

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLII - N° 4 APRILE 2011

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



OSPEDALE MILITARE di BOLOGNA

FRATRIBUS UT VITAM SERVARES

IN QUESTO NUMERO

- **Un clinico medico mancato, psichiatra per caso: Francesco Roncati** | Stefano Arieti, Luigi Bolondi, pag. 3
- **Breve storia di una gloriosa istituzione sanitaria: l'Ospedale Militare di Bologna "Lino Gucci"** | Alberto Becca, pag. 6
- **Ipertrofia Prostatica, non solo bisturi** | Giancarlo Vignoli, pag. 8



BOLLETTINO NOTIZIARIO



**ORGANO UFFICIALE
DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGHI
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 marzo 2011
è stato consegnato in posta
il giorno 01/03 /2011

SOMMARIO

ANNO XLII - APRILE 2011 N° 4

ARTICOLI

Un clinico medico mancato, psichiatra per caso: Francesco Roncati • **3**

Breve storia di una gloriosa istituzione sanitaria: l'Ospedale Militare di Bologna "Lino Gucci" • **6**

Ipertrofia Prostatica, non solo bisturi • **8**

ODONTOIATRI

Attività della commissione Albo Odontoiatri • **13**

NOTIZIE

Dalla pagina 14 alla 23

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **24**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **25**

CONVEGNI CONGRESSI • 26

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

Prof. FABIO CATANI

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

Dott. CARMELO SALVATORE STURIALE

Consiglieri Odontoiatri

Dott. CARLO D'ACHILLE

Dott. ANDREA DUGATO

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. CARLO D'ACHILLE

Segretario: Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Componenti: Dott. EMANUELE AMBU

Dott. PIETRO DI NATALE

Dott. ANDREA DUGATO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dott. ENNIO CARMINE MASCIELLO

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO

Dott.ssa CATERINA GALETTI

Supplente: Dott. ANDREA BONFIGLIOLI

Un clinico medico mancato, psichiatra per caso: Francesco Roncati

Stefano Arieti, Luigi Bolondi



Il titolo un po' provocatorio che si è voluto dare a questo articolo deriva dal fatto che generalmente uno dei più noti esponenti della medicina bolognese della seconda metà dell'Ottocento, Francesco Roncati, è di solito ricordato per la sua attività di psichiatra, alla quale pervenne in modo del tutto fortuito, e non per la sua pubblicistica scientifica in campo clinico medico e igienistico.

Francesco Roncati era nato a Spilamberto (Modena) il 10 giugno 1832. Dopo aver compiuto gli studi presso il Collegio dei Gesuiti, si iscrisse alla Facoltà di Medicina e Chirurgia del Ducato Estense, dove si laureò nel 1854. Subito si segnalò prestando la sua attività nell'ospedale della città natale durante l'epidemia di colera del 1855 e per questo ottenne una borsa di studio del duca Francesco V, che gli permise di recarsi a Vienna e in altre università di lingua tedesca per frequentare quelle

scuole, a quell'epoca all'apice degli studi medici europei. Ritornato in Italia dopo qualche anno, Roncati fu assunto in qualità di assistente supplente alla Clinica Medica di Bologna, diretta da Luigi Concato. Fu un breve periodo, perché in data 23 settembre 1863 pervenne al Reggente dell'Università la richiesta del Ministero della Pubblica Istruzione affinché accertasse i motivi per i quali Francesco Roncati aveva chiesto di essere "tosto e per sempre tolto dall'ufficio di assistente supplente". Le motivazioni ci sono note da quanto Roncati stesso ebbe a dire al Reggente dell'Università. Ritenendo, infatti, di avere sufficienti titoli per partecipare al concorso di Clinica Medica bandito dall'Università di Genova, aveva presentato i documenti per parteciparvi, ma, successivamente, gli era stato consigliato di ritirarsi (il che conferma che questa prassi nei riguardi dei candidati meritevoli è un vizio storico dell'Accademia italiana). Purtroppo dalla documentazione conservata non si riesce ad evincere da chi era pervenuto tale suggerimento. Al concorso riuscì vincitore Francesco Orsi (1828-1899), che, dopo tre anni di straordinario alla Cattedra di Clinica Medica di Genova, fu chiamato a ricoprire quella di Pavia. Il fatto aveva probabilmente suscitato in Roncati, uomo di grandissimo rigore morale, il disgusto per l'ambiente accademico e lo aveva indotto a rassegnare al Ministero le dimissioni, che furono accettate.

In quegli anni Roncati si era a lungo soffermato sulla ricerca delle metodiche migliori per eseguire l'esame chimico delle urine, che riteneva indispensabile supporto nella diagnosi delle malattie in generale e non solo in quelle specifiche delle vie urogenitali. Degne di rilievo, anche, le osservazioni che ebbe a fare nella descrizione di un caso di rabbia, in quanto sostenne, quando ancora Pasteur non aveva completato i suoi studi, che "la migliore, anzi l'unica cura pell'uomo e per gli animali, si è di distruggere il virus inoculato dai den-

ti nella morsicatura o dalla lingua del luogo lambito, mediante energici espedienti che o distruggano ed annientano, per così dire, la parte morsa, oppure specificatamente la modifichino e disorganizzino. Il ferro rovente, gli acidi minerali, il burro d'antimonio sono i primi; la potassa caustica è nella serie la seconda... alla chirurgia tocca determinare i casi nei quali occorre lo sbrigliamento delle ferite; alla cauterizzazione si mandi avanti una diligente e ripetuta lavatura della parte”.

Conscio delle difficoltà che i medici condotti incontravano nell'aggiornamento professionale, preparò per essi una serie di “schizzi” (come egli stesso li chiamò) relativi a varie affezioni dermatologiche e veneree che furono pubblicati sulla rivista bolognese “Ebdomadario Clinico”.

Insigne clinico con la monografia su *Indirizzo alla diagnosi delle malattie del polmone e del cuore* (1ª ed. 1864, poi dalla 2ª ed. 1865 *Indirizzo alla diagnosi delle malattie del petto, del ventre e del sistema nervoso*), volle fornire un pratico strumento di lavoro, in cui le vecchie tecniche di semeiotica (ispezione, percussione, auscultazione, alla quale non attribuì quell'assoluto valore diagnostico, contrariamente alla scuola francese) venivano affiancate da nuove metodiche di indagini fra le quali la toracometria, la spirometria, la pneumatoscopia (metodo chimico-fisico che mirava a determinare le modificazioni subite dall'aria entro gli organi respiratori), l'esame chimico dell'espettorato o delle feci. Ritenne indispensabile nella diagnosi delle malattie del sistema nervoso avvalersi della “elettricità, onde esaminare la contrattilità e sensibilità elettrica dei muscoli e delle estremità nervose intramuscolari, e l'eccitabilità dei tronchi, dei rami nervosi, dei plessi e dei centri”.

L'improvvisa malattia di Benedetto Monti (1799-1869), ordinario di Igiene e di Medicina Legale, incaricato di Clinica delle Malattie Mentali, obbligò la Facoltà Medica a deliberare il 15 febbraio 1866, su richiesta specifica degli studenti, di richiedere al Ministero della Pubblica Istruzione di affidare a Francesco Roncati, “notissimo per i suoi distinti lavori scientifici e per le sue qualità morali”, la supplenza del Monti, anche perché nel frattempo Roncati era stato chiamato a dirigere il mani-

comio, dopo che il Monti stesso ne era stato allontanato. Considerata questa collocazione, fu naturale affidare a Roncati, sebbene non avesse specifici titoli scientifici, anche, l'incarico di Clinica delle Malattie Mentali. Troppo note per ricordarle le vicende collegate ad una nuova sistemazione dei “pazzerelli”, trasferiti dall'Ospedale Sant'Orsola al Convento delle Suore Salesiane in via Sant'Isaia, grazie agli sforzi congiunti di Roncati e di Francesco Rizzoli. Nel 1869 con la morte di Monti, si aprì un lungo contenzioso fra la Facoltà desiderosa di ricoprire per concorso la Cattedra di Igiene e Medicina Legale e il Ministero, che respingeva ogni richiesta in tal senso. Situazione che si sbloccò solo nel 1878-79 in seguito alla divisione dell'Insegnamento della Medicina Legale da quello dell'Igiene. Roncati, ancora incaricato, preferì optare per lo straordinariato in quest'ultima disciplina, conservando sempre, per supplenza, quello di Clinica delle Malattie Mentali, che dal 1886 assumerà la denominazione di Psichiatria e Clinica Psichiatrica.

Anche come igienista Roncati ha lasciato opere di grande interesse quali il *Compendio d'Igiene* e gli interventi precisi e puntuali sul pericolo rappresentato dal Canale di Reno, che correva scoperto all'interno della Città, o sul nuovo tipo di edilizia, che il Comune di Bologna aveva promosso per soddisfare i bisogni della crescente popolazione e che aveva dato origine a quelle che Roncati chiamò “case caserma di via Indipendenza”.

Il suo pensiero nelle discipline psichiatriche è, invece, illustrato dalla redazione di due soli articoli, quelli relativi alle voci *Mania* e *Monomania* per l'*Enciclopedia Medica* Vallardi, e da quegli *Appunti delle lezioni di psichiatria*, raccolti dallo studente Angelo Bazzocchi. Da questi scritti emerge un Roncati non seguace delle teorie lombrosiane, anzi la sua impostazione clinica lo portò a pensare che nell'etiopatogenesi della malattia mentale potessero entrare in gioco lesioni organiche, anche, non apprezzabili alle dissezioni e, quindi, sostenne che andava promosso lo sviluppo delle tecniche microscopiche nelle neuroscienze. Inoltre ritenne che il costante aumento costante dei casi di follia, che ebbe a certificare come direttore del Manicomio, fossero determinati, anche, da fattori sociali, quali gli squilibri economici

e l'emarginazione crescente di contadini, operai e artigiani.

Si è affermato che egli fosse favorevole a un'azione di polizia repressiva e di un sistema sanzionatorio duro e autoritario, tesi che mal si concilia con le sue battaglie sia in favore della non imputabilità dei malati di mente, sia contro l'eccessiva propensione della forza pubblica all'uso delle armi. In realtà era angosciato dallo spaventoso primato italiano, in materia di reati di sangue, nel contesto europeo: essi erano annualmente più del decuplo di quelli commessi negli altri paesi del continente. Denunciò pure il pericolo del banditismo e soprattutto della mafia, affermando che tali fenomeni indebolivano la fragile unità nazionale.

Nessuna delle biografie sinora scritte su Roncati ha ricordato come egli, probabilmente stanco e affaticato, sin dalla fine del 1900 avesse chiesto di essere collocato a riposo e che, solo dopo reiterate preghiere da parte del Rettore Puntoni e con l'assicurazione che non avrebbe più fatto parte di commissioni di concorso, accettò di desistere dai suoi intendimenti. Nel 1904 ad un'ennesima petizione che Roncati giustificava affermando di essere affetto da un "ribelle incomodo di gola (catarro faringeo), che direttamente

infirmo troppo e già da mesi la vocale attitudine didattica", il Ministero, finalmente, concedeva a partire dal novembre successivo l'agognata pensione. Morì due anni dopo il 14 (e non il 15 come si legge in alcune biografie) settembre 1906.

Fonti e Bibliografia

- Archivio Centrale dello Stato: M.P.I., Dir. Gen. Istruz. Sup., Fascicoli del personale, I versamento: sub nomine;
- Archivio Storico dell'Università di Bologna: Fascicoli dei Docenti: Francesco Roncati;
- A. Andreoli, Francesco Roncati, in *Strenna Storica Bolognese*, XII, 1962, pp. 7-13;
- L. Manzi, *Un consulto inedito di Francesco Roncati*, in "Minerva Medica", 73, 1982, pp. 133-136;
- A. Tagliavini, Francesco Roncati, direttore del manicomio, in "Sanità, scienza e storia", 2, 1985, pp. 85-107;
- F. Martelli, *Considerazioni storiche su Francesco Roncati e sull'evoluzione degli studi psichiatrici nell'Ateneo bolognese*, in *Strenna Storica Bolognese*, XLIII, 1993, pp. 273-293.

Autore

Stefano Arieti – professore a contratto di Storia della Medicina nell'Università di Bologna.

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

Breve storia di una gloriosa istituzione sanitaria: l'Ospedale Militare di Bologna "Lino Gucci"

Alberto Becca

La storia del complesso monumentale conosciuto dai bolognesi come "l'Abbadia", ubicato fra le vie San Felice e Riva Reno, con attuale ingresso in via dell'Abbadia, si perde fra le testimonianze del più antico insediamento cristiano della nostra città: la cripta di San Zama (primo vescovo di Bologna) risalente al III° secolo d.C. dedicata ai protomartiri Naborre e Felice e ancora fortunatamente conservata nella sua originaria bellezza (ma assai poco conosciuta e visitata); da questa antichissima struttura (tempio di culto) si svilupparono in seguito varie costruzioni, adibite via via a convento di suore o frati, lazzaretto, casa di correzione per minori, ricovero per anziani; la nascita dell'ospedale militare dell'Esercito, che qui ha trovato per oltre un secolo la sua sede, va datata nel 1868 quando gli edifici furono adattati ad accogliere un luogo di ricovero e cura per i militari feriti e ammalati. L'Ospedale in seguito fu dedicato alla medaglia d'oro al V.M. Lino Gucci (gloriosa figura di ufficiale medico morto in combattimento sul fronte russo il 23 agosto 1941 nel tentativo di soccorrere alcuni militari feriti) e tale rimase fino alla sua trasformazione in Centro medico legale militare (1997) e alla soppressione (2005); da allora in una parte dei locali dell'Abbadia ha sede un centro militare di selezione per l'arruolamento di volontari dell'esercito.

La storia di questo antico complesso ospedaliero si inserisce nella gloriosa storia del Corpo Sanitario Militare, che "nasce" ufficialmente nel 1833 con il "Regio Viglietto" del Re Carlo Alberto; nel 1861 dopo la proclamazione della Unità d'Italia fu denominato "Corpo Sanitario del Regio Esercito". Inizialmente il Corpo era diviso in Sanità dell'Esercito e della Marina; nel 1911 venne istituito il Corpo Sanitario della Aeronautica Militare.

Poiché fin dall'inizio si sentì la necessità di

provvedere, oltre all'assistenza sanitaria "campale" (in guerra e in esercitazioni), anche all'assistenza sanitaria sul territorio in tempo di pace, dei militari sia di leva che in servizio permanente con personale medico specificamente preparato, fu costituita la Scuola di Sanità Militare (Firenze, 1882) e successivamente l'Accademia di Sanità Militare Interforze (Firenze, 1968) che tutt'ora, a Modena ha il compito di formare e addestrare, per l'Esercito, i futuri Ufficiali Medici in servizio permanente effettivo.

Durante la I Guerra Mondiale la Sanità militare italiana diede un drammatico tributo di sangue (730 ufficiali medici deceduti su un totale di circa 15.000 in servizio). L'ospedale militare di Bologna, ubicato nelle retrovie, analogamente ai vari ospedali da campo allestiti sul fronte, funzionò a pieno ritmo anche perché il numero di feriti e malati fu impressionante sia a causa della lunga durata del conflitto che della presenza di nuovi e sempre più potenti armamenti, aggressivi chimici, e per la comparsa di epidemie (il colera colpì circa 16.000 militari con una mortalità del 25%).

Anche nel corso della II Guerra Mondiale l'ospedale militare funzionò regolarmente ma venne gravemente danneggiato dai bombardamenti e si devono al Colonnello Medico Mauro Corticelli direttore dell'ospedale dal 1949 al 1956 i lavori di ripristino ed ammodernamento effettuati d'intesa con la sovrintendenza dei beni artistici e culturali. Il colonnello medico Corticelli (1896-1977) mirabile figura di medico militare, toscano di nascita ma bolognese di adozione, partecipò come ufficiale medico alla guerra di Albania (comandante di un ospedale da campo sul fronte Jugoslavo-Albanese), Libia ed Eritrea, e dopo la fine della II guerra mondiale comandò anche gli ospedali militari di Piacenza, Perugia e Bol-

zano: si distinse in tutto il suo servizio per la dedizione al dovere e la lungimirante attenzione ai feriti e ai sofferenti.

Nel secondo dopoguerra l'ospedale venne utilizzato come luogo di cura per i militari sia di leva che in servizio permanente, ed anche come sede di organi medico-legali militari e della commissione medica delle pensioni di guerra; venne inoltre stipulata una convenzione con la Università di Bologna nell'ambito delle scuole di specializzazione in Chirurgia, Cardiologia e Otorinolaringoiatria e fu attivata la prima scuola sottufficiali infermieri professionali dell'Esercito; molte sono le testimonianze della elevata professionalità degli ufficiali medici che prestarono servizio in questo ospedale, ove furono anche organizzate attività di aggiornamento scientifico e culturale di rilievo. Dagli anni '60 al 2000 furono attivi, oltre al consultorio psicologico e a numerosi ambulatori specialistici e di diagnostica (radiologia, analisi), i reparti di chirurgia, ortopedia, medicina generale, oculistica, otorinolaringoiatria, dermatologia, malattie infettive e neuropsichiatria per un totale di 120 posti letto: inoltre avevano sede all'interno della struttura, con competenze esclusivamente di tipo medico-legale, sia il reparto Osservazione che la Commissione Medica Ospedaliera (I e II) ed il Collegio Medico Interno; i militari degenti furono migliaia e il servizio di assistenza infermieristica venne svolto, oltre che dal personale militare, da alcune suore religiose vincenziane.

Era inoltre operativa una grande farmacia che riforniva, oltre ai reparti ospedalieri, anche le varie infermerie dei corpi e reparti militari afferenti all'ospedale stesso.

Negli anni più recenti, nell'ambito dei programmi di ristrutturazione della Sanità Milita-

re necessari per adeguare il servizio sanitario alle mutate esigenze organizzative dell'Esercito, l'ospedale fu prima trasformato in centro di medicina legale (senza quindi compiti curativi, con abolizione delle degenze) e quindi soppresso; allo stato attuale sono operativi in Italia solo due centri militari di cura (con personale interforze): a Milano (Centro ospedaliero dell'Esercito) e Roma (Policlinico Militare del Celio).

Tutti i militari in servizio possono regolarmente usufruire attualmente delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale mentre la Sanità Militare garantisce assistenza sia presso i corpi e gli Enti (con le Infermerie) sia in situazioni operative, in Italia e nelle sempre più frequenti missioni umanitarie all'estero, in condizioni campali e in collaborazione con i servizi sanitari di altri eserciti come attualmente in Afghanistan.

Bibliografia

D'Altri S. *La cripta di San Zama*. Costa Editore, Bologna, 1977.

Clerici C.A., Mesturini F., Steffano G. *Medici in prima linea: la Sanità Militare Italiana nelle due guerre mondiali*. In: *Uniformi e Armi*, 2001, pag. 36-42.

Feroli A. *Medici e malattie di guerra*. In: *Informazioni della Difesa* (anno 2010).

Autore:

Dott. Alberto Becca – ex ufficiale medico del Corpo Sanitario dell'Esercito: già capo reparto Osservazione dell'Ospedale Militare di Bologna.

Si ringraziano per la collaborazione: il Maggiore Ettore Aliberti, già Segretario dell'Ospedale, il T.col.me. Valdimaro Manneschi e il T.col.me. Mario Mele.

Ipertrafia Prostatica, non solo bisturi

Giancarlo Vignoli

Un recente editoriale del “New York Times” titolava, in modo chiaramente retorico, *I chirurghi sono troppo rapidi nelle loro decisioni interventistiche?* (1)

L'argomento è scottante e di particolare attualità. L'atteggiamento culturale nei confronti della chirurgia è, infatti, mutato.

Se vent'anni fa l'intervento chirurgico rappresentava la sola “vera” strategia terapeutica (“il bisturi risolve” si diceva), oggi, i progressi della farmacologia e l'introduzione delle tecniche mini-invasive ne hanno fortemente ridimensionato il ruolo.

Ciò è particolarmente vero nell'ambito dell'ipertrafia prostatica.

È noto come l'ipertrafia prostatica sia un problema estremamente comune nell'anziano. Ciò che è meno noto è che l'ipertrafia prostatica altro non è che una diagnosi istologica che può in alcuni casi essere causa di disturbi minzionali, ma, in molti altri, essere totalmente ininfluenza sulla genesi dei disturbi medesimi. Il concetto classico è che l'eccessiva proliferazione di cellule prostatiche provoca un restringimento del lume uretrale. L'ostruzione che ne consegue induce una minzione difficoltosa e tutto un corteo di sintomi (necessità di urinare spesso, difficoltà ad iniziare la minzione, nicturia e talora incontinenza) che caratterizzano un quadro clinico ben definito altrimenti noto come “prostatismo”.

Che l'asportazione, chirurgica o endoscopica, della prostata rimuova l'ostacolo e risolva il quadro clinico è vero solo in un terzo dei casi. Negli altri due terzi la sintomatologia rimane invariata (o talvolta può addirittura peggiorare) con inevitabile frustrazione del paziente che pensa di essersi sottoposto ad un intervento inutile.

I disturbi del basso tratto urinario (definiti dall'acronimo inglese LUTS - Lower Urinary Tract Symptoms, che ha sostituito, a mio avviso impropriamente, il termine più comune di “prostatismo”) vengono classificati in rapporto alle fasi del ciclo minzionale e distinti in ir-

ritativi (fase di riempimento), ostruttivi (fase di svuotamento) e post-minzionali (2).

Dei primi fanno parte la pollachiuria, la minzione imperiosa, la nicturia; dei secondi la difficoltà ad iniziare la minzione ed il getto ipovalido e intermittente. I sintomi post-minzionali riguardano lo sgocciolamento terminale, ma soprattutto il senso di incompleto svuotamento vescicale.

La prevalenza dei LUTS è molto alta. Uno studio epidemiologico del 2009 (EpiLUTS) condotto su un campione di 30000 individui, contattati via web, negli USA, Inghilterra e Svezia ha evidenziato che 3 su 4 soggetti, al di sopra dei 40 anni, presenta disturbi delle basse vie urinarie. Nella maggior parte dei casi (30%) i problemi riguardano tutte le fasi della minzione e solo in una minoranza (10%) riguardano unicamente un aspetto particolare (3).

Se si esamina, nel tempo, l'evoluzione naturale di detti disturbi si nota che, non trattando i pazienti, la metà di essi va incontro ad un peggioramento, ma l'altra metà rimane invariata (20% dei casi) o addirittura migliora (30% dei casi).

È difficile ipotizzare, in questa seconda metà, un ruolo eziopatogenetico della prostata (se la prostata rimane volumetricamente invariata mantenendo lo stesso grado di ostruzione, come è possibile che si abbia una risoluzione dei disturbi?), ma ciò che colpisce di più è che se si analizza il sesso femminile, nella stessa fascia di età, si nota che l'incidenza dei disturbi delle basse vie urinarie è uguale al sesso maschile (ed è fuor di dubbio che la donna non ha la prostata).

La sequenza, quindi, “prostata - disturbi - intervento - risoluzione dei disturbi” è quanto meno opinabile e va sicuramente rivista.

Di questo si erano accorti gli urodinamisti 25 anni fa che avevano posto l'accento, tra non poche polemiche, sulla necessità di evidenziare un'ostruzione delle basse vie urinarie prima di decidere un intervento sulla prostata (4).

Nel 50% dei prostatici è sicuramente presente

un'ostruzione urodynamicamente dimostrabile (mediante una flussometria urinaria o meglio con uno studio pressione/flusso), ma solo nel 30% di essi la prostata è il solo fattore responsabile dei disturbi (5).

Negli altri casi coesistono altri problemi per cui anche la rimozione di una prostata urodynamicamente ostruente può non essere risolutiva della sintomatologia.

Il limite diagnostico dell'urodinamica non è parso vero al clinico, che da sempre "mal digerisce" l'indagine, per sottolinearne l'inutilità a favore del tradizionale aspetto anatomico (dimensioni della ghiandola) che da sempre rappresenta un punto fisso della pratica urologica. Ricapitolando, dunque, un paziente che ha una prostata di 40 grammi con disturbi della minzione è ostruito nel 50% dei casi, ma solo nel 30% di essi si può ipotizzare che la rimozione della ghiandola porti, ragionevolmente, ad una scomparsa dei sintomi.

Questa percentuale è destinata poi a ridursi ulteriormente se si tien conto dell'entità della sintomatologia. Uno studio recente denominato CombAT (l'acronimo sta per Combination of Avodart and Tamsulosin) ha inequivocabilmente dimostrato che, nei disturbi prostatici di moderata entità, l'associazione di un inibitore della 5 alfa-reduttasi e di un alfa-litico dà una soddisfacente risoluzione del quadro clinico che si mantiene nel tempo (6). Naturalmente anche i farmaci, come l'intervento, sono meno efficaci se, nella genesi dei disturbi, all'ostruzione prostatica si associano altri fattori.

Quali sono, dunque, i fattori extra-prostatici da analizzare, volta per volta, per avere un quadro diagnostico il più veritiero possibile? Primo tra tutti il cervello.

La risonanza magnetica funzionale cerebrale ha permesso, negli ultimi dieci anni, di acquisire nozioni, fino a poco tempo fa, assolutamente impensabili sul controllo nervoso delle varie funzioni dell'organismo.

Così è stato per il ciclo minzionale.

La minzione è controllata eminentemente dall'emisfero destro e più precisamente dal lobo frontale.

L'azione di quest'ultimo, però, è il risultato di un complesso sinergismo tra diverse aree cerebrali, operative durante il riempimento ve-

sciale, la cui attività, fino alla comparsa dello stimolo, avviene del tutto inconsciamente.

Esse sono la sostanza grigia peri-acqueduttale, l'insula e la porzione anteriore del giro del cingolo che circonda il corpo calloso.

L'attività di queste aree aumenta progressivamente e sequenzialmente con il riempimento della vescica senza che l'individuo se ne accorga e, solo quando si attiva il giro anteriore del cingolo, si avverte lo stimolo ad urinare. Il lobo frontale è l'interruttore che, a comando, avvia la minzione coinvolgendo in primo luogo l'area motoria supplementare per consentire il rilasciamento sfinteriale. È facile comprendere come una sequenza così precisa e delicata possa essere facilmente interessata da diversi processi patologici, specie nell'anziano (7).

La risonanza magnetica funzionale cerebrale, in urologia, non ha al momento un utilizzo routinario come in altre branche della medicina, prima tra tutte la neurochirurgia dove viene impiegata per pianificare l'estensione della dissezione di una neoplasia cerebrale, ma vi sono buone probabilità che lo divenga a breve. Essa, tuttavia, ha permesso di dare la giusta interpretazione a dati urodinamici in passato sottovalutati, come il cosiddetto "warning time".

Il "warning time" (letteralmente "tempo di attesa") è il tempo che intercorre, durante un test cistometrico, tra la comparsa di uno stimolo impellente e l'inizio della minzione ed esprime la capacità di controllo del cervello sulla vescica.

Esiste una patologia cerebrale specifica, propria dell'anziano, definita come WMH (White Matter Hyperintensity) che riguarda la sostanza bianca attorno al 3° ventricolo, che altera la sequenza ordinata del controllo cerebrale e, come tale, provoca una minzione imperiosa spesso associata ad un'incontinenza (8).

È fuor di dubbio che, in queste condizioni, la rimozione dell'ostacolo prostatico non porti ad alcun miglioramento del quadro clinico, che, anzi, talvolta, potrebbe aggravarsi.

In tal caso il trattamento più indicato sarà un controllo della minzione "a tempo" utilizzando un "timer" che, ad un tempo prefissato, indicherà al paziente la necessità di andare in bagno indipendentemente dalla presenza del-

lo stimolo, associato ad un anticolinergico per tentare di diminuire lo stato di "accensione" cerebrale in risposta al riempimento vescicale. L'utilizzo di un anticolinergico in un prostatico è un'acquisizione (abbastanza sconvolgente!) degli ultimi cinque anni. In effetti l'anticolinergico risolve la sintomatologia irritativa in modo egregio e, purché non vi sia un residuo > 70 ml, ha scarse o pressoché nulle probabilità di indurre una ritenzione acuta (9).

Questo perché l'azione sul detrusore è minima rispetto all'azione sul cervello.

Un altro problema molto comune nel prostatico è la nicturia.

La nicturia, che ha un impatto estremamente negativo sulla qualità di vita del paziente, è spesso la causa per cui si decide di procedere in senso chirurgico.

Purtroppo un paziente su quattro continuerà ad avere la stessa nicturia che aveva prima dell'intervento.

I meccanismi che sono alla base della nicturia sono molteplici e non strettamente legati alla prostata. In particolare, in almeno il 50% dei pazienti la necessità di alzarsi la notte dipende da una poliuria notturna (10).

Si parla di poliuria notturna quando la diuresi, durante la notte, è superiore al 33% della intera diuresi giornaliera (11). Esistono due forme di poliuria notturna, una ipo-osmolare ed una normo-osmolare (12). La prima è legata ad una diminuzione della secrezione dell'ADH (Antidiuretic Hormone) durante la notte, la seconda ad una ipersecrezione di ANP (Atrial Natriuretic Peptide). La secrezione dell'ADH nell'adulto ha un ritmo circadiano con un picco durante la notte per consentire, attraverso una contrazione della diuresi, un sonno adeguato. Nell'anziano tale ritmo si interrompe e la mancata secrezione di ADH provoca una poliuria notturna.

L'ANP è un peptide prodotto dall'atrio destro, in risposta ad uno stato di sub-scompenso cardiaco al fine di alleggerire il circolo, promuovendo la diuresi. Al riguardo, si obietterà che se alcuni anziani presentano indiscutibili segni di scompenso (edema agli arti inferiori), molti sono del tutto normali pur alzandosi tre-quattro volte per notte. La capacità di assorbimento del liquido da parte dei tessuti interstiziali è notevole e può arrivare fino a un litro

prima di dare segno di sé attraverso un edema peri-malleolare. L'accumulo di liquido interstiziale viene restituito durante la notte, con l'ausiglio dell'ANP. Di qui la poliuria notturna. La poliuria notturna è facilmente diagnosticabile attraverso una valutazione della diuresi diurna e notturna ed il trattamento (ben poco urologico!) si affida alla somministrazione di un diuretico, tipo furosemide, nelle prime ore del pomeriggio o di desmopressina prima di coricarsi (13).

Un aspetto di grande attualità e tuttora in via di sviluppo è quello che correla i disturbi del basso tratto urinario (e l'eventuale disfunzione erettile associata) alla cosiddetta sindrome metabolica (14).

La sindrome metabolica è una condizione clinica meritevole di particolari attenzioni per via della sua gravità e diffusione. Con questo termine non si indica una singola patologia ma un insieme di fattori predisponenti che, uniti insieme, collocano il soggetto in una fascia di rischio elevata per malattie come diabete, problemi cardiovascolari in genere e steatosi epatica.

Per poter parlare di sindrome metabolica devono essere presenti contemporaneamente almeno tre dei seguenti fattori di rischio:

- Pressione arteriosa superiore a 130/85 mmHg;
- Trigliceridi ematici superiori a 150 mg/dl;
- Glicemia a digiuno superiore a 110 mg/dl (100 mg/dl secondo l'ADA);
- Colesterolo HDL inferiore a 40 mg/dl;
- Circonferenza addominale superiore a 102 centimetri.

La possibilità che un alterato metabolismo potesse essere responsabile di almeno una parte dei disturbi delle basse vie urinarie (soprattutto quelli irritativi come la pollachiuria e l'urgenza) era stata ipotizzata già vent'anni fa (15,16). Il meccanismo postulato era quello dell'ischemia, responsabile da un lato di un'iperattività del detrusore e dall'altro di una spinta iperplastica del tessuto epiteliale prostatico. Negli anni successivi la veridicità di questa ipotesi è stata ampiamente dimostrata ed oggi rappresenta una realtà largamente condivisa dalla comunità scientifica (17).

La sindrome metabolica interessa quasi la metà degli adulti al di sopra dei 50-60 anni.

Un'incidenza, questa, già di per sé allarmante, ma che verosimilmente crescerà nei prossimi anni.

I primi studi sulla somministrazione di statine per risolvere i disturbi del basso tratto urinario e l'impotenza hanno dato risultati contrastanti, ma è fuor di dubbio che questo rappresenti un importante filone di ricerca.

Vi sono, infine, due aspetti disfunzionali vescico-uretrali, che possono mimare strettamente il quadro dell'ostruzione prostatica, ma che in realtà non hanno nulla a che vedere con essa: la DHIC e la prostatodinia.

DHIC è l'acronimo di Detrusor Hyperactivity & Ipocontractility.

Si tratta di una disfunzione vescicale, molto comune nell'anziano (18), in cui il detrusore tende, da un lato, ad ipercontrarsi (da cui la necessità ad andare spesso ad urinare), ma dall'altro è incapace di sviluppare la forza necessaria a garantire lo svuotamento vescicale (da cui la presenza di un residuo post-minzionale elevato).

La ragione di ciò sta nell'invecchiamento del tessuto muscolare liscio della vescica in cui l'accumulo di collagene provoca, nello stesso tempo, sia un'anarchia che un'inefficienza contrattile.

In questi casi la rimozione dell'ostacolo prostatico non è mai soddisfacente ed il paziente continua ad avere invariabilmente la stessa sintomatologia.

Sfortunatamente il quadro non ha, al momento, una terapia risolutiva (per residui elevati c'è solo l'autocaterismo) ma il suo riconoscimento preventivo, mediante una indagine urodinamica, mette il chirurgo al corrente di un importante fattore di rischio.

Prostatodinia è un termine, probabilmente improprio, per definire un disturbo funzionale caratterizzato da un incompleto rilasciamento sfinteriale in fase minzionale (qualcosa di molto simile alla defecazione ostruita funzionale in ambito colo-proctologico).

La sua incidenza, nella fascia di età che va dai 50 ai 60 anni è molto frequente e oscilla intorno al 30% (19).

La storia clinica di questi pazienti è molto tipica.

Si tratta di soggetti con disturbi delle basse vie urinarie e prostate di piccole dimensioni (20-

30 gr) che vengono sottoposti, in genere da più chirurghi, prima ad incisione (TUIP) della ghiandola, poi a resezione della medesima (TURP) quindi ad ulteriore revisione della loggia prostatica. Il tutto senza significativi risultati sul piano sintomatologico.

In realtà il problema, in questi casi, è tutt'altro che prostatico e la soluzione è, più che chirurgica, riabilitativa. (D'altro canto non si continua a fare la STARR nella defecazione ostruita funzionale?)

In sintesi, quindi, il trinomio disturbi urinari-prostata-intervento ha probabilmente fatto il suo tempo.

L'intervento mantiene la sua validità terapeutica in un numero limitato casi, specie quando sussistono condizioni ben precise rappresentate da una sintomatologia particolarmente severa, infezioni recidivanti o ritenzione acuta di urina.

La valutazione dei pazienti deve essere globale ed estendersi dal cervello ai fini meccanismi cellulari vescico-uretrali.

In questa ottica non è errato dire che la "prostata" deve essere soprattutto una diagnosi di esclusione.

Bibliografia

1. The New York Times, February 10, 2011, The Opinion Pages: "Are doctors too quick to cut?".
2. Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Neurourol. Urodyn*, 2002; 21: 167-178.
3. Coyne K.S., Sexton C.C., Milsom I. et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms in the USA, the UK and Sweden: results from Epi-LUTS. *BJU Int* 2009; 104:352-360.
4. Abrams P. New words for old: lower urinary tract symptoms for prostatism. *BMJ* 1994;308: 929-30.
5. Oelke M., Baard J., Wijkstra H., et al. Age and bladder outlet obstruction are independently associated with detrusor overactivity in patients with benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol* 2008; 54:419-26.
6. Montorsi F., Roehrborn C., Garcia-Penit J. et al. The effects of dutasteride or tamsulosin alone and in combination on storage and voiding symptoms in men with lower urinary tract symptoms (LUTS) and benign prostatic hyper-

- plasia (BPH): 4-year data from the Combination of Avodart and Tamsulosin (CombAT) study. *BJU Int* 28/2/2011 (online early view).
7. Fowler C., Griffiths D. A decade of functional brain imaging applied to bladder control. *Neurourol. Urodyn* 2010;29: 49-55.
 8. Griffiths D., Tadic S., Schaefer W. et al. Cerebral control of the bladder in normal and urge-incontinent women. *Neuroimage* 2007; 37:1-7.
 9. Novara G., Galfano G., Ficarra W., Artibani W. Anticholinergic drugs in patients with bladder outlet obstruction and lower urinary tract symptoms: a systematic review. *Eur Urol* 2006; 50: 675-683.
 10. Abrams P. Nocturia: the major problem in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (LUTS/BPO). *Eur Urol* 2005, Suppl 3: 8-16.
 11. Weiss J. P., Blaivas J., Stember D. S. et al. Nocturia in adults: etiology and classification. *Neurourol Urodyn* 1998;17: 467-72.
 12. Matthiesen T., Rittig S., Norgaard J. y Col.: "Nocturnal polyuria and natriuresis in male patients with nocturia and lower urinary tract symptoms" *J. Urol.* 1996; 156: 1292-1299.
 13. Fu F. G., Lavery H. J., Wu L. D. Reducing nocturia in the elderly: a randomized placebo-controlled trial of staggered furosemide and desmopresin. *Neurourol. Urodyn*, Feb 2011(Epub ahead of print).
 14. Kirby M., Wagg A., Cardozo L. et al. Overactive bladder: is there a link to the metabolic syndrome in men? *Neurourol Urodyn* 2010; 29:1360-64.
 15. Azazdoi K. M. , Tarcan T., Kozlowsky R. et al. Overactivity and structural changes in the chronically ischemic bladder. *J Urol* 1999; 162:1768-78.
 16. Kozlowsky R., Kershen R. T., Krane R. J. et al. Chronic ischemia alters prostate structure and reactivity in rabbits. *J Urol* 2001;165:1019-26.
 17. Vikram A., Jena G. B., Ramarao P. Increased cell proliferation and contractility of prostate in insulin resistant rats: linking hyperinsulinemia with benign prostate hyperplasia. *Prostate* 2010; 70:79-89.
 18. Resnick N. M., Yalla S. V. Detrusor hyperactivity with impaired contractile function. An unrecognized but common cause of incontinence in elderly patients. *JAMA* 1987;257:3076-81.
 19. Kuo H.C. Videourodynamic analysis of pathophysiology of men with both storage and voiding lower urinary tract symptoms. *Urology* 2007; 70: 272-6.
- Autore:**
Giancarlo Vignoli - Unità di Urologia Funzionale - Casa di Cura Madre Fortunata Toniolo.

Attività della Commissione Albo Odontoiatri

Il Corpo nei NAS ha scoperto delle attività illecite finalizzate al traffico di Lauree in Odontoiatria che verrebbero acquistate presso paesi esteri. Nel mese di marzo sono state denunciate 27 persone per falso e truffa.

Nelle indagini è risultata coinvolta anche la nostra Regione e la nostra Provincia di Bologna. La Commissione Albo Odontoiatri desidera innanzitutto complimentarsi con il Comandante Sabato Simonetti, inoltre, desidera ringraziare per il preziosissimo lavoro che il Corpo dei NAS svolge su tutto il territorio provinciale, regionale e nazionale per la tutela della salute pubblica. La stretta collaborazione fra Ordini e NAS rappresenta un elemento fondamentale per la lotta all'illegalità che mette seriamente a rischio la salute pubblica.

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

La Fondazione ANT Italia ONLUS e l'Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS insieme per l'Agopuntura nei pazienti oncologici

Da aprile la *Fondazione ANT Italia ONLUS di Bologna* offrirà agli assistiti di Bologna e provincia la possibilità di usufruire gratuitamente di trattamenti di Agopuntura come supporto alle tradizionali terapie oncologiche, grazie alla convenzione stipulata con l'Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS di Bologna. Il progetto – spiega il prof. Franco Pannuti, fondatore e presidente dell'ANT – “rappresenta un passo avanti nella sinergia tra la Biomedicina e le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali”. L'Agopuntura, abbinata alle cure farmacologiche e psicologiche già offerte da ANT, “permetterà ai pazienti di essere sottoposti a un approccio terapeutico centrato sulla persona che consente un'assistenza completa e più efficace per il controllo di alcuni sintomi”. La convenzione è attiva su tutta la provincia di Bologna ed è rivolta ai pazienti seguiti gratuitamente dalla Fondazione ANT Italia ONLUS che per caratteristiche cliniche possano beneficiare del trattamento con l'agopuntura. I medici dell'Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS effettueranno le sedute di Agopuntura inizialmente nella sede centrale di ANT, l'Istituto della Solidarietà, delle Scienze e del Volontariato oppure direttamente al domicilio del sofferente. La convenzione prevede inoltre una serie di attività d'informazione e formazione sulle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali rivolte al personale medico della Fondazione ANT Italia ONLUS.

www.antitalia.org - www.medicinacentratasullapersona.org

* * *

Medicina: svelati errori mago del bisturi di 100 anni fa, simili a quelli di oggi

Il problema degli errori medici non è così nuovo come sembra. Una ricerca condotta spulciando le note del celeberrimo neurochirurgo americano Harvey Williams Cushing, redatte tra la fine dell'Ottocento e gli inizi del secolo scorso, ha messo in luce una copiosa documentazione delle sue disavventure chirurgiche.

Ma anche la profondità dei suoi suggerimenti per prevenire in futuro errori che, secondo i ricercatori moderni, in alcuni casi sono sorprendentemente simili a quelli che ancora oggi si verificano negli ospedali di tutto il mondo.

Un team della Johns Hopkins University, nel cui ospedale il chirurgo lavorò per anni, spiega sugli 'Archives of Surgery' come questa documentazione può aver giocato un ruolo importante e di stimolo per i progressi delle cure mediche e della neurochirurgia nell'epoca di Cushing.

E la sua riscoperta potrebbe avere lo stesso effetto positivo ancora oggi. “Riconoscere gli errori medici è evidentemente qualcosa che i camici bianchi hanno considerato come di cruciale importanza per il progresso della scienza molto tempo fa”, sottolinea Katherine Latimer, principale autrice della ricerca.

Latimer e i suoi colleghi hanno perlustrato gli archivi della Johns Hopkins localizzando le note relative a 878 pazienti di Cushing.

Le note, trasferite decenni fa su microfilm, coprono i primi anni della carriera del grande chirurgo, dal 1896 al 1912. Ma la decifrazione degli appunti è stata resa complessa dalla grafia poco comprensibile dello specialista, da abbreviazioni e dai fitti commenti di altri medici. Così i ricercatori hanno selezionato 30 casi, in cui alcuni errori sono chiaramente delineati da Cushing. I casi appartengono a categorie di errori simili a quelli che affliggono oggi i medici, spiegano gli autori, classificando 11 degli episodi 'nel mirino' come errori di giudizio: in cui, in pratica, Cushing ha fatto la scelta sbagliata durante un intervento chirurgico.

Un esempio fra tutti, l'operazione eseguita sul lato sbagliato del cervello di un paziente. Diciassette casi, poi, sono stati identificati come “errore umano”, in cui Cushing ha rivelato un compor-

tamento goffo o disattento, come ad esempio la caduta di uno strumento in una ferita chirurgica. Tre episodi sono stati considerati legati ad apparecchiature o strumenti. Latimer e i suoi colleghi sono stati stupiti dalla mole di documentazione "onesta e trasparente" attraverso la quale Cushing analizza la propria condotta.

Le note riconoscono gli errori che possono aver condotto a decessi o messo in bilico la riuscita degli interventi. E questo in un'epoca in cui il contenzioso per malpractice già stava diventando una preoccupazione crescente per i medici, almeno negli Usa. Non tanto (almeno all'epoca) per una questione di sanzioni, quanto per la stessa reputazione dei 'camici bianchi'. Si trattava di un'era di grandi progressi medici: la mortalità dei pazienti operati per tumori cerebrali è scesa dal 50% al 13% nel corso della carriera del celebre neurochirurgo. Progressi frutto non solo delle tecnologie più avanzate, ma anche del fatto che per la prima volta è stata tenuta una attenta documentazione degli errori, che hanno aiutato lo stesso Cushing e altri chirurghi a sviluppare metodi per evitarli, dicono i ricercatori.

"Le persone sono esseri umani e faranno" sempre "degli errori medici", dice Latimer, "vigilare sulle proprie debolezze è fondamentale per migliorare". Un atteggiamento che deve essere rinnovato "anche oggi". Anche perché, spiega Alfredo Quinones, associato di neurochirurgia presso la Johns Hopkins University School of Medicine e autore anziano dello studio, gli errori medici continuano ad avere un enorme impatto sui pazienti e le loro famiglie. "Riconoscerli e segnalarli ci può aiutare a migliorare notevolmente la medicina".

* * *

Trials clinici "di gruppo"

Via libera all' "approccio collaborativo" nelle sperimentazioni dei farmaci sull'uomo. In un articolo pubblicato sul "New England Journal of Medicine" un gruppo di noti ricercatori lancia un appello con l'obiettivo di portare ai malati nuovi medicinali in tempi più brevi possibili. Cosa che in futuro non sarà possibile se gli sperimentatori non uniranno le forze nei trials clinici. Nella nuova visione della medicina centrata sulla persona e dei farmaci sempre più mirati a pazienti con caratteristiche ben precise, gli studi di gruppo, potrebbero aiutare innanzitutto nell'arruolamento di malati disposti a partecipare alle sperimentazioni. Non sempre, proprio a causa dell'avanzamento della medicina, è facile raccogliere un numero sufficiente di pazienti adatti ai trials. Si potrebbero inoltre dividere le spese e abbassare così gli enormi costi necessari a portare un nuovo prodotto sul mercato. "Il processo di approvazione dei farmaci sta raggiungendo una situazione di stallo in alcune aree - sottolinea Daniel Ryan, dell'Università di Rochester (Usa) - e il problema è destinato a peggiorare, perché ci saranno più farmaci, ma anche più piccole popolazioni di pazienti per metterli alla prova. La nostra proposta mira a ristrutturare il sistema". Collaborative Clinical Trials. "New England Journal of Medicine" 2011; 364:789-791.

* * *

Rinnovo patente di guida, attenzione alla certificazione medica

Novità per la certificazione medica relativa al conseguimento o al rinnovo della patente di guida. Il Ministero delle infrastrutture e trasporti, con decreto del 31 gennaio 2011 ha disciplinato le modalità di trasmissione della certificazione medica per il conseguimento e il rinnovo della patente di guida. Obiettivo è quello di individuare procedure che consentano di risalire con certezza al medico che rilascia la certificazione di idoneità fisica e psichica, da allegare alla domanda per il conseguimento o il rinnovo della patente, per garantire che egli abbia i requisiti previsti dalla legge. Ai fini del rilascio del certificato di idoneità fisica e psichica necessario per il conseguimento della patente di guida, nonché di quello necessario al rinnovo di validità della stessa, i medici appartenenti ad amministrazioni devono richiedere un codice di identificazione all'ufficio della motorizzazione competente per territorio (in base al luogo dove ha sede l'ufficio al quale appartengono); il codice

è riportato in calce alle certificazioni insieme al timbro ed alla firma del medico certificatore ed all'indicazione dell'ufficio di appartenenza dello stesso. Le amministrazioni comunicano al centro elaborazioni dati della Direzione generale per la motorizzazione ogni evento dal quale derivi cessazione del rapporto. Anche i medici militari in quiescenza, o non più appartenenti alle strutture per motivi diversi dallo stato di quiescenza, per il rilascio di certificazioni devono richiedere un codice di identificazione all'ufficio della motorizzazione competente per territorio, da riportare sulle certificazioni con la firma del medico. La richiesta del codice deve essere accompagnata da una dichiarazione relativa allo stato del certificatore, ad esempio non essere stato destituito dall'incarico per motivi disciplinari o a seguito di condanne penali, né dispensato dal servizio per infermità. Fino alla data del 31 agosto 2011 i medici appartenenti alle amministrazioni possono rilasciare i certificati di idoneità psico-fisica secondo le modalità precedenti alla riforma.

http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/rinnovo_patente/index.html

* * *

FDA sotto accusa, troppo imprevedibile impatto negativo su salute pubblica, economia, posti lavoro e innovazione

Il processo di autorizzazione dei farmaci "sempre più imprevedibile" della Food and Drug Administration (FDA) ha un impatto negativo sulla salute pubblica della nazione, sull'economia, sulla creazione di nuovi posti di lavoro, sulla competitività e sull'innovazione.

L'accusa arriva da uno studio del California Healthcare Institute e di The Boston Consulting Group. I tempi impiegati dall'ente regolatorio americano per esaminare i dossier per l'approvazione dei farmaci biologici – denuncia lo studio – sono aumentati del 28% rispetto ai livelli medi del periodo 2003-2007.

Il motivo, ipotizzano gli esperti, sono le crescenti critiche e pressioni sull'Agenzia USA a opera del Congresso, dei media e delle associazioni dei consumatori sui potenziali rischi che i nuovi medicinali possono portare con sé.

I pazienti statunitensi "vengono danneggiati quando ci sono ritardi nel portare nuove scoperte mediche sul mercato", ha detto il direttore esecutivo del California Healthcare Institute, David Gollaher. "Con gli enti stranieri di regolamentazione, soprattutto l'EMA, impegnati per il miglioramento della competitività delle loro industrie e la sicurezza dei farmaci e dei dispositivi medici – ha fatto notare Gollagher – l'inefficienza della FDA ha portato a far approvare e mettere a disposizione dei pazienti invenzioni americane prima in altri Paesi che negli Usa".

Un elemento dal quale scaturiscono poi altri effetti negativi: il rapporto rileva che, negli ultimi anni, c'è stato uno spostamento delle sperimentazioni cliniche all'estero, nonché il lancio di nuovi prodotti 'chiave' anni prima in Europa che negli Stati Uniti.

* * *

50 minuti al cellulare alterano l'attività cerebrale

L'uso dei telefoni cellulari altera sensibilmente l'attività cerebrale dopo 50 minuti al telefono. Lo ha appurato uno studio del National Institutes of Health negli Stati Uniti, pubblicato sul "Journal of the American Medical Association". L'indagine, condotta su 47 persone, ha monitorato l'effetto dei campi magnetici (RF-EMF) provenienti dall'antenna di un telefono cellulare. I telefoni cellulari sono stati accostati ad entrambe le orecchie di ogni partecipante. Un telefono era spento, l'altro era "muto" ma acceso, in modo che i soggetti dello studio non potessero percepire differenze. I loro cervelli sono stati poi analizzati per rilevare i cambiamenti della quantità di glucosio in circolo, indice di maggiore o minore attività cerebrale, scoprendo un aumento del 7% nelle zone del cervello più vicine all'antenna del cellulare acceso.

I ricercatori concludono che "il cervello umano è sensibile agli effetti dei campi elettromagnetici RF-EMF da esposizioni acute di cellulare. Tuttavia i risultati non mostrano alcuna correlazione tra l'uso del telefonino e potenziali effetti cancerogeni", anche se non la escludono. Finora il più gran-

de studio su questa materia, condotto su 420.000 utilizzatori di cellulari in Danimarca, non aveva scoperto in via definitiva un legame tra il rischio di cancro e l'uso (o l'abuso) del telefonino, ma non l'aveva neanche escluso. I ricercatori americani hanno deciso di analizzare il problema a monte, partendo da un indicatore valido dell'attività cerebrale, il glucosio, e valutando come e dopo quanto tempo l'uso del telefonino "accenda" aree del cervello in modo analogo in cui in natura avviene quando si attivano funzioni specifiche come il pensiero. Resta da capire, ribadiscono gli scienziati, se questo significa che c'è qualche rischio effettivo per la salute.

* * *

Troppi rischi di errori dosaggio per neonati e bimbi. Uno studio canadese pubblicato sul *Canadian Medical Association Journal*

Errori di dosaggio in agguato per chi deve "adattare" delle terapie farmacologiche a piccolissimi pazienti. Preparare piccole dosi di medicinali da iniettare può essere un'operazione non semplice e dal risultato impreciso, quando i pazienti sono molto piccoli. Tanto che, secondo uno studio canadese pubblicato sul "*Canadian Medical Association Journal*", errori cruciali di dosaggio ai danni di neonati e bimbi piccoli sono dietro l'angolo. Dal momento che i bambini necessitano di piccole dosi di medicinali, queste spesso vengono preparate con quantitativi inferiori a 0,1 ml: secondo i ricercatori diretti da Christopher Parshuram, del dipartimento di pediatria del Sick-Kids e dell'Università di Toronto, proprio questo moltiplica i rischi di errori di dosaggio e possibili eventi avversi. Tra i medicinali "nel mirino" degli scienziati ci sono anche potenti narcotici e sedativi, ma anche gli immunosoppressori: tutti richiedono piccolissime dosi per i pazienti più piccini. E un errore può avere gravi conseguenze. "La somministrazione sicura di medicinali richiede formulazioni che permettono un'accurata preparazione e somministrazione. L'attuale attrezzatura – spiega lo studioso – non permette misurazioni accurate per volumi inferiori a 0,1 ml". Gli autori hanno condotto uno studio teorico e uno clinico su 1.531 piccoli pazienti ricoverati nel 2006. Di 71.218 somministrazioni intravenose effettuate, ben 5.245 richiedevano preparazioni con una soluzione inferiore a 0,1 ml e 12.439 quantitativi inferiori a 0,2 ml. Una possibile "fonte di errori di dosaggio che coinvolge potenti medicinali e riguarda più di un quarto dei bambini analizzati", sostengono i ricercatori. Insomma, secondo gli autori occorre riesaminare a fondo i metodi di preparazione e le pratiche di produzione, per tutelare la sicurezza di neonati e bambini malati.

* * *

Al via le linee guida sulla comunicazione sanitaria online

Progettare una comunicazione online centrata sulle esigenze dei cittadini e le risposte del servizio sanitario nazionale. Questo l'obiettivo delle "Linee guida sulla comunicazione on line in tema di tutela e promozione della salute", presentate dal Ministro della Salute Ferruccio Fazio insieme al Rettore della Sapienza Università di Roma Luigi Frati, il 17 febbraio 2011 presso l'Auditorium Biagio d'Alba del Ministero.

Il documento, frutto dell'Accordo di collaborazione del dicembre 2009 tra la Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero e Sapienza Università di Roma, è il risultato di un anno di studi e ricerche sulle esigenze informative dei cittadini e sui siti internet del Servizio sanitario nazionale. In base alle Linee guida, è stato inoltre presentato un progetto di portale ministeriale dedicato ai cittadini. Come sottolineato dal Direttore Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali, Daniela Rodorigo, "internet sta avendo una crescita esponenziale e la comunicazione della salute on line ha sempre più un ruolo strategico nella relazione tra cittadino e Servizio sanitario nazionale. Con le linee guida ci siamo dati e vogliamo offrire

agli altri enti del SSN un primo orientamento e strumenti di autovalutazione dei siti internet e di rilevazione del grado di soddisfazione dei cittadini”.

Le linee guida si compongono di due parti. Nella prima vengono sintetizzati i risultati delle attività di ricerca preparatorie alla stesura delle Linee Guida, ossia: l'analisi del quadro epidemiologico in Italia, la rassegna sistematica di letteratura sui bisogni informativi degli utenti on line in ambito sanitario e sull'efficacia degli interventi sanitari realizzati via Internet, l'indagine on line condotta dal Gruppo di ricerca di Sapienza Università di Roma sulle esigenze informative in tema di salute in Italia. Nella seconda parte, il documento presenta i criteri di indirizzo per una comunicazione online di qualità in ambito sanitario, e in particolare contiene raccomandazioni relative a: i contenuti informativi e la tipologia di interventi sanitari in Internet, le strategie di comunicazione e i criteri redazionali, l'impiego delle tecnologie del dialogo e il web 2.0.

* * *

Ministero della Salute - Infortuni nelle abitazioni. Manuale tecnico per gli operatori della prevenzione

A conclusione del progetto “Sviluppo operativo del Piano nazionale di prevenzione sugli Incidenti domestici”, il Ministero della Salute ha emanato il Manuale “Infortuni nelle abitazioni. Manuale tecnico per gli operatori della prevenzione” che raccoglie per la prima volta tutti gli aspetti del rischio infortunistico nelle abitazioni, dalla sicurezza degli impianti all'analisi dei comportamenti a rischio, dalle diverse fragilità delle persone che nella casa vivono, alle problematiche legate all'intervento degli operatori della prevenzione che operano nelle Istituzioni.

Il manuale rappresenta un riferimento tecnico sul quale porre le basi per un continuo aggiornamento di coloro che, a diverso titolo si occupano di prevenzione, siano questi operatori delle Aziende Sanitarie delle Regioni, operatori degli enti locali o anche professionisti che si occupano di progettazione e installazione di strutture o impianti, al fine ultimo di saldare le rispettive conoscenze in un percorso comune di aggiornamento ed evoluzione tecnica mirato alla sicurezza della casa.

Il testo è un punto di riferimento per progettisti, impiantisti e manutentori oltre che per gli operatori del sociale e i referenti degli enti locali che hanno titolo ad autorizzare e valutare i progetti edilizi, nello stesso vengono approfonditi gli aspetti dei rischi presenti nelle abitazioni, prevalentemente infortunistici e vengono proposte idonee misure di prevenzione e protezione.

* * *

Riviste mediche, quanto contano gli sponsor? Studio analizza 11 testate mediche e “consigli” prescrizioni

La fonte di finanziamento di una rivista medica può influenzare il modo in cui, al suo interno, si parla di un determinato farmaco.

Le testate scientifiche gratuite per i medici, quindi sostenute dalle aziende attraverso la pubblicità, sono infatti più inclini a raccomandare la prescrizione di un prodotto di cui, invece, un giornale che si autofinanzia attraverso gli abbonamenti tenderà a parlare con parole meno 'lodevoli'.

È il risultato di uno studio pubblicato sul “Canadian Medical Association Journal” dalla Marburger Universität in Germania: “The association between a journal's source of revenue and the drug recommendations made in the articles it publishes”.

Gli esperti evidenziano che si sa ancora poco sull'influenza dell'industria sui giornali dedicati all'informazione medica, eppure i ‘camici bianchi’ si rivolgono massicciamente alla stampa specializzata per aggiornarsi.

Molte di queste testate spesso sono finanziate solo dalla pubblicità delle aziende e vengono inviate gratuitamente ai medici in tutti i Paesi del mondo.

Mentre altre si ‘autofinanziano’ grazie al pagamento di una cifra annuale di abbonamento.

Per l'indagine, gli studiosi hanno preso in considerazione 11 diversi giornali letti dai medici tedeschi nel 2007. "I risultati - dice Annette Becker - mostrano che la tendenza a raccomandare l'uso di un medicinale dipende dalla fonte di 'sostentamento' di una rivista".

Se prendiamo ad esempio un farmaco oggetto di pubblicità, la ricerca rivela che nella testata che contiene la pagina promozionale ci sono più chance che venga consigliata la prescrizione di quel prodotto.

Mentre in una rivista autofinanziata con gli abbonamenti ci sono maggiori possibilità che quel medicinale non venga suggerito o sia addirittura sconsigliato. "In generale - aggiunge Becker - i dati mostrano che i medici non prendono in seria considerazione riviste che non siano sottoposte alla peer-review, ma oltre la metà di essi ha comunque utilizzato giornali gratuiti specializzati per informarsi nell'ultimo mese. I 'camici bianchi' debbono dunque essere a conoscenza di questo fenomeno quando si trovano a leggere una rivista medica: la scelta è di abbonarsi a un giornale e avere informazioni obiettive, oppure affidarsi a fonti gratuite, ma potenzialmente influenzate".

* * *

Vaccinazione Anti-Papillomavirus Umano (HPV): estesa la fascia di età per la somministrazione a tariffa agevolata dai 18 ai 25 anni

Il programma regionale di vaccinazione anti-HPV, attivo dal febbraio 2008, è stato modificato, mediante Deliberazione di Giunta Regionale del 13 dicembre 2010, con l'ampliamento della fascia di età per la somministrazione del vaccino anti-HPV presso strutture del Servizio sanitario regionale. Dal 2008, tutte le ragazze al compimento dell'11° anno di età sono invitate a vaccinarsi gratuitamente presso la Pediatria di comunità dell'AUSL (e tale diritto viene mantenuto anche negli anni successivi). Alle ragazze più grandi, ora anche fino ai 25 anni, il vaccino è somministrato dall'Azienda USL con l'applicazione della tariffa agevolata di euro 69,50 per ciascuna delle tre dosi (rispetto al prezzo commerciale di euro 156,79 a dose, più il corrispettivo per la prestazione medica vaccinale).

Il tumore del collo dell'utero ha come fattori causali differenti tipi di papillomavirus (virus HPV: Human Papilloma Virus). Il vaccino anti-HPV attualmente somministrato dall'Azienda USL di Bologna e da tutte le AUSL della Regione (nome commerciale: Cervarix) previene le lesioni pre-cancerose e cancerose della cervice uterina legate al papillomavirus umano tipo 16 e 18, attualmente responsabili di circa il 70% dei tumori del collo dell'utero. Tale vaccino protegge anche nei confronti dei ceppi 31, 33 e 45, anch'essi oncogeni.

Sono previste 3 dosi ai tempi 0-1-6 mesi.

Il programma di vaccinazione anti-HPV non sostituisce, bensì affianca il programma in atto di screening per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina, che rimane l'intervento principale per prevenire l'insorgenza di tale malattia in tutta la popolazione femminile e che coinvolge tutte le donne dai 25 anni in poi.

Le ragazze dai 18 ai 25 anni possono effettuare la vaccinazione anti-HPV presso gli ambulatori dell'U.O. Igiene e Sanità Pubblica dell'AUSL prenotandosi agli sportelli CUP (escluse le farmacie), oppure telefonando al numero verde del CUP:

800 88 48 88 per il territorio dell'AUSL di Bologna

848 83 13 13 per il territorio dell'AUSL di Imola.

* * *

"Nature": le doti nascoste dei vecchi farmaci

Utilizzare farmaci già esistenti per combattere i tumori: è questa la prospettiva che emerge da sempre più numerosi studi internazionali.

La conferma viene da uno studio condotto dall'Ifom (Fondazione Istituto Firc di Oncologia Mole-

colare) e dall'leo (Istituto europeo di oncologia) di Milano, realizzato in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano, e pubblicato online su "Nature". Marco Foiani, direttore dell'Unità di ricerca controllo del ciclo cellulare e stabilità del genoma dell'Ifo e professore di Biologia molecolare all'Università di Milano, insieme al team di Saverio Minucci, direttore dell'Unità di ricerca alterazioni della cromatina nella tumorigenesi dell'leo e professore di Patologia all'ateneo meneghino, hanno indagato l'attività di due tipi di farmaci, l'acido valproico e la rapamicina.

Il primo è usato da decenni come anti-epilettico, mentre la rapamicina come immunosoppressore nel trapianto di organi.

Ne è emersa una polivalenza di questi farmaci che potrebbe risultare preziosa per le terapie anti-tumorali: agiscono infatti contemporaneamente su alcuni processi molto importanti per lo sviluppo del tumore: la risposta ai danni al Dna, l'autofagia (la capacità della cellula di autodemolirsi) e l'acetilazione delle proteine (un processo di regolazione proteica).

Rispetto a quello che si pensava in passato, ovvero che questi tre fenomeni fossero del tutto indipendenti, lo studio ha evidenziato la loro stretta correlazione e sinergia nel prevenire la formazione di cellule cancerose. "I farmaci usati - aggiunge Minucci - rappresentano due esempi di quello che viene definito *drug repositioning*, vale a dire l'identificazione di nuove attività per farmaci che sono già disponibili e impiegati per il trattamento di alcune malattie rendendo così possibile il loro utilizzo per altri scopi".



Per la Cassazione il medico è responsabile del diritto alla salute

La sentenza n. 8254 del 2 marzo della Corte di Cassazione ha ribadito la colpevolezza del medico accusato di omicidio colposo per aver dimesso un paziente nei tempi previsti dall'amministrazione pubblica. Il paziente, mandato a casa dopo nove giorni da un intervento cardiaco, è morto quella stessa notte per un arresto circolatorio. Il medico dell'ospedale di Busto Arsizio è stato quindi ritenuto colpevole, nonostante abbia rispettato i tempi stabiliti dalla sanità.

Nella decisione la Cassazione fa riferimento ai principi che regolano l'esercizio della professione medica e al rispetto del diritto fondamentale dell'ammalato a essere curato. Le linee guida poste dall'amministrazione non possono sostituire questo diritto. Inoltre, nella sentenza si legge che "nulla peraltro si conosce di tali linee guida, né dell'autorità dalle quali provengono, né del loro livello di scientificità, né delle finalità che con esse si intende perseguire, né è dato di conoscere se le stesse rappresentino un'ulteriore garanzia per il paziente, ovvero, come sembra di capire dalla lettura delle sentenze in atti, altro non siano che uno strumento per garantire l'economicità della gestione della struttura ospedaliera".



Conflitti d'interesse, ombre su meta-analisi - JAMA, non riportano indicazioni su finanziamenti e legami con industrie

Escono dalla porta principale, ma rientrano da quella sul retro: i conflitti d'interesse all'interno degli studi scientifici sono sempre in agguato, nonostante gli sforzi per rendere le pubblicazioni sempre più trasparenti. A puntare il dito, in particolare, sulle cosiddette 'meta-analisi', cioè le ricerche che analizzano i risultati di studi precedenti, sono gli scienziati del Lady Davis Institute for Medical Research del Jewish General Hospital e della McGill University di Montreal (Canada). Il team di esperti guidato da Brett Thombs e Michelle Roseman - riporta il "Journal of the American Medical Association" (JAMA) - ha rilevato che le importanti dichiarazioni di conflitti d'interesse finanziari che ormai appaiono su quasi tutti gli studi 'singoli', spariscono quando queste indagini vengono combinate con altri lavori nelle meta-analisi. Gli studiosi canadesi hanno preso in consi-

derazione 29 recenti meta-analisi che riguardavano una serie di farmaci, pubblicate su riviste ad alto impatto. In tutto, esse comprendevano i risultati di 509 trials clinici su medicinali. Il gruppo ha documentato le fonti di finanziamento e i legami fra gli autori e l'industria di tutte le 509 ricerche, notando se e quando le meta-analisi riportassero queste informazioni.

Ebbene, "solo due delle 29 meta-analisi prese in considerazione - spiega Thombs - menzionavano la fonte di finanziamento dei trials e, fra l'altro, in maniera abbastanza nascosta all'interno della pubblicazione. Nessuna precisava se i ricercatori che hanno condotto gli studi avessero legami con aziende farmaceutiche". Addirittura, il team di esperti ha identificato sette meta-analisi in cui ogni singolo trial era stato finanziato, almeno in parte, da società che producevano il farmaco sperimentato, oppure in cui gli sperimentatori erano collegati con l'industria. E in sei di queste sette meta-analisi non veniva menzionata in alcun modo la fonte di finanziamento. "I consumatori - suggerisce Thombs - possono essere più sicuri sull'efficacia del farmaco che assumono se esiste almeno uno studio di valutazione indipendente che la confermi. Se tutte le ricerche esistenti sono collegate con l'industria, c'è il rischio che i pazienti e i medici vengano indotti in errore". "Ciò che stupisce - aggiunge Roseman - è che molti ricercatori che conducono meta-analisi sembrano non essere al corrente del problema, come abbiamo verificato intervistando gli autori delle 29 ricerche che abbiamo preso in considerazione".



Lo stato di salute degli italiani fotografato dal rapporto Osservasalute 2010

È stato presentato martedì 8 marzo 2011 a Roma, presso il Policlinico universitario "Agostino Gemelli", il "Rapporto Osservasalute 2010. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane". Dall'indagine emerge che negli ultimi 5 anni, l'aspettativa di vita delle donne è aumentata di appena tre mesi (da 84 anni nel 2006 a 84,1 anni nel 2009, 84,3 nel 2010), mentre per gli uomini è aumentata di sette mesi nello stesso arco di tempo (da 78,4 anni nel 2006 a 78,9 anni nel 2009, 79,1 nel 2010). Sono aumentate le donne adulte (19-64 anni) con consumi di alcol a rischio (si ritengono a rischio le donne che eccedono il consumo di 20 grammi di alcol al giorno, 1-2 Unità Alcoliche), la prevalenza è passata dall'1,6% nel 2006 al 4,9% nel 2008.

"Ma i problemi di salute degli italiani non dipendono solo dalla cattiva volontà che li porta a essere sedentari e poco inclini a corretti stili di vita - ha dichiarato il Professor Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica di Roma - ma anche dalla mancanza, soprattutto nelle regioni in difficoltà sul piano economico (soprattutto al Sud), di interventi adeguati in prevenzione. A ciò si aggiunge il problema della chiusura degli ospedali che, sebbene concepita per razionalizzare il sistema, determina però poi la riduzione dei posti letto e della ricettività per le emergenze". "In dieci anni di federalismo sanitario, con la sanità ormai trasferita interamente alle regioni, il problema è che quelle deboli corrono il rischio di essere travolte, la sanità rischia cioè di essere l'elemento dirompente della Regione in toto", ha affermato il professor Ricciardi. "L'egemonia che hanno avuto i piani di rientro sul governo dei conti approfondisce il baratro dei servizi e della sostenibilità delle regioni, erodendo i servizi sociali e sanitari. Alla necessaria azione di risanamento dei conti deve essere infatti affiancata una coerente strategia di programmazione e controllo dei servizi sanitari, basata su evidenze epidemiologiche e scientifiche forti, senza le quali i problemi delle regioni in difficoltà sono destinati ad aggravarsi in modo progressivo".

Il Rapporto è frutto del lavoro di 203 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).



Contro le malattie virali nasce il Global Virus Network

Esperti virologi di fama internazionale provenienti da oltre dodici nazioni diverse si sono incontrati ed hanno ratificato un accordo per dar vita ad un Global Virus Network, GVN, ovvero una nuova organizzazione con autorità globale dotata di risorse proprie e finalizzata all'identificazione, alla ricerca ed al controllo di malattie virali potenzialmente pandemiche e pericolose per l'umanità intera. Il meeting inaugurale si è tenuto nei giorni 1-3 marzo presso l'Ambasciata d'Italia a Washington DC, dove ogni partecipante ha firmato una Dichiarazione di Partecipazione e Supporto al programma del GVN.

Il GVN rappresenta un obiettivo perseguito da tempo dal Dr. Robert C. Gallo, co-fondatore del GVN, Direttore dell'Institute of Human Virology at the University of Maryland School of Medicine di Baltimora, USA, e ricercatore di fama mondiale sia per la scoperta dei primi retrovirus umani patogeni, tra cui HTLV-1 (agente causale di una forma di leucemia dell'adulto) e co-scopritore del virus HIV (causa della sindrome da immunodeficienza acquisita, AIDS) che per lo sviluppo del primo test diagnostico per l'infezione da HIV. Fin dai primi anni '80 e dopo l'iniziale epidemia di HIV/AIDS, il Dr. Gallo ha iniziato a promuovere lo sviluppo di collaborazioni su scala globale per superare gli ostacoli nella ricerca nelle fasi iniziali delle epidemie virali e per garantire che un numero sufficiente di virologi medici fossero formati per far fronte a queste sfide.

"Dal momento in cui è comparso lo HIV/AIDS", ha detto il Dr. Gallo, "ho fortemente creduto che una rete di coordinamento e supporto dei migliori virologi mondiali avrebbe servito meglio l'interesse dell'intera umanità per fronteggiare gli esistenti e nuovi pericoli derivanti da malattie virali". Il GVN è la risposta a questa "mission". Durante i due giorni del meeting, i partecipanti hanno affermato e ratificato i seguenti obiettivi del GVN:

1. Creare una rete di esperti delle più importanti patologie virali umane per affiancare gli esistenti programmi di sorveglianza epidemiologica e gli enti pubblici preposti al fine di controllare eventuali epidemie virali mediante una rapida e coordinata prima risposta ed un approccio basato sulla ricerca scientifica;
2. Costruire rapporti di collaborazione all'interno della rete al fine di studiare patologie a nota o sospetta eziologia virale che richiedano competenze specialistiche multidisciplinari;
3. Arginare la relativa mancanza attuale e futura di virologi medici mediante l'istituzione o l'implementazione di programmi di training tutoriale;
4. Informare gli enti governativi, le organizzazioni preposte alla salute pubblica e la popolazione in generale relativamente al pericolo di patologie virali nonché promuovere la ricerca ed il training per arginare questi pericoli potenziali.

Composta da rappresentanti provenienti da oltre una dozzina di paesi ed ancora in fase di acquisizione di nuove adesioni, il GVN agirà come un'organizzazione di pronta risposta ad infezioni virali potenzialmente pericolose per l'uomo che opererà come una centrale operativa per educare, informare e disseminare informazioni critiche a governi, organizzazioni per la salute, medici ed alla popolazione generale. Di pari importanza, il GVN s'impegnerà per creare le condizioni atte a superare la critica carenza di virologi medici esperti a livello globale.



Onaosi - Comunicato Giunta Esecutiva dell'Onaosi del 5 e 12 febbraio 2011

In data 5 e 12 febbraio si è riunita la Giunta Esecutiva della Fondazione, presieduta dal Dr. Aristide Paci.

È stato trasmesso ai Ministeri Vigilanti ai sensi dell'art. 3, comma 3 del D.lgs. 509/94 l'assestamento al Bilancio Preventivo per l'esercizio 2010.

La Giunta Esecutiva ha preso atto della nota prot. n. 24/III/0001266 del 26/01/2011 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con la quale è stato comunicato, d'intesa con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, che le variazioni di cui si tratta non alterano l'equilibrio di bilancio e di non avere osservazioni da formulare sul documento di assestamento al Bilancio di Previsione dell'esercizio 2010.

È stato deciso il pagamento della quota associativa AdEPP per il 2011.

La Giunta Esecutiva ha stabilito che sono da ritenersi valide tutte le istanze di adesione volontaria che risultano inviate alla Fondazione con data certa entro il 09.02.2011. Sono state accolte le istanze di adesione volontaria per n. 166 sanitari nel frattempo pervenute.

Sulla base del planning delle fasi e della tempistica, in attuazione delle procedure elettorali vigenti, sono stati approvati materiali e attività finalizzate al rinnovo degli Organi in base al nuovo Statuto.

Sono state assunte determinazioni varie in materia di ammissione alle prestazioni e ai servizi. Si è preso atto della graduatoria degli assistiti che hanno presentato nei termini domanda per l'assegnazione delle Case Vacanze della Fondazione nel periodo 28 maggio 2011 - 3 settembre 2011. Sono stati inoltre adottati altri provvedimenti in materia economico-finanziaria e di personale, nonché su altri ambiti di ordinaria gestione della Fondazione.

Consigliere di Amministrazione ONAOSI
Delegato alla Comunicazione
F.to Dr. UMBERTO ROSSA

* * *

La dieta mediterranea contrasta efficacemente la sindrome metabolica

La dieta mediterranea è efficace nell'abbassare la sindrome metabolica, una combinazione di sintomi come obesità, diabete e pressione alta che spesso conduce ad attacchi di cuore e ictus. A ribadire le qualità dell'alimentazione ricca di olio di oliva, verdura e frutta è la ricerca *"The Effect of Mediterranean Diet on Metabolic Syndrome and its Components. A Meta-Analysis of 50 Studies and 534,906 Individuals"*, pubblicato sul Journal of the American College of Cardiology (2011; 57:1299-313), che ha analizzato i risultati di 50 ricerche precedenti per un totale di mezzo milione di soggetti studiati.

Secondo la ricerca curata dall'Università Harokopio di Atene, la dieta mediterranea ha "effetti benefici provati" sia sulla sindrome nel suo complesso sia sui singoli sintomi, come l'alto livello di trigliceridi nel sangue; inoltre gli effetti antiossidanti e antinfiammatori del cibo contribuiscono a diminuire i rischi di malattie cardiovascolari. "I nostri risultati confermano il ruolo protettivo degli stili di vita, prime tra tutti le abitudini alimentari", ha spiegato Demosthenes Panagiotakos, uno degli autori, "nello sviluppo e nella progressione della sindrome metabolica, patologia che è tra le cause principali dei problemi cardiovascolari. Per questo la sua prevenzione è fondamentale"

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 3 marzo 2011

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ARCURI LUCIANA	Via Larga, 52 – Bologna	347/31.00937
AURINI LUCIA	Via Massarenti, 424 – Bologna	333/45.60.166
BAGNATO FRANCESCA	Via G.Papini, 26 – Bologna	051/63.32.387 349/56.38.510
BONIFACCI SILVIO	Via Bendini 1/A – Imola (BO)	333/48.60.987
DE SANDO VALERIA	Via Marx, 1 San Pietro in Casale	349/21.20.406 0968/79.272
DI CIOMMO MARIA LUISA	Via Fondazza 89 – Bologna	347/23.03.113
DRAGONI FRANCESCO	Via Oberdan, 4 – Malalbergo	348/86.55.672
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	338/16.14.287
GUIDASTRI MONICA	Via da Palestrina – Bologna	051/47.63.42 334/25.96.951
HEPOVA LUCIA	Via Lume, 1738 – Mordano	338/99.44.985
IMERI ALBIONA	Via L.Fasoli, 11 – Bologna	340/05.04.485
KEUZETA TCHANNA KEYV	Via Liguria, 41 – Castelfranco Emilia	348/38.22.756
LANZONI GIULIA	Via G.Nadi, 18 – Bologna	051/99.23.575 331/34.46.008
LUCREZIO LAURA	Via Bentivogli, 13 – Bologna	349/13.85.468
NYAMBIOH CLAUDE	Via F.de Pisis, 3 – Bologna	329/19.46.217
ORTOLANI ALESSANDRO	Via F.Ardeatine, 9 – Ozzano dell'Emilia	051/19.98.06.29 392/27.62.453
PAGOGNA SILVIA	Via Castiglione, 41 – Bologna	331/35.02.321
PALAIÀ VINCENZO	Via Libia, 60/2 – Bologna	051/28.15.922 340/66.86.310
PORTUNATO ALESSANDRO	Via Mazzini, 82/3 – Bologna	051/30.75.52 328/42.13.573
SALAMON PETAR	Via Don L.Guanella, 11 – Bologna	320/83.64.002
SERGIO EMANUELA	Via Piave, 30 – Casalecchio di Reno (BO)	347/84.95.058
SGRO' FEDERICA	Via Gaspare Nadi, 6 – Bologna	338/74.87.968
SPADA VALENTINA	Via Palagi, 6 – Bologna	320/64.68.455
VALLI VITTORIO	Via San Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ALTINI CHIARA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/64.48.350 347/51.48.008
BARONI MILENA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/35.20.75 339/80.20.217 333/79.94.150
BELLINI FEDERICA	Pediatria	338/40.17.730
BONIFACCI SILVIO	Ortopedia e Traumatologia Fisiokinesiterapia Ortopedica Medicina dello Sport	333/48.60.987
BOTTOLI ELENA	Corso di Formazione in Medicina Generale	347/60.99.205
CANELLA PIERO	Ortopedia e Traumatologia Fisioterapia	338/14.06.026
CANTALUPO DELFINA	Anestesia e Rianimazione	348/75.65.674
DE MARTINO ANNACHIARA	Odontoiatria	051/30.78.59 347/33.66.819
DE PASCALIS ROSALBA	Fisioterapia	051/71.52.91 335/34.13.68
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
FALZONE FRANCESCA	Neurologia	347/24.57.144
MARIA ANTONELLA		
GABUSI ANDREA	Odontoiatria	051/61.43.275 347/17.48.430
GIUNTI MARCO	Reumatologia	338/45.47.631
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva Medico Competente Medicina del Lavoro	051/44.32.41 339/48.19.676
PAGOGNA SILVIA	Chirurgia Generale	331/35.02.321
PAZIENZA PAOLA ELENA	Gastroenterologia	347/61.67.144
PERNETTI REMIGIO	Urologia	339/29.99.532
PERRONE LILIANA GIGLIOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	339/33.41.277
RIETTI ELISA	Geriatrics	339/85.28.895
STEFANO MAURO	Chirurgia Generale	349/85.60.540

Convegno Internazionale “Alla ricerca dell’IO - Rudolf Steiner e la cultura contemporanea”

Bologna

31 marzo 1-2-3 aprile 2011

A 100 anni dalla partecipazione di Rudolf Steiner al Congresso Internazionale di Filosofia all’Università di Bologna del 1911.

Patrocini: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, Comune di Bologna, Società Antroposofica in Italia

www.allaricercadellio.com

La Formazione in Medicina Antroposofica

La Formazione in Medicina Antroposofica nasce sulla base della richiesta di medici, veterinari, odontoiatri e farmacisti per l’approfondimento degli orientamenti antroposofici e il confronto sulle tematiche connesse alla salute e alla malattia alla luce delle conoscenze scientifiche attuali, che stanno a cuore a chi tende costantemente alla volontà di guarire nella consapevolezza delle implicazioni di destino individuale e sociale. Ciò appare particolarmente importante oggi per i professionisti in campo sanitario che si ritrovano sempre più ristretti in ambiti settorializzati, meccanizzati e burocratizzati. Medici, veterinari, odontoiatri e farmacisti formeranno un “corpo” unito nella prospettiva di una necessaria e reciproca interdisciplinarietà che nasce dall’esigenza di un ampliamento della conoscenza dell’uomo, dell’animale, del vegetale, del minerale e del cosmo e delle loro strette connessioni. I docenti che si occupano della formazione post-laurea sono riconosciuti come membri qualificati dalla Società Italiana di Medicina Antroposofica (SIMA) in base ai criteri definiti nelle Linee guida, che rispondono a standards qualitativi secondo la certificazione ISO 9001.

Il Collegio Docenti è composto da medici e veterinari della SIMA e di altre Società di Medicina Antroposofica estere ed inoltre da farmacisti della Società Farmacisti Antroposofi Italiani (S.O.F.A.I.), infermieri, masso fisioterapisti, euritmisti terapeuti e arte terapeuti. La formazione in Medicina Antroposofica viene bilanciata di continuo fra aspetti teorico-metodologici e pratico-clinici con la preziosa apertura ed intermediazione artistica secondo tre moduli fondamentali: 1) lezioni frontali e circolari, conversazioni a tema, conferenze, presentazione di casi clinici; 2) esercitazioni artistiche quotidiane (euritmia, modellaggio, disegno di forma e dinamico, pit-

tura, canto, musica, arte della parola); 3) esercitazioni pratiche cliniche e di laboratorio, escursioni botaniche e mineralogiche, pratica del massaggio ritmico e terapie fisiche.

Parallelamente al percorso principale per i medici, come si evince dal programma delle settimane, sono previsti momenti di approfondimento specifici per le rispettive professioni:

- Per i medici veterinari, il Corso ospita spazi specificatamente dedicati di semeiotica diagnostica e terapia antroposofica, opportunamente adattate. Inoltre verrà approfondita l’evoluzione del rapporto uomo-animale, mettendo in evidenza da più punti di vista il ruolo patogenetico dell’anthropos nei confronti dell’animale. Per questa ragione è di estrema importanza anche per il veterinario acquisire solide basi conoscitive sull’essere umano.

- Per i farmacisti verrà ampliato lo studio delle materie prime dei regni della natura e della loro relazione con l’essere umano, della tecnica farmaceutica antroposofica e dei farmaci tipici della farmacopea antroposofica. Verranno trattati i farmaci da consiglio e le possibili modalità di comunicazione con il pubblico.

Il Corso è articolato in dodici settimane residenziali nell’arco di tre anni e verrà svolto prevalentemente presso la Casa Raphael di Roncegno (TN), una settimana in un’altra struttura del Centro Italia e due settimane presso istituti clinico-farmaceutici antroposofici svizzeri e tedeschi. La durata del percorso formativo comprende 600 ore nell’arco di tre anni, a cui va aggiunto un periodo di tirocinio pratico di 400 ore, per poter richiedere alla Società Italiana di Medicina Antroposofica (SIMA) il Certificato di Medico Antroposofico rilasciato dalla Sezione di Medicina Antroposofica della Libera Università di Scienza dello Spirito del Goetheanum di Dornach. È prevista la frequenza obbligatoria del 75% del monte ore. Sono ammessi uditori. Il programma triennale è scandito sulla base dei temi classici della Medicina Antroposofica che caratterizzeranno e saranno sviluppati ogni settimana:

1° ANNO

Prima settimana: 2-8 Ottobre 2011

SANGUE E NERVO: le basi epistemologiche del goetheanismo, relazioni fisiologiche tra nervo e sangue, embrio-fisiopatologia dell’osso e del muscolo, la speciale costituzione del dente, costituzione isterica e nevrastenica, introduzione a una nuova botanica farmaceutica, la dinamizzazione omeopatica e casi clinici corrispondenti.

Seconda settimana: 4-10 Dicembre 2011

L’ASSE DEL CALORE: IL CUORE E IL FEGATO: le basi metodologiche della medicina antroposofica, embrio-fisiopatologia del cuore e del fegato, i temperamenti, semeiotica cardiaca,

l'uso differenziato del calore nella preparazione dei farmaci, introduzione alla terapia con i metalli, i farmaci tipici e casi clinici corrispondenti.

Terza settimana: 25-31 Marzo 2012

L'ASSE DELLA LUCE: I POLMONI E I RENI: il cammino di conoscenza secondo la filosofia della libertà, embrio-fisiopatologia dell'apparato polmonare e renale, i temperamenti, elementi di salutogenesi, semeiotica clinica del lattante e dell'età evolutiva, i farmaci ritmizzati, i metalli vegetabilizzati e casi clinici corrispondenti.

Quarta settimana: 24-30 Giugno 2012

L'UOMO TRIARTICOLATO NELLA QUADRUPlicità DELLA SUA ENTITÀ: il cammino di conoscenza secondo la filosofia della libertà, i tre sistemi organici in rapporto alle tre forze dell'anima, fisiopatologia delle quattro organizzazioni, anamnesi patobiografica ed esame obiettivo, il principio trinitario nei farmaci detti tipici e casi clinici corrispondenti.

2° ANNO

Quinta settimana: 23-29 Settembre 2012

GLI ORGANI COSMICI INTERNI NEL PROCESSO DIGESTIVO: il cammino di conoscenza secondo la filosofia della libertà, fisiologia della percezione e della digestione, fisiopatologia endocrina, fisiologia e salutogenesi ginecologica, elementi di nutrizione, la lavorazione dei metalli sotto forma di specchio e casi clinici corrispondenti.

Sesta settimana (all'estero): 2-8 Dicembre 2012

LA MALATTIA DEL CANCRO E LA SUA TERAPIA: il cammino di conoscenza secondo la filosofia della libertà, la patogenesi del cancro, la terapia del vischio e la sua speciale preparazione con la tecnologia della centrifuga, la farmacoterapia oncologica coadiuvante, l'integrazione dell'arteterapia e dell'euritmia terapeutica.

Settima settimana: 17-23 Marzo 2013

LA PELLE COME SPECCHIO DELL'UOMO SETTEMPlice: il cammino di conoscenza secondo la filosofia della libertà, fisiologia dei processi vitali, i caratteri, i farmaci minerali su modello vegetale, le cure per via interna e per via esterna, casi clinici corrispondenti.

Ottava settimana: 23-29 Giugno 2013

L'UOMO ATTRAVERSO I DODICI SENSI: il cammino di conoscenza per lo sviluppo delle facoltà spirituali del medico, fisiologia e fenomenologia dei dodici sensi, clinica otorinolaringoiatrica ed oculistica, le gemme e una nuova mineralogia, casi clinici corrispondenti.

3° ANNO

Nona settimana: 22-28 Settembre 2013

TERAPIE VERBALI E NON-VERBALI: L'INTEGRAZIONE CON LA PSICOTERAPIA E LE ARTI-TERAPIE IN RAPPORTO AL LAVORO BIOGRAFICO: il cammino di conoscenza per lo sviluppo delle facoltà spirituali del medico, il ruolo differenziato della psicoterapia e delle terapie non verbali, la relazione medico-paziente, la connessione terapeutica delle arti con l'entità umana, il lavoro biografico.

Decima settimana (all'estero): 1-7 Dicembre 2013

LA PATOLOGIA PSICHIATRICA: il cammino di conoscenza per lo sviluppo delle facoltà spirituali del medico, malattia fisica e malattia mentale, la connessione organica delle malattie mentali, gli organoterapici e casi clinici corrispondenti.

Undicesima settimana: 30 Marzo-5 Aprile 2014

L'IMPULSO DELLA PEDAGOGIA CURATIVA: il cammino di conoscenza per lo sviluppo delle facoltà spirituali del medico, le malattie infantili, l'ambito di applicazione della cura del disagio infantile e la connessione con la pedagogia, indicazioni farmacologiche e casi clinici corrispondenti.

Dodicesima settimana: 22-28 Giugno 2014

ETICA MEDICA E IMPLICAZIONI DI DESTINO NELLO SVILUPPO SOCIALE: l'osservazione dei rapporti di destino nel paziente, prassi del principio di responsabilità, gli ambiti di ricerca attuali della Medicina Antroposofica nella diagnosi e nella farmacopea, la relazione con la Libera Università di Scienza dello Spirito.

Il Corso si conclude con la presentazione e discussione di una tesi scritta e colloqui di verifica periodici.

Per ottenere il Certificato Internazionale di Medico/Veterinario/Farmacista Antroposofico, sarà necessario frequentare un tirocinio pratico presso strutture riconosciute dalla Società Italiana di Medicina Antroposofica (SIMA) e presentare due storie cliniche, che documentino in che modo il richiedente abbia saputo utilizzare concretamente e in modo autonomo i fondamenti della Medicina Antroposofica.

Per informazioni:

Società Italiana di Medicina Antroposofica (SIMA) - Via Privata Vasto, 4 - Milano

www.medicinaantroposofica.it

segreteria@medicinaantroposofica.it

Coordinatore del Corso

Dott. Angelo Antonio Fierro

angeloantonio.fierro@fastwebnet.it

Ecografia Clinica

Bologna 2-6 maggio 2011

PROGRAMMA PRELIMINARE

Lunedì 2 maggio 2011 – Corso Base

8:15 Registrazione dei partecipanti
 8:45 Saluto di apertura e presentazione del Corso
COORDINATORI: Esterita Accogli, Valeria Camaggi
 9:00 Come si fa l'ecografia addominale - Vincenzo Arienti, Luciana Boriani
 9:30 La regolazione dell'ecografo in funzione del quesito - Stefano Ramilli
 10:00 L'esame Doppler e Color Doppler - Gianni Zironi
 10:30 Coffee break
 11:00 Anatomia del fegato ed epatopatie diffuse - Esterita Accogli
 11:30 Cirrosi ed Ipertensione portale - Valeria Camaggi
 12:00 Lesioni benigne - Rosella Di Giulio
 12:30 Lesioni maligne - Stefano Pretolani
 13:00 Colazione di lavoro
 14:30 -17:00 Esercitazioni
 Esecuzione pratica di esami ecografici a piccoli gruppi

Martedì 3 maggio 2011 – Corso Base

COORDINATORI: Cristina De Fazio, Andrea Domanico
 8:30 Colecisti e vie biliari - Cristina De Fazio
 9:00 Pancreas - Lorenzo Baldini
 9:30 Milza e linfonodi - Andrea Domanico
 10:00 Tratto gastroenterico - Luisella Zamboni
 10:30 Coffee break
 11:00 Nefropatie mediche, Milena Micati
 11:30 Nefropatie chirurgiche, Libero Barozzi
 12:00 Pelvi maschile, Pietro Pavlica
 12:30 Pelvi femminile, Paolo Busilacchi
 13:00 Colazione di lavoro
 14:30 -17:00 Esercitazioni
 Esecuzione pratica di esami ecografici a piccoli gruppi

Mercoledì 4 maggio 2011 – Corso Base

COORDINATORI: Luciana Boriani, Francesco Cinquantini
 8:30 Tiroide e paratiroidi, Luciana Boriani
 9:00 Torace, Andrea Domanico
 9:30 Aorta addominale, Leonardo Aluigi
 10:00 Testicoli, Stefano Creti
 10:30 Coffee break
 11:00 Muscoli e tendini, Giuseppe Balconi
 11:30 Spalla, Stefano Galletti
 12:00 Polso e mano, Fabrizio Capone
 12:30 Gomito e piede, Francesco Cinquantini
 13:00 Colazione di lavoro

14:30 -17:00 Esercitazioni
 Esecuzione pratica di esami ecografici a piccoli gruppi
 17:00 Questionari E.C.M. e chiusura del corso base

Giovedì 5 maggio 2011 – Corso Avanzato

COORDINATORI: Francesco Stefanini, Giorgio Zoli
 ECO COLOR DOPPLER E MEZZI DI CONTRASTO (I PARTE)
 8:20 Tronchi sovraortici e transcranico, Franco Accorsi
 9:00 Vasi periferici, Leonardo Aluigi
 9:40 Ipertensione portale, Fabio Piscaglia - Elisabetta Sagrini
 10:00 Insufficienza renale, Fulvio Fiorini
 10:30 Coffee break
 ECO COLOR DOPPLER E MEZZI DI CONTRASTO (II PARTE)
 11:00 Lesioni benigne del fegato, Laura Romanini
 11:30 Lesioni maligne del fegato, Fabrizio Calliada
 12:00 Masse pancreatiche, Mirko D'Onofrio
 12:30 Tratto gastroenterico, Carla Serra
 13:00 Colazione di lavoro
 14:30 -17:00 Esercitazioni (casistica clinica)
COORDINATORI: Esterita Accogli, Leonardo Aluigi

Venerdì 6 maggio 2011 – Corso Avanzato

COORDINATORI: Vincenzo Arienti, Maurizio Ventrucci
 ECO COLOR DOPPLER E MEZZI DI CONTRASTO (III PARTE)
 8:30 Traumi addominali, Massimo Valentino
 9:00 Masse renali, Francesco Maria Drudi
 ECOGRAFIA INTERVENTISTICA
 9:30 Epatologica, Vincenzo Arienti, Stefano Pretolani
 10:00 Nefro-urologica, Pietro Pavlica
 10:30 Toracentesi e paracentesi, Fabrizio Maggolfi
 11:00 Coffee break
 11:30 Apparato locomotore, Giovanni Serafini
 12:00 Biopsia tiroidea, Claudio Maurizio Paccella
 12:30 Aspirazioni e drenaggi, Giulio Di Candio
 13:00 Questionari E.C.M. e chiusura del corso avanzato

Informazioni Generali

I corsi sono organizzati dal Centro di Ricerca e Formazione in Ecografia Internistica, Interventistica e Vascolare dell'ospedale Maggiore di Bologna. e promossi dalle Sezioni di Studio S.I.U.M.B. -Ecografia Addominale e Gastroenterologica ed Ecografia in Epatologia.

Contenuti ed obiettivi

I corsi sono a carattere residenziale e si pro-

pongono di fornire le nozioni di base ed aggiornamento in ecografia mediante lezioni frontali ed esercitazioni pratiche. In particolare i corsi vertono sui seguenti argomenti:

- la tecnica di esecuzione dell'indagine;
- la semeiotica normale e patologica;
- l'integrazione con i dati clinici, laboratoristici e strumentali;
- l'accuratezza diagnostica ed il confronto con le altre tecniche d'indagine;
- il ruolo nelle varie patologie.

I corsi costituiscono parte teorica integrativa degli stage teorico-pratici organizzati dal Centro di Ecografia (sede di Scuola di Formazione di Base e Avanzata in Ecocolordoppler SIUMB). Le lezioni del corso base sono tenute da docenti prevalentemente appartenenti alle tre scuole SIUMB di Bologna.

Destinatari

Laureati in Medicina e Chirurgia.

Educazione Continua in Medicina

Per i corsi sarà richiesto l'accreditamento E.C.M.

Al termine di ogni corso sarà rilasciato un attestato di partecipazione; la certificazione E.C.M. sarà successivamente inviata a domicilio, a seguito della verifica della presenza e della consegna dei questionari, delle schede di valutazione e delle schede anagrafiche debitamente compilate.

Modalità di iscrizione

L'iscrizione si effettua entro e non oltre il 15 aprile 2011, secondo le istruzioni riportate sul sito.

Sede del corso

Sala Convegni Cesare Cesari
Casa dei Donatori di Sangue
Via dell'Ospedale 20 -Bologna

I corsi si svolgeranno dal 2 al 6 maggio 2011 (corso base dal 2 al 4 maggio, corso avanzato dal 5 al 6 maggio). Le esercitazioni pratiche saranno eseguite presso Centro di Ricerca e Formazione in Ecografia della Medicina Interna a Ospedale Maggiore.

Direttore

Vincenzo Arienti

Segreteria Scientifica

Esterita Accogli, Andrea Domanico

Segreteria organizzativa

Progetto Meeting
via de' Mattuiani, 4 -40124 Bologna
Tel. 051-585792 - Fax 051-3396122
[e-mail info@progettomeeting.it](mailto:info@progettomeeting.it)

Patrocini (in richiesta)

Alma Mater Studiorum Univ. di Bologna Fac. di Medicina e Chirurgia

Azienda Unità Sanitaria Locale Di Bologna
Ordine Prov. dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna
Regione Emilia-Romagna
SIMG Società Italiana di Medicina Generale
Simi Società Italiana di Medicina Interna
SIUMB Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia

XI Corso Di Aggiornamento Reumatologico - Le terapie termali nelle malattie reumatiche: fenomeno di costume o realtà terapeutica?

Porretta Terme (BO) 13-14 Maggio 2011

**Scuola di Specializzazione in Reumatologia
Università di Bologna**

PROGRAMMA

Venerdì 13 Maggio 2011

I Sessione

La medicina termale: dall'empirismo alla medicina basata sull'evidenza

Moderatori: S. Coccheri (Bologna), M. Vitale (Parma)

II Sessione

Update sull'osteoartrite: dalla patobiologia alla clinica

Moderatori: A. Facchini (Bologna), F. Fantini (Milano)

III Sessione

Update sull'osteoartrite: clinica e diagnostica strumentale

Moderatori: M. Mercuri (Bologna), G. Minisola (Roma)

IV Sessione

Il trattamento termale nell'osteoartrite: attualità e progressi

Moderatori: M.G. Benedetti (Bologna), F. Furia (Porretta)

V Sessione

L'ambiente termale: opportunità riabilitativa

Moderatori: A. Fioravanti (Siena), P. Pasquetti (Firenze)

Sabato 14 Maggio 2011

VI Sessione

Il malato reumatico nell'ambiente termale

Moderatori: M. Galeazzi (Siena), R. Nardi (Bologna)

VII Sessione

Il trattamento riabilitativo in acqua termale del malato reumatico

VIII Sessione

Il trattamento riabilitativo in acqua termale del malato reumatico

Sessione Parallela

Programmi e tecniche di riabilitazione nel malato reumatico: dalla palestra alla piscina

Iscrizione:

Il corso, a numero chiuso, è riservato a n. 120 Medici Chirurghi, n. 15 Fisioterapisti e n. 15 Infermieri. Le iscrizioni verranno accettate sulla base della data di invio fino al raggiungimento dei posti disponibili. La quota di iscrizione individuale è di euro 150,00 (IVA inclusa) per la categoria Medico Chirurgo, euro 50,00 (IVA inclusa) per la categoria Fisioterapista, euro 30,00 (IVA inclusa) per la categoria Infermiere Professionale.

Modalità di iscrizione

L'iscrizione può essere effettuata scaricando l'apposita scheda all'indirizzo www.planning.it/eventi, selezionando poi l'anno 2011 e l'evento inserito tra quelli in programma nel mese di maggio. Per iscriversi al Corso è necessario compilare ed inviare la scheda unitamente al pagamento della quota iscrizione entro il 2 maggio 2011. Non si effettueranno iscrizioni senza l'avvenuto pagamento della quota di partecipazione.

Modalità di pagamento

Bonifico bancario, al netto delle spese bancarie, a favore di: Planning Congressi srl - Banca Popolare dell'Emilia Romagna, Ag. 6 di Bologna

IBAN IT 18 C 05387 02598 000000000291.

Causale XII Corso di aggiornamento reumatologico + cognome e nome iscritto

Direttore del Corso

Luigi Frizziero

Comitato Scientifico

Sergio Coccheri, Andrea Facchini, Franco Furia, Riccardo Meliconi, Marco Vitale

Segreteria Scientifica

Antonio Frizziero, Luana Mancarella, Monica Nicolosi

Segreteria Organizzativa

Planning Congressi s.r.l.

Via Guelfa, 9 - 40138 Bologna - Tel. 051-300100 - Fax 051-309477

E-mail m.palmisano@planning.it

www.planning.it

Il XIX Corso nazionale di Leprologia a Bologna**Sasso Marconi (Bologna)**

15-17 giugno 2011

L'Istituto Padre Kolbe di Sasso Marconi (Bologna) ospiterà dal 15 al 17 giugno 2011 il XIX Corso di Leprologia, appuntamento formativo di eccellenza per medici e infermieri, che dà diritto a crediti formativi ECM. Il corso è organizzato da AIFO Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau, da CIRLEP (Università di Genova) e dall'Azienda Ospedaliera universitaria San Martino di Genova. Partendo da una introduzione generale sulla microbiologia, la patogenesi e la classificazione delle diverse forme di lebbra, il corso si svilupperà con approfondimenti sugli aspetti clinici più specifici fino alle problematiche relative alla diagnosi, alla terapia, al follow up e all'epidemiologia. Si tratterà infine anche il tema della lebbra in Italia, in una prospettiva storica.

Il corso è diretto dal prof. Enrico Nunzi, dell'Azienda ospedaliera San Martino di Genova. Insieme a lui terranno le docenze i professori A. Clapasson e S. Noto, esperti leprologi.

Potranno partecipare 25 medici o infermieri. La quota complessiva di euro 350 comprenderà vitto e alloggio. Le iscrizioni dovranno pervenire entro il 10 maggio 2011 versando un anticipo di euro 200 o l'intero ammontare a: AIFO - Via Borselli, 4 - 40135 Bologna.

La scheda di iscrizione può essere scaricata dal seguente link: www.aifo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1761

Per informazioni

E-mail: felicita.veluri@aifo.it

Tel. 051/4393228 - 4393211 / Fax 051/434046

- www.aifo.it

Il manuale "Note di Leprologia" in offerta dall'AIFO

Il manuale "Note di Leprologia" di Enrico Nunzi e Cesare Massone, pubblicato da AIFO (2009) è ora disponibile in una promozione speciale con il prezzo ridotto di 15 Euro compreso le spese di spedizione (prezzo originale, 18 Euro senza le spese di spedizione). Il testo di 260 pagine è corredato da circa 50 foto a colori. Il libro presenta le informazioni aggiornate per diagnosi, diagnosi differenziale, esame istopatologico, bacilloscopia e terapia della lebbra.

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

Via Saragozza (fuori porta) vendesi luminoso appartamento di mq 235 piano alto con ascensore, ampia terrazza di mq 40, doppio ingresso, 4 camere, sale, studio, cucina, 3 bagni e cantina. Informazioni ore pasti al numero 339/7243559.

Affitto in prestigioso palazzo d'epoca centro storico appartamento uso studio di rappresentanza - Adiacente tribunale - mq 170 - soffitti affrescati (risc. autonomo). Solo privati - Per info 347/2502967 dopo le ore 18,00.

Vendesi impedenziometro Handy 3000 Dietosystem, nuovo a metà prezzo. Affittasi 2 giorni settimanali (da concordare) studio medico con parcheggio zona Sirio a Medici specialisti. No dietologi. Per info 347/8760161.

Offresi mezze giornate a specialisti in studio medico in S. Lazzaro - centro ottima posizione. Per info 335/6571046.

Cedesi studio dentistico sito in Molinella (Bologna). Attività ventennale. Disponibilità tutoraggio per un anno. Per info 339/6898258.

Affittasi ambulatori a medici, psicologi, laureati area medica, odontoiatri (Studio Attrezzato ed Autorizzato), in studio medico nel centro storico di Bologna, angolo P.zza Galileo, adiacente a garage pubblico con libero accesso Sirio autorizzato. Per info 335/5431462.

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

li ambulatori a medici specialisti. Per informazioni tel. 051/902236.

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

Affittasi ambulatorio medico sito in Bologna, via Mazzini n. 2. Per info tel 335/390860.

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

Volete guadagnare il 5% di interessi all'anno? Sono un medico chirurgo e vendo un miniappartamento affittato (con referenze) in centro a Bologna. Ve lo dimostro con bonifici bancari. No agenzie e perditempo. Solo privati. Tel. 339/8952992 oppure 334/3250511

Privato vende appartamento Cervia Milano Marittima composto da soggiorno, angolo cottura, terrazzo abitabile, 3 camere, doppi servizi, ampio garage. Per informazioni tel. 335/6361035.

Vendesi studio dentistico autorizzato in via Marconi a Bologna. Lo studio è composto da 2 unità operative, un piccolo laboratorio odontotecnico, una sala sterilizzazione, 2 bagni e sala d'attesa. Per info tel. 338/2788824.

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 adatt-

to anche come poliambulatorio. Tel. 335/5615625. Foto visibili su <http://www.flickr.com/photos/studiomed>.

Affitasi ampio appartamento arredato 100 mq in bella palazzina zona Murri-Siepelunga dotata ascensore con 3 camere da letto, soggiorno, cucina, 2 balconi, cantina, adatto per studenti o lavoratori (max 4 posti letto). Importo affitto euro 900- Tel. (dalle 13 alle 15): 331/2606457.

Ragazza 26enne neolaureata cerca lavoro come segretaria di studio medico. Per info telefonare al 340/3515170. Max serietà e disponibilità.

Ragazza seria e motivata con precedente esperienza nel settore cerca lavoro come segretaria di studio medico in Bologna e Provincia. Disponibilità part-time e full-time. Tel. 339/6666543.

Vendesi zona Fossolo 1 - adiacente Ospedale Malpighi - appartamento di 120 mq, al 1° piano con ascensore, in strada interna e silenziosa, biesposto a Est e a Ovest, composto da ingresso, sala, cucina abitabile, 3 camere matrimoniali, 2 bagni finestrati, 2 ripostigli, loggia, cantina ciclabile e finestrata. Riscaldamento centralizzato, impianto elettrico a norma.

Costruzione anni '70. Euro 305.000 volendo garage. Libero subito. No intermediari. Telefonare al 345/3427653.

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

Affitto stagione estiva appartamento 3 locali - 6 posti letto - 1 bagno. Località Falcade (BL)/Dolomiti. Giardino - Posizione soleggiata. Tel. 335/5221112.

Affitto bilocale, nuovo, ben arredato, con finiture di pregio. Composto da ampio soggiorno con angolo cottura, ampia camera da letto matrimoniale, bagno con doccia, terrazzo abitabile. 3° piano con ascensore. Compreso garage per una auto grande. Sito in via Fasoli: adiacenze, S. Orsola, Università, Centro. Tel. 328/6839366.

Vendo, come nuovi, strumenti chirurgici: forbici da cavità, bisturi, forcipi, divaricatore autostatico e pinze. Ferri ostetrici compresi. Telefonare ore pasti, prezzi molto interessanti. Tel. 051/235443, cellulare 339/6240356.

Norme editoriali

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

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

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

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

Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.

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

Annunci: testo di massimo 500 battute

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