19 anni al sistema di istruzione è pari all'86,2%, mentre quello della fascia 20-29 anni si attesta al 26,6%. Il titolo medio, comunque, è basso. In Italia, nel 2010, il 45,2% della popolazione tra i 25 e i 64 anni di età ha conseguito come titolo di studio più elevato la licenza di scuola media. La situazione è in via di miglioramento ma restiamo indietro rispetto ai principali paesi Ue.

L'ABBANDONO IN UE - Nel 2010 il valore medio degli abbandoni nell'Unione europea si attesta al 14,1%. Tra i paesi che presentano incidenze inferiori al 10% i più virtuosi sono Repubblica Ceca, Polonia, Slovenia e Slovacchia (tutti con quote intorno al 5%). Nell'ambito dei principali paesi dell'Unione, Germania e Francia si trovano in buona posizione con valori pari rispettivamente all'11,9 e al 12,8 %, mentre la posizione peggiore è occupata dalla Spagna, con un tasso di abbandoni scolastici precoci del 28,4%. L'Italia si colloca nella quarta peggiore posizione subito dopo la Spagna. Il divario dell'Italia con il dato medio europeo è più accentuato per la componente maschile (22 contro 16%) in confronto a quella femminile (rispettivamente, 15,4 e 12,2%).

IL QUADRO DEL SUD ITALIA - Nel 2010 il fenomeno degli *early school leaver* ha coinvolto il 22,3% dei giovani meridionali ed il 16,2% dei coetanei del Centro-Nord. L'incidenza maggiore è in Sicilia, dove almeno 1 giovane su 4 non porta a termine un percorso scolastico/formativo dopo la licenza media. Valori intorno al 23% si registrano poi per Sardegna, Puglia e Campania. Quote elevate di abbandoni si riscontrano però anche in alcune aree del Nord (principalmente nella provincia autonoma di Bolzano e in Valle d'Aosta, ma anche in Lombardia e Piemonte). Peraltro, nel periodo 2004-2010, la contrazione del fenomeno appare piuttosto forte soprattutto nelle regioni meridionali, nelle quali l'incidenza dei giovani che lasciano prematuramente gli studi è scesa di 5,4 punti, a fronte di un decremento di 3,1 punti nelle regioni del Centro-Nord. Tra queste ultime, i progressi maggiori in termini di riduzione degli abbandoni scolastici prematuri sono quelli della provincia autonoma di Bolzano.

L'allarme: trasgrediscono con alcol, fumo e pornografia - Ricerca del Moige e della Sapienza presentata al Senato

Giovani e trasgressori. I minorenni in Italia bevono alcol anche se non dovrebbero, fumano e guardano film porno. Violano, cioè, più di un divieto. È quanto rivela l'indagine presentata al Senato e realizzata sentendo oltre 2000 minori. Il titolo: 'Vietato Non Vietato'. L'iniziativa è stata promossa dal Moige – movimento genitori – e realizzata dal Centro Interuniversitario per la Ricerca sulla Genesi e sullo sviluppo delle Motivazioni Prosociali e Antisociali dell'Università Sapienza di Roma. Scopo, "indagare e capire, in modo rigoroso e scientifico, le proporzioni del fenomeno dei comportamenti a rischio tra i minori adolescenti".

ALCOL, CHE (MALSANA) PASSIONE - Bere e acquistare bevande alcoliche sono comportamenti diffusi tra i minori. La percentuale di ragazzi che dichiara di non aver mai bevuto alcolici è alta alle medie, ma tende a decrescere fino ad arrivare al 7% per chi ha un'età compresa tra i 16 e 18 anni. Cinque ragazzi su dieci (53%) tra gli 11 e i 13 anni e 8 ragazzi su 10 (78%) tra i 14 e i 18 anni dichiarano di aver bevuto alcolici almeno una volta nella loro vita. L'età media della prima bevuta è 11 anni alle medie, 13 e 14 anni rispettivamente per i ragazzi delle superiori che hanno meno di 16 anni e per quelli che hanno tra i 16 e i 18 anni.

Sono soprattutto i ragazzi più grandi delle superiori a bere di più. Chi acquista bevande alcoliche lo fa soprattutto al bar (4% degli intervistati tra 11 e 13 anni, 44% tra 14 e 18 anni) o al supermercato (6% dei tra 11 e 13 anni, 52% tra 14 e 18 anni), mentre l'acquisto nei locali è molto diffuso soprattutto tra i ragazzi maggiori di 16 anni (36%). Generalmente il personale addetto alla vendita non ha verificato l'età della persona che acquistava.

FUMO MA NON POSSO - Quasi 3 ragazzi su 10 delle scuole medie e 6 su 10 delle superiori hanno fumato almeno una volta. Se si considera il comportamento dell'ultimo mese precedente alla ricerca, fumare sigarette è un'abitudine che riguarda una percentuale piuttosto bassa di ragazzi delle scuole medie (circa il 7% del totale), ma che aumenta nelle scuole superiori. Cinque ragazzi su 10 nella fascia d'età 14-18 anni (56%), di cui il 22% circa dei minori di 16 anni e il 34% circa dei ragazzi tra i 16 e i 18 anni fumano. Per ciò che concerne l'acquisto, la percentuale di ragazzi che dichiara di aver acquistato sigarette nell'ultimo anno aumenta con l'aumentare dell'età passando dal 10% tra gli studenti delle medie al 40% tra gli studenti delle superiori. Chi acquista sigarette lo fa soprattutto in tabaccheria.

GIOCO D'AZZARDO ANCHE FRA UNDER 18 - Molti adolescenti hanno giocato almeno una volta nel corso degli ultimi 12 mesi ad almeno un gioco con vincita in denaro. La maggior parte, tuttavia, lo ha fatto per 1-2 volte, giocando a uno o al massimo due giochi diversi. La situazione più tipica è quella di chi in un anno solare gioca una o due volte a quei giochi che fino al 31 Dicembre del 2010 non erano vietati. Mentre ai giochi "non vietati" fino a tale data ha, infatti, giocato il 65% dei ragazzi delle medie e il 69% dei ragazzi delle superiori, ai giochi che anche prima del 31/12/2010 erano sottoposti a divieto ai minori ha giocato una percentuale più bassa, il 26% alle medie e il 34% alle superiori. Se una percentuale considerevole di adolescenti ha giocato a giochi con vincita in denaro, la percentuale di adolescenti che negli ultimi 12 mesi ha giocato eccessivamente, cioè almeno 2/3 volte al mese, a qualsiasi gioco con vincita in denaro è inferiore all'1%, sia quando si considerano i ragazzi delle scuole medie, sia per quelli delle scuole superiori. Spesso nei punti vendita non vengono trovate indicazioni relative ai divieti sul gioco e raramente il personale di vendita verifica l'età di chi gioca (il 16% dei ragazzi delle scuole medie e il 19% dei ragazzi delle scuole superiori hanno dichiarato che il personale dei punti giochi non ha mai chiesto il documento d'identità).

PORNO ANCHE ALLE MEDIE - La visione e l'acquisto di materiale pornografico rappresentano comportamenti moderatamente diffusi tra i minori. Se la percentuale di chi acquista spesso materiale pornografico è decisamente bassa (2,7% nelle medie e 1,6% nelle superiori), la visione frequente di tale materiale è più alta (7,9% nelle medie e 14,7% nelle superiori). Il 2% dei rispondenti delle scuole medie e il 4% dei rispondenti delle scuole superiori dichiara di aver acquistato materiale pornografico su internet, mentre il 4% dei rispondenti delle scuole medie e il 3% dei rispondenti delle scuole superiori lo ha fatto in edicola. La disponibilità sul web di materiale a

contenuto pornografico ha annullato le barriere. Raramente il personale di vendita verifica l'età di chi acquista.

VIDEOGAMES INADATTI AD ACCESSO LIBERO - Acquistare e giocare a videogames non adatti ai minori (classificazione Pegi 18+) sono comportamenti piuttosto diffusi tra i minori, il secondo più del primo: 4 studenti su 10 alle medie e 5 studenti su 10 alle superiori dichiarano di aver giocato a videogiochi non adatti ai minori. Per il 16% dei rispondenti nelle medie e il 20% nelle superiori giocare a giochi non adatti ai minori (classificazione Pegi 18+) è decisamente un'abitudine. Raramente il personale di vendita verifica l'età di chi acquista (il 30% dei ragazzi delle scuole medie e il 24% dei ragazzi delle scuole superiori hanno dichiarato che il personale non ha mai chiesto il documento d'identità).

L'esercizio fisico virtuale previene la demenza

A promuovere gli 'exergame' come Wii-fit, che uniscono esercizio fisico e simulazioni al computer, è un nuovo studio pubblicato nel numero di febbraio del *Journal of Preventive Medicine*. "Abbiamo scoperto che per gli anziani un esercizio interattivo potenziato dalla realtà virtuale, ovvero il cyberciclismo, due o tre volte a settimana per 3 mesi, ha dato un maggiore beneficio cognitivo rispetto a quello 'classico'. Inoltre l'allenamento *high-tech* sembra aver fornito una maggiore protezione contro il decadimento cognitivo lieve, rispetto a sessioni simili di attività fisica reale", spiega Cay Anderson-Hanley dell'Union College di Schenectady (Usa). La ricerca dimostra che l'esercizio fisico può prevenire o ritardare la demenza e migliorare le funzioni cognitive nella terza età. Ma solo il 14% degli adulti tra 65-74 anni, e solo il 7% di quelli oltre i 75 anni fa regolarmente attività fisica. Nello studio 101 volontari di 58-99 anni sono stati esaminati e 79 partecipanti hanno completato le valutazioni iniziali. I soggetti sono stati assegnati a gruppi di ciclette identiche, tranne per un particolare: in alcuni casi il mezzo era dotato di un display di realtà virtuale. I partecipanti all'allenamento virtuale hanno eseguito tour 3D e gareggiato contro un "Ghost Rider", un avatar su due ruote rivale. In tutto in 63 hanno completato lo studio. I test condotti prima, durante e dopo lo studio hanno rivelato benefici cognitivi significativamente maggiori per i cyberpilotti, spiegano gli studiosi. E questo perché, spiegano, il fatto di fare attività fisica immersi nella realtà virtuale richiede un'attività mentale maggiore. "L'implicazione del nostro studio è che gli anziani che scelgono un exergaming interattivo possono giovare di un ulteriore vantaggio cognitivo, rispetto al solo esercizio fisico", conclude Anderson-Hanley, evidenziando la necessità di ulteriori ricerche.

[http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(11\)00862-2/abstract](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(11)00862-2/abstract)

La pillola contraccettiva è efficace contro i dolori mestruali

Secondo le stime, più della metà delle donne ha sofferto di dismenorrea, un'alterazione mestruale accompagnata da disturbi generali o locali anche molto dolorosi. Uno studio scandinavo più che trentennale dimostra che la pillola contraccettiva è efficace anche come analgesico per questo tipo di patologia. La ricerca è stata pubblicata sulla rivista *Human Reproduction*. I contraccettivi orali non hanno ancora alcuna licenza per questo scopo. I ricercatori della Sahlgrenska Academy dell'Università di Goteborg, hanno sottoposto a controlli gruppi di pazienti di età media di 19 anni, reclutate rispettivamente nel 1981, nel 1991 e nel 2001. A distanza di cinque anni dai primi controlli, sono state nuovamente contattate per certificarne le condizioni. "I periodi dolorosi si verificano di frequente, specialmente nelle donne giovani, dove ben il 50 per cento, con punte del 75, arriva a soffrire di dismenorrea", ha spiegato Ingela Lindh, responsabile dello studio. "Nel corso della ricerca abbiamo trovato che c'era una significativa differenza nella gravità della dismenorrea a seconda dell'utilizzo o meno di contraccettivi orali". È stato tuttavia difficile quantificare con precisione la differenza nei livelli di dolore ma, in media, c'è stato un cambiamento da "grave" a "moderato" in una donna su tre nei gruppi che hanno assunto contraccettivi orali. "Questo disturbo può avere un effetto negativo sulla vita delle donne, provocando assenteismo regolare da scuola

e da lavoro e interferendo con la loro attività quotidiana per alcuni giorni ogni mese. Una gestione efficiente della dismenorrea – ha aggiunto la ricercatrice – è vantaggiosa sia per le donne colpite sia per la società”. Un sondaggio americano ha suggerito che la condizione sarebbe a causa di 600 milioni di ore lavorative perse negli Stati Uniti ogni anno. Prima di questo studio i tentativi di individuare eventuali collegamenti tra la pillola e il dolore sono stati infruttuosi. Allo stato attuale, l'Agenzia europea per i medicinali, che sovrintende licenze sui farmaci in tutta l'UE, non include il trattamento del dolore tra le licenze per l'uso di contraccettivi orali.

<http://humrep.oxfordjournals.org/content/early/2012/01/11/humrep.der417.abstract?sid=91398e43-fi85-46e3-91dc-42a5bad93ca6>

Ministero della Salute - Bambine e bambini del mondo - Guida per le famiglie alla cura del neonato

La salute è un diritto di ogni bambino, qualunque sia la sua origine o nazionalità e i genitori hanno il ruolo di tutelare il benessere del proprio figlio fin dalla nascita. Tutelare la salute dei più piccoli significa non solo assicurare loro le migliori cure possibili, ma anche prevenire malattie e pericolosi incidenti. Il Ministero ha realizzato una pubblicazione che si propone come guida per le famiglie; strumento informativo capace di trasmettere ai neo genitori utili conoscenze per la cura del proprio figlio con l'intento di dare un contributo affinché ogni nuova nascita sia davvero un momento di grande gioia. Il Servizio Sanitario Nazionale mette a disposizione dei bambini: i pediatri di libera scelta, i consultori familiari, i poliambulatori e i reparti ospedalieri di ambito materno infantile. Tali strutture con i loro servizi costituiscono una presenza diffusa su tutto il territorio nazionale e sono in grado di giocare un ruolo fondamentale nelle attività di prevenzione e cura dei bambini. Questa guida vuole accompagnare anche i genitori di varie nazionalità presenti in Italia con consigli utili alla cura del neonato e del bambino fino ad un anno di età; a questo scopo è stata tradotta in 10 differenti lingue, quelle delle comunità più presenti in Italia.

<http://www.salute.gov.it/speciali/piSpecialiNuova.jsp?id=89&area=ministero&colore=3>

Sanità. Istat: spesa pubblica cresce, assorbe il 7,4% del pil - Per famiglie sud costo annuo salute è 955 euro, al nord 1.262

La spesa sanitaria pubblica in Italia è di circa 115 miliardi di euro, pari al 7,4% del Pil, e a oltre 1.900 euro annui per abitante (2010). È quanto rivela l'Istat che ha pubblicato il dossier sul paese dal titolo *Noi Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo*. La spesa pubblica per la sanità, spiega l'Istituto, è "in aumento rispetto all'anno precedente (2009, ndr) sia in valore assoluto che in percentuale del Pil". Comunque la spesa italiana è molto inferiore a quella di altri importanti paesi europei. A fronte dei circa 2.443 dollari per abitante, in parità di potere d'acquisto, spesi in Italia nel 2009, di poco superiore alla spesa sostenuta dalla Finlandia (2.410 dollari pro capite) e poco più della Spagna (2.259 dollari pro capite), il Regno Unito destina quasi 2.935 dollari pro capite, mentre Francia e Germania superano i 3.000 dollari, con spese pro capite rispettivamente di 3.100 e 3.242 dollari. Il livello di spesa più alto si registra per il Lussemburgo (3.741 dollari pro capite), quello più basso per la Polonia (1.006 dollari pro capite). Le famiglie contribuiscono con proprie risorse alla spesa sanitaria complessiva per una quota pari a poco più del 21%. La spesa sanitaria delle famiglie rappresenta l'1,8% del Pil nazionale e ammonta a 955 euro per famiglia nel Mezzogiorno e a 1.265 euro nel Centro-Nord. Il confronto europeo, riferito al 2009, mostra che la quota di spesa sanitaria privata in Italia, pari al 22,1%, è vicina a quelle di Austria e Francia. I paesi in cui il contributo della spesa privata è maggiore risultano essere Grecia, Paesi Bassi, il Portogallo e la Slovacchia, dove tale contributo è maggiore del 30%. Il contributo minore è quello registrato in Lussemburgo (16%), Regno Unito (15,9%) e Danimarca (15,4%).

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 9 febbraio 2012

Cognome - Nome	Indirizzo	Te lefono
ALVISI STEFANIA	V.le Oriani, 50/2 – Bologna	051/39.95.25 339/85.88.810
AMBROSINO MANUELA	Via Meucci, 4 – Bologna	329/20.76.722
ANDRUCCIOLI CRISTIANA	V.lo Monticelli, 3 – Bologna	334/32.81.818
ANTONACCI NICOLA	Via Friulia Venezia Giulia, 8 – Bologna	051/54.56.23 348/53.17.427
ARENA ROSARIO	Via Zamenhof, 3 – Bologna	329/62.47.937
BAGNATO FRANCESCA	Via G.Papini, 26 – Bologna	349/56.38.510
BARBALACE CLARA	Via Libia, 62 – Bologna	320/81.70.881
BERTONCELLI SARA	Via Mondolfo, 9 – Bologna	051/45.26.17 340/54.22.924
BERTONCELLI MARCO	Via Mondolfo, 9 – Bologna	339/22.98.893
BIAZZO DANIELA	Via Corticella, 192 – Bologna	349/56.64.115
CARDIGLIANO MARIA ANGELA	Via Capo di Lucca, 3 – Bologna	347/44.90.012
CARETTO VALENTINA	Via Masia, 213 – Bologna	328/72.67.342
CAROBOLANTE RICCARDO	Via Ferrarese, 167 – Bologna	333/33.32.340
CASTIELLO EMANUELA	Via de' Gombruti, 3 – Bologna	328/13.61.422
COCCOLINI ELENA	Via P. Bonafede, 41 – Bologna	342/16.48.012
D'ECCLESIA ANNA RITA	Via Orlandi, 3 – S.Lazzaro di Savena	051/04.10.327 348/95.00.814
DEGLI ESPOSTI CLAUDIA	Via B.Gigli, 14 – Bologna	051/58.73.902 328/72.03.370
DI FEDERICO CRISTINA	Via Cialdini, 17 – Ancona	338/33.52.467
DI TULLIO PIERGIORGIO	Via L.Visconti, 1/b – Ferrara	328/95.64.040
ESPERTI VINCENZO	Via Rubizzano, 1902/c – S.Pietro in Casale	327/53.40.055 335/18.18.648
GALANTE CLAUDIO	Via Galliera, 66 – Bologna	392/20.74.441
GIROTTI GAIA	Via della Cà Bianca, 3/8 – Bologna	051/63.41.218 349/66.17.114
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	338/16.14.287
GUALANO CHIARA	Via C.Cattaneo, 1/2 – Bologna	349/87.13.430
KATSINAS GIOVANNA	Via Graziani, 1 – Bologna	051/56.21.05 333/23.24.390
IMERI ALBIONA	Via L.Fasoli, 11 – Bologna	340/05.04.485
LONGO ROSITA	Via del Raccolto, 4 – Ravenna	328/07.09.399
MAJA LARA ELSY DE JESUS	Via degli Ortolani, 37 – Bologna	393/98.96.516
MASTROROBERTO MARIANNA	Via de' Castagnoli, 5 – Bologna	051/199.86.157 347/27.98.906 328/01.93.878
MENNA MARA	Via Bentivogli, 4 – Bologna	349/77.63.286 349/77.63.286
MINELLI GIULIA	Via Oberdan, 21 – Bologna	347/17.80.063
MONALDI ALICE	Via S.Donato, 80/3 – Bologna	0734/67.75.65 333/38.63.322
MONTORI MARIA	Via Gobetti, 17 – Bologna	329/98.64.870
NIKOLAKAKI MARIA	Via Lino Gucci, 4 – Bologna	388/60.44.969 051/56.06.67
NIKOLLAU NIKOLETA	Via Barozzi, 4 – Bologna	320/67.75.921
PALAIÀ VINCENZO	Via Massarenti, 43 – Bologna	340/66.86.310
PAOLUCCI ELISA	Via Massarenti, 50 – Bologna	338/45.13.908
PERGOLESÌ ANNA CHIARA	P.zza Trento Trieste, 3/3 – Bologna	051/39.11.49 339/14.85.636
PLANTERA PAMELA	Via A.Saffi, 16/3 – Bologna	380/63.49.252
PORTUNATO ALESSANDRO	Via del Cavaletto, 271 – La Spezia	328/42.13.573

RAMACIERI ANGELA	Via A.De Carolis, 29 – Bologna	349/43.46.866
RICCIARDELLI ROSSANA	Via Giuseppe Nadi, 18 – Bologna	340/97.54.053
RINALDINI DIEGO	Via dei Noci, 1 – Pesaro	333/79.56.166
ROSSI MARTINA	Via A.Protti, 12 – Bologna	328/89.74.249
SCARPINI GAIA	Via Palestro, 23 – Bologna	051/64.49.130
		338/13.11.994
SERENA TIZIANA	Via S.Felice, 51 – Bologna	349/60.58.835
SGRO' FEDERICA	Via Gaspare Nadi, 6 – Bologna	338/74.87.968
SPASARI EZIO	Via P.Fabbri, 100 – Bologna	328/49.87.840
TADDIA MARTINA	Via Asia, 37 – Pieve di Cento	051/97.32.95
		349/87.78.818
TESTA GABRIELLA	Via Melloni, 13 – Bologna	328/45.77.138
TRUNFIO VINCENZO	Via Piella, 14 – Bologna	349/00.94.086
XHYHERI BOREJDA	Via Zampieri, 30 – Bologna	347/60.23.001

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ABOUK NOSRATOLLAH	Corso di Formazione in Medicina Generale	339/42.60.185
BERRA MARTA	Ostetricia e Ginecologia	338/87.98.897
BOSCHI SABINA	Scienza dell'Alimentazione	347/43.28.278
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16
		340/85.50.870
CANELLA PIERO	Ortopedia e Traumatologia	
	Fisioterapia	338/14.06.026
CUPARDO MARCO	Corso di Formazione in Medicina Generale	338/34.27.985
DEGLI ESPOSTI CLAUDIA	Oncologia	051/58.73.902
		328/72.03.370
DE SANTIS GISELLE	Odontoiatra	051/39.82.09
		347/33.47.194
DI TULLIO PIERGIORGIO	Oncologia Medica	328/95.64.040
GABUSI ANDREA	Odontoiatria e Protesi Dentaria	051/61.43.275
		347/17.48.430
GASPARI VALERIA	Dermatologia e Venerologia	051/25.44.89
		339/83.49.236
FERRARI GOZZI	Psichiatria	328/98.10.011
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MARASCO RITA	Radiodiagnostica	349/74.84.073
MASCITTI PAOLA	Anestesia e Rianimazione	329/81.79.190
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente per la Medicina del Lavoro	339/48.19.676
MELIOTA LORENZO	Odontoiatria e Protesi Dentaria	338/86.28.764
OLMI RUGGERO	Ortopedia e Traumatologia	338/76.74.267
PERRONE LILIANA GIGLIOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	339/33.41.277
PICCOLI LIDA	Chirurgia Generale	347/59.17.472
		072/82.33.30
PUGLIESE SILVIO	Geriatria e Gerontologia	051/62.30.844
		393/52.42.452
RUGHI MORENA	Dermatologia e Venerologia	333/47.48.242
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

Giornata Internazionale di Medicina Antroposofica in memoria di Giuseppe Leonelli

Bologna 3 marzo 2012

Aula Magna dell'Accademia di Belle Arti di Bologna - via Belle Arti 54 - 40126 Bologna

ASSOCIAZIONE PER LA MEDICINA CENTRATA SULLA PERSONA ONLUS

Patrocinii: Regione Emilia-Romagna - Provincia di Bologna - Comune di Bologna - Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna - Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca - International Federation of Anthroposophic Medical Associations - Società Italiana di Medicina Antroposofica - Fondazione di Noopolis, Roma

Mattino

ore 9:00 Saluto del Presidente Dott. Paolo Roberti di Sarsina
ore 9:10 Saluto del Presidente OMCEo di Bologna Dott. Giancarlo Pizzi
ore 9:15 Saluto della Dott.ssa Laura Borghi, Presidente della Società Italiana di Medicina Antroposofica, SIMA, e degli ex Presidenti Dott. Mauro Alivia e Dott. Giancarlo Buccheri.
ore 9:20 Introduzione: Dott. Mauro Alivia, Vice Presidente Vicario
ore 9:30 Relazione del Dott. Carmelo Samonà: "La Memoria e il Lascito di Giuseppe Leonelli"
ore 10:00 Conferenza del Dott. Peter Zimmermann, Presidente della Federazione Internazionale delle Società di Medicina Antroposofica (IVAA) e del Dott. Thomas Breitreuz componente del Direttivo IVAA.

Pomeriggio

Interventi preordinati: Esperienze di Medicina Antroposofica a Bologna e in Emilia-Romagna
ore 14:00 Dott. Roberto Amabile, medico antroposofo, Bologna
ore 14:20 Dott. Angelo Antonio Fierro, medico antroposofo, Bologna
ore 14:40 Dott. Davide Bertorelli, medico antroposofo, psichiatra AUSL Parma

Tavola rotonda

Moderà: Paolo Roberti di Sarsina. Intervengono: Peter Zimmermann, Thomas Breitreuz, Mauro Alivia, Laura Borghi, Giancarlo Buccheri, Fausto Panni.

Conclusioni

Segreteria Scientifica: Mauro Alivia, Paolo Roberti di Sarsina, Roberto Amabile

Segreteria Organizzativa: Paolo Roberti di Sarsina, Cesare Pilati, Mauro Alivia
Sede Legale Via San Vitale 40/3a - 40125 Bologna, Italia

www.medicinacentratasullapersona.org
info@medicinacentratasullapersona.org

Convegno Nazionale sulla Ricerca Indipendente in Italia - La qualità degli studi non-profit, per la ricerca e per i pazienti

Roma 6-7 marzo 2012

Auditorium Ministero della Salute

ViA G. Ribotta, 5

Con il patrocinio di Istituto Superiore di Sanità - Agenzia Italiana del Farmaco - Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Federazione delle Società Medico-scientifiche Italiane - Ministero della Salute (patrocinio richiesto)

Martedì 6 marzo 2012

Sessione 1

Introduzione al convegno

Sessione 2

Dalla Prima alla Seconda Edizione del Convegno Nazionale sulla Ricerca Indipendente

Sessione 3

La ricerca non profit, farmaco ma non solo. Criticità e sviluppi

Mercoledì 7 marzo 2012

Sessione 4

La qualità degli studi non-profit: possiamo essere soddisfatti?

Sessione 5

La ricerca non-profit e il settore privato

Sessione 6

Cosa ci consegna questo convegno?

Segreteria Organizzativa

Planning Congressi srl

Via Guelfa, 9 - 40138 - Bologna

Tel. 051.300100 - Fax 051-309477

www.planning.it - s.cantasano@planning.it

L'approccio biopsicosociale alla riabilitazione post ictus - (innovazioni sperimentali e cliniche)

Bologna 28 marzo 2012

Aula Magna dell' Ospedale Bellaria (padiglione Tinozzi) - via Altura 3

8:30-9:00 Registrazione partecipanti

9:00-9:30 Saluto delle autorità

9:30-9:45 Presentazione del convegno e introduzione

9:50 I Sessione

Il sé e il cervello

11:45 II Sessione

Il contributo della neuroradiologia

14:30 III Sessione

Il sé nel processo riabilitativo

16:00 Tavola rotonda

Innovazioni sperimentali e cliniche nella riabilitazione dell'ictus

L'iscrizione è gratuita, ma obbligatoria e può essere effettuata coi seguenti contatti:

- Segreteria scientifica: dott.ssa Marina Farinelli
Villa Bellombra marina.farinelli@unibo.it - Tel. 051 582095

- Segreteria organizzativa sig.ra Raffaella Binelli
Villa Bellombra raffaella.binelli@villabellombra.it - Tel. 051 582095

Convegno: Iter Diagnostico e Terapeutico delle Malattie della Mammella

Bologna 30-31 marzo 2012

Villa Regina - Via Castiglione, 115

Venerdì 30 marzo 2012

16:00 Registrazione
16:20 Saluto di benvenuto
16:30 Epidemiologia
17:30 Imaging - Ecografia
18:00 Risonanza Magnetica
18:30 Genetica
19:00 Discussione
19:20 Break
20:00 Chirurgia
20:30 Chirurgia ricostruttiva

Sabato 31 marzo 2012

8:30 Radioterapia
10:00 Chemioterapia
10:15 Coffee break
10:30 Follow up - Presentazione del percorso Diagnostico - terapeutico a Villa Regina
12:30 Conclusione

Agenzia organizzativa

STUDIO G S.R.L.
CONGRESSI MEETING CORSI ECM
Via San Vitale, 57 - 40125 Bologna (BO)
Tel. 051227276 - Fax 051260660
info@studio-g.com / www.studio-g.com

Le neoplasie dell'apparato digerente: prevenzione e diagnosi precoce

Bentivoglio (BO), 21 Aprile 2012

Zanhotel Centergross Via Saliceto 8, 40010 Bentivoglio (BO)

Corso di aggiornamento in Gastroenterologia per Medici di Medicina Generale, Medici Ospedalieri ed Infermieri

1° Sessione: La prevenzione

9:00 Il ruolo del MMG G.D. Savorani (Bologna)
9:20 La dieta e probiotici D. Festi (Bologna)
9:40 Le azioni di screening del cancro del colon F. Bazzoli (Bologna)
10:00 Lo screening del cancro del colon nell'area metropolitana M. Manfredi (Bologna)
10:20 Discussione: L. Bagnoli, C. Montori (Bologna)

2° Sessione: La diagnosi precoce dei tumori digestivi

10:40 Un caso di lesione cistica pancreatica (IPMN) di difficile interpretazione E. Delfini (Castelmaggiore - Bo)
11:00 Il laboratorio M. Ventrucchi (Bentivoglio)
11:20 L'ecografia G. Canè (Bologna), S. Vicari (Bologna)
11:40 Le nuove tecniche di imaging F. Coppola (Bologna)
12:00 L'endoscopia V. Cennamo (Bologna)
12:20 L'ecoendoscopia C. Fabbri (Bologna)
12:40 Discussione, V. Arienti (Bologna), F. Levantesi (Bentivoglio)

3° Sessione: Il management delle lesioni precancerose e delle malattie predisponenti

13:00 Il ruolo dell'MMG C. Tosetti (Bologna)
13:20 Il paziente con esofago di Barrett P. Pozzato (Bentivoglio)

13:40 Helicobacter Pylori e cancro gastrico M. Zagari (Bologna)
14:00 Discussione, A. Balduzzi (Bologna), F. Stefanini (Faenza)
14:20 Discussione generale
14:40 Chiusura dei lavori e consegna del questionario ECM

SEDE

Zanhotel Via Saliceto 8, 40010 Bentivoglio (BO) (a 800 mt da uscita Interporto, Autostrada BO-PD)

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Maurizio Ventrucchi, Paolo Pozzato, Giuseppe Tassinari U.O. di Medicina Interna e Gastroenterologia Ospedale di Bentivoglio Via Marconi 35 - 40010 Bentivoglio - BO tel. 051.6644554 fax. 051.6644624

[e.mail: maurizio.ventruci@ausl.bologna.it](mailto:e.mail:maurizio.ventruci@ausl.bologna.it)

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

I&C srl Via Andrea Costa 202/6 - 40134 Bologna
Tel. 051 614 4004 - Fax 051614 2772
e-mail chiara.cilione@iec-srl.it
web www.iec-srl.it

ISCRIZIONE

Le iscrizioni sono gratuite e a numero chiuso. La registrazione dovrà avvenire on-line tramite il sito www.iec-srl.it entrando nella sezione EVENTI, cliccando sul corso prescelto e, in seguito, su "scheda di iscrizione".

ATTESTATO DI FREQUENZA

A tutti gli iscritti che ne faranno richiesta verrà rilasciato un attestato di frequenza.

International Course on Diabetic Foot 2012 - He Diabetic Charcot Foot: From History to Modern Approach

Bologna June 18-19, 2012

Hotel Royal Carlton - Via Montebello 8

June 18

1st session

The Charcot Neuropathic Osteoarthropathy in The Global Perspective of Diabetic Foot

2nd session

Epidemiology and Pathophysiology: The Role of Uncontrolled Inflammation

3rd session

Conservative Management

June 19

4th session

Surgical Management

5th session

Difficult Cases (with registered cases)

Congress Secretariat

I&C srl

Via Andrea Costa, 202 - 40134 Bologna (I)
Ph. +39 051-6144004 - Fax +39 051-6142772
alessandra.bolognini@iec-srl.it www.iec-srl.it

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

Affittasi in zona Corticella due ambulatori a medici specialisti (la zona ne è completamente priva ed ha un grande bacino di utenza). Lo studio ha un ingresso privato. Ottimo arredo, facile parcheggio, a norma di legge. Per info tel. 339/8952992 oppure 334/3250511.

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

Studio dentistico quartiere S. Vitale, via Guelafa, rende disponibili unità operative per odontoiatri per singole o mezze giornate, mattino o pomeriggio. Struttura autorizzata. Per info Tel. 347/3731793 - 051/4075977 - 051/4076261.

Cedesio studio odontoiatrico, piano terra (no muri), Bologna, zona centro, fuori ZTL, n. 1 riunito con possibilità di aggiungere il 2°, sala attesa e servizi, a norma, autorizzato, avviamento trentennale. Tel. 339/5934071 oppure 337/477012.

Offresi mezze giornate a specialisti in studio medico in San Lazzaro centro. Ottima posizione. Per info 335/6571046.

Affittasi per cessata attività studio odontoiatrico autorizzato con una unità operativa e disponibile come ambulatorio a medici specialisti generici sito in Bologna via Murri 84. Anche per giornate. Tel. 051/344747.

Murri-Chiesa Nuova: piano terra affitto signorile studio medico composto da attesa, 2 studi, 2 bagni. Ottimale per esercizio contemporaneo di 2 medici. Idoneo anche per odontoiatria. Posto auto riservato. Tel. 051.440376 ore ufficio o 348/8126096.

Ragazza italiana di 27 anni cerca lavoro come segretaria presso studio medico. Disponibilità part/full time. Massima serietà. Per info chiamare 340/3515170.

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

Viale Masini, primo piano affittasi studio dentistico di pregio già autorizzato, adatto a studio associato. Composto da reception e sala attesa, 3 studi, sala sterilizzazione, sala con ortopantomografo digitale, ufficio privato, spogliatoio e 2 bagni. Disponibili anche 3 posti auto. Ambiente ampio adatto anche come poliambulatorio. Tel. 335/5615625. Foto visibili su <http://www.flickr.com/photos/studiomed>.

Gruppo di 5 radiologi francesi cerca collega associato italiano per attività privata in policlinico privato o in studio privato di radiologia, completo di tutti i macchinari e le apparecchiature necessarie. Il lavoro è molto interessante e la remunerazione è motivante. Contatti: Docteur Jean-Jacques CULIOLI: aubertincathérine@lerss.fr

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

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

Poliambulatorio medico Agorà (ginecologia, odontoiatria, dietologia, flebologia ...) autorizzato in zona porta Lame, cerca dermatologo per avviare un nuovo servizio di dermatologia, sono disponibili anche ambulatori per altri medici specialisti. Per informazioni tel. 051.557388 - 348/6712133.

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

Vendo appartamento in Bologna, zona Corticella, vista parco, in ottimo stato, 120 mq su tre livelli. Due camere, cucina, soggiorno, mansarda e ampio terrazzo, bagno, ripostiglio, box auto, cantina, ascensore. Riscaldamento autonomo. Libero al rogito. Classe energetica F. Euro 340.000 trattabili. No agenzie. Tel. 345/3427653.

Vendo attrezzatura completa ambulatorio di ginecologia e ostetricia in ottime condizioni:

colposcopio Zeiss OPM 99 con fibra ottica nuova, rilevatore doppler BCF, lettino ginecologico, carrello acciaio a due ripiani, strumentario vario, tutto come nuovo. 051/581700.

Vendesi ufficio, adatto studio medico, di mq 90, 1° piano, senza barriere architettoniche x handicap, nuovo da cooperativa, anche con mutuo, in via Zaccherini Alvisi 17, con cantina e garage. No intermediari. Tel. 051/347974 (h 15-19,30) - 339/7928906.

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

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

Diplomata al liceo linguistico, 20 anni, figlia di Medico iscritto Albo Bologna, cerca lavoro, anche part-time, come segretaria-addetta alla reception/impiegata presso studio medico/poliambulatorio/casa di cura. Ottime referenze. Bella presenza. Conoscenza computer, inglese, francese, tedesco. Beatrice 348/7728725.

Nuovissimo poliambulatorio medico "Meridiana Medical Center" sito presso il quartiere Meridiana a Casalecchio di Reno via Cristoni 12 dispone di un ambulatorio medico attrezzato per un medico specialista in cardiologia anche per singole giornate. Ecografo Esaote Mylab

70-Elettrocardiografo per prove da sforzo VO2 max Cosmed con treadmill e cicloergometro. Holter ccg e pressorio 24-48 ore. Possibilità anche di far eseguire a colleghi cardiologi del poliambulatorio la diagnostica strumentale. Disponibile infermiere. Reception. Tel. 328.6839366 - 051.0954643 - Fax 051.0560839 - info@meridianamedicalcenter.it

Affittasi ambulatorio in via S. Felice 98, 2° piano con ascensore e portiere. Ingresso, 2 stanze, bagno e posto auto condominiale. Euro 400,00 mensili. Per info tel. 338/5454907.

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

Causa chiusura studio odontoiatrico in Bologna vendonsi: n. 3 riuniti Stern Weber completi; n. 1 computer per radiovideografia; n. 1 autoclave; stumentazione in toto. Per info 335/7049529 - 051/474519.

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

Ambulatorio medico in viale Aldini in Bologna composto di biblioteca-sala medici, 4 stanze visita, una sala d'attesa, 2 bagni. Per info 335/370869 dopo le ore 19,00 - 335/6652768..

Norme editoriali

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

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

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

Congressi/convegni/seminari (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)
Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.
Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nomi-nativi, telefoni, e-mail)

Annunci: testo di massimo 500 battute

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