

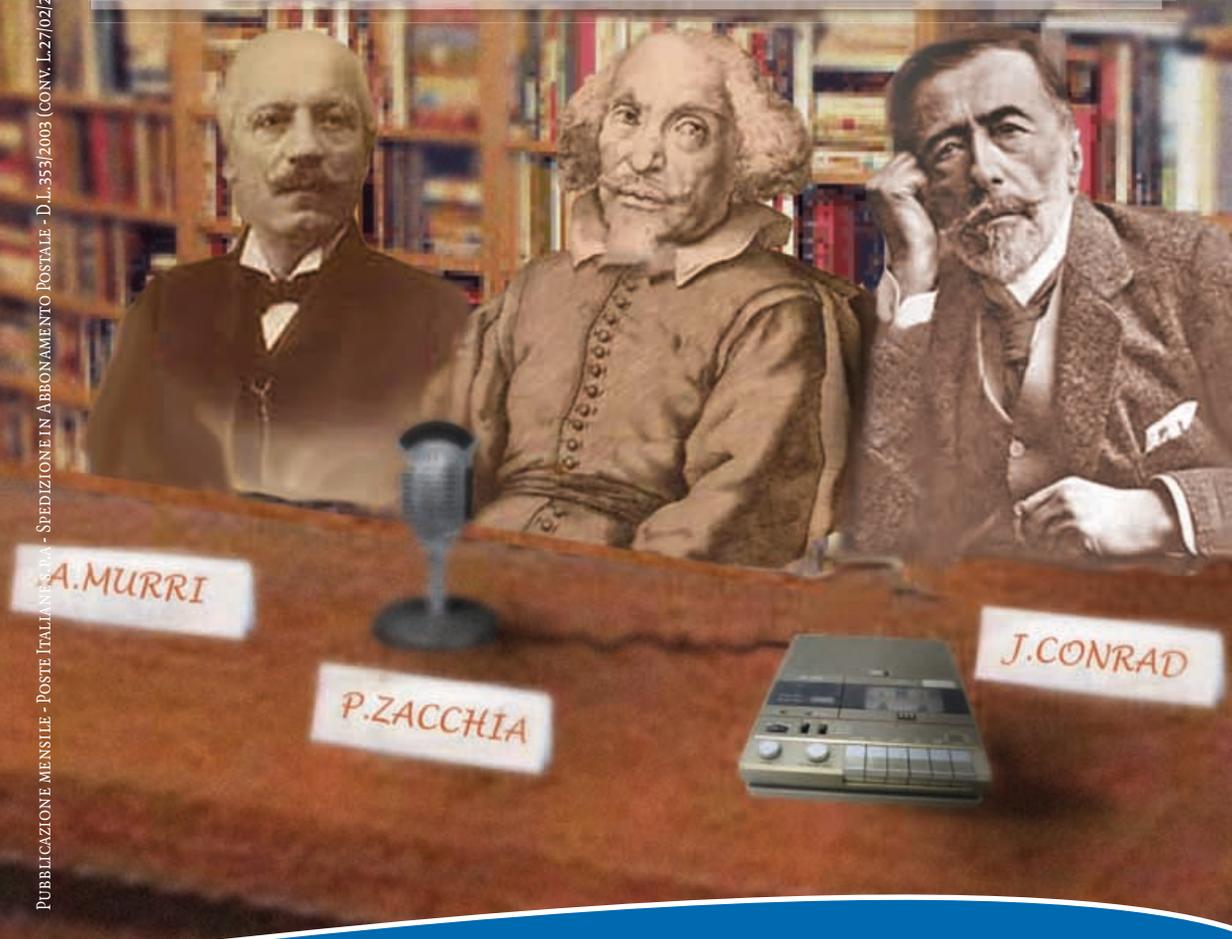
BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLIII - N° 7 LUGLIO 2012

IN QUESTO NUMERO

- **Una intervista impossibile**, Tiziana Balbi - Giovanni Pierini, pag. 3
- **L'assistente dello studio odontoiatrico, un ruolo specifico e dai precisi ambiti e limiti di competenza ed operatività**, Alberto Santoli - Carlo D'Achille, pag. 6
- **I limiti delle meta-analisi in medicina. L'esempio dell'omeopatia: pregiudizi, conflitti di interesse e controversie sulle medicine non convenzionali**, Francesco Donato, pag. 8

PUBBLICAZIONE MENSILE - POSTE ITALIANE S.p.A. - SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, CN/BO



BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE

Dott. Luigi Bagnoli

COMITATO DI REDAZIONE

Dott. Pietro Abbati

Dott. Massimo Balbi

Dott. Carlo D'Achille

Dott. Andrea Dugato

Dott. Flavio Lambertini

Dott. Sebastiano Pantaleoni

Dott. Stefano Rubini

Dott.ssa Patrizia Stancari

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

Pubblicazione mensile

Poste Italiane s.p.a -

Spedizione in Abbonamento Postale -
D.L.353/2003 (conv. L.27/02/2004 n.46)
art.1, comma 1, CN/BO

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 Giugno 2012
è stato consegnato in posta
il giorno 30/5/2012

SOMMARIO

ANNO XLIII - LUGLIO 2012 N° 7

ARTICOLI

Una intervista impossibile • 3

L'assistente dello studio odontoiatrico, un ruolo specifico e dai precisi ambiti e limiti di competenza ed operatività • 6

I limiti delle meta-analisi in medicina. L'esempio dell'omeopatia: pregiudizi, conflitti di interesse e controversie sulle medicine non convenzionali • 8

NOTIZIE

Dalla pagina 16 alla 27

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 28

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 29

CONVEGNI CONGRESSI • 30

PICCOLI ANNUNCI • 31

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

www.odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente

Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente

Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario

Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere

Dott. VITTORIO LODI

Consiglieri Medici

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott. STEFANO FERRARI

Dott. OSCAR FINI

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. STEFANO PILERI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

Consiglieri Odontoiatri

Dott. ANDREA DUGATO

Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. CARLO D'ACHILLE

Segretario: Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Componenti: Dott. EMANUELE AMBU

Dott. PIETRO DI NATALE

Dott. ANDREA DUGATO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dott. FRANCO BENETTI

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO

Dott. ALESSANDRO ZATI

Supplente: Dott. FRANCESCO QUARANTA

Una intervista impossibile

Tiziana Balbi - Giovanni Pierini

Anni fa la RAI promosse un programma di grande successo, le “Interviste impossibili”, realizzate da artisti che “intervistavano” personaggi del passato. Fra condottieri filosofi e monarchi mancavano i Medici, ed ecco quindi un incontro fra tre figure importanti per la Medicina: Paolo Zacchia, padre della Medicina legale moderna, Augusto Murri, Caposcuola della nostra Clinica medica, e Joseph Conrad, scrittore capace di sondare le profondità dell’animo umano.

Sono in tre, il primo in colletto duro e baffi, il secondo spicca per il bavero a trine, il terzo, con giacca marinara e foulard girocollo, sta come su una linea d’ombra.

Si presenta il primo, asciutto e cortese: “Augusto Murri, Professore di Clinica medica nell’Università di Bologna”; segue quindi il secondo: “Paolo Zacchia, Protomedico di Sua Santità e della Santa Inquisizione”; poi il terzo, sporgendo a una lama di luce la visiera del berretto “Joseph Conrad, Ufficiale della Marina Orientale di Sua Maestà e Scrittore”.

“Per un discorso sulla Medicina – inizia Zacchia – ho desiderato incontrare sia l’illustre Medico che il profondo conoscitore dell’animo umano, con l’intento di esplorare la situazione nella quale versa da sempre il Medico. E ragionando ho proposto a voi amici dialoganti di fermarci un attimo assieme, quasi a riprovare la sensazione sospesa del ricordo delle nostre vite. È come sentire l’ombra di un qualcosa con cui si è vissuto a più stretto contatto che con sé stessi, voglio dire l’esperienza del Tempo.

Parlandone con Erasmo mi diceva che ancora teneva per fermo quanto aveva appuntato a latere sull’*Elogio della Pazzia*, seduto in sella di un pomeriggio di calura padana, appena passata Felsina, e che suona così: ... Arti e scienze penetrano in mezzo a noi, autori quegli esseri di tutte le scellerataggini umane, il cui nome è stato trovato nel ‘sapere’, cioè i ‘periti’. Di tutte le dottrine le più importanti sono quelle più strette al senso comune, cioè alla follia umana: anche la Medicina, come viene esercitata non da pochi, non è che

una specie di adulazione, né più né meno dell’idolatria. Il mistero della salvezza, nascosto ai sapienti, è rivelato ai piccoli”.

“Come quando sospendi la penna nel narrare la peste di Roma?” si inserisce Murri. Zacchia, con un sorriso: “perché ti aveva incuriosito quel passaggio?”. “Beh, mi colpì nettissima la sensazione che tu caro Paolo avessi intuito la ragione del morbo che più volte aveva terrorizzato e decimato l’Europa. Infatti, mentre parli delle prove del beneficio, nelle tue *Quaestiones Medico legales*, inserisci un’annotazione diremmo noi oggi ‘in tempo reale’, scrivendo che sotto la tua finestra c’è una grande agitazione per la notizia dei primi casi di peste: chi urla, chi impreca, il terrore sale, e annoti che proprio quel giorno i cristiani avevano intercettato e portato a Ostia una galera turca con un carico di lana. Non un commento, una parola in più, la prosa torna come in musica al suo ‘da capo’ e riporti il lettore al tema del beneficio, lasciandogli però ben viva in mente questa immagine dove si annida, sapremo poi, il segreto della peste, e che tutti ponevano invece nella corruzione dell’aria, nelle opere dei demoni, e via”.

E lui: “Per questo valga ancora il mistero del velo che la Storia ha posto sulla faccenda, posso solo ricordarti quel che dissi nell’introduzione alle *Quaestiones*: - Caro studioso di problemi di Medicina, desidero discutere con te alcuni aspetti problematici sui quali occorre che ti faccia speciali avvertenze, perché ciò che qui tratterò ti potrebbe sembrare poco provato perché diverso dalla opinione comune. Come potesse essere concesso di filosofare al solo filosofo, o bastasse al genere umano ciò che per primi dissero Aristotele e Platone, senza riguardo a ciò che essi insegnarono per distinguere il vero dal falso. Sono fermamente convinto della necessità di rispettare gli Autori della tradizione, ma far filosofia contro i loro dogmi non solo non è da esecrare, bensì da lodare: né infatti la verità può di giorno splendere di luce se non attraverso quei punti che si pronunciano contro la verità stessa- e non fu facile, mentre si preparava l’accusa da parte dell’Inquisizione al Sig. Galilei. Cosa ne pensi Augusto?”.

“Ecco come giustamente e compiutamente si ri-

flette il tuo pensiero sulle necessità del saggiamente operare medico di oggi, e come lo fu nei miei tempi. La frase sul dovere fu la prima che rivolsi per iscritto ai miei allievi al ritorno all'insegnamento nel 1902. Nell'occasione ricordai loro la necessità di discutere sul metodo, perché, rimembrando Comte, "le differenze di metodo sono le più importanti perché da queste derivano tutte le altre differenze". Io muovo da questo punto: lo scopo dell'insegnamento clinico è quello di fare dei buoni medici pratici. C'è un'impotenza collettiva che viene dalle tenebre che nascondono ciò che occorrerebbe sapere, così come un'impotenza individuale che nasce dall'uso manchevole o errato delle nozioni. Dunque di questo si deve occupare un insegnante, la scoperta dell'ignoto è mira altissima ma vale un grado minore nell'insegnamento. Chi opera per la vetta e chi per il bisogno quotidiano sono legati da reciproca affinità, che è la via del vero. Così chi cerca di consolarsi sempre coll'immaginare un rimedio per ogni male proclama che volere è potere. Questa, come tante altre, è l'esagerazione di una verità, e per conseguenza un errore. Questi non sono intenti morali, come piuttosto il candore della verità di coloro che vollero e non poterono. Nietzsche e Schopenhauer ci avvisarono – li cito ma non sono per il nichilismo comunque si presenti – per il fatto che non si può porre la meta verso l'ultima verità o verità ultima, pena la guerra e la diuturna ignoranza, magari accompagnata dall'illusione del sapere".

"Ho la solida convinzione – interviene Conrad – che tutto quello che è sotto il dominio dei nostri sensi debba esistere anche in natura, e che, per quanto eccezionale, non può differenziarsi sostanzialmente da tutti gli altri fenomeni del mondo visibile e percepibile di cui siamo una parte consapevole. La vita è uno stato d'incanto: sono fermo all'idea del meraviglioso come voi scienziati del '600, che insegnavate ai vostri studenti che il primo gradino della scienza è la curiosità, alla quale far seguito con la meraviglia. Sono rimasto ammirato dei pazienti disegni di Aldrovandi composti nella sua tranquilla casa di Borgo S. Pietro a Bologna, anche se il mio mondo si presentava diverso: nelle burrasche sul mare non si tracciano figure con la penna, ma tutto è figura. Non nelle nostre mani però. Il mare, quello vissuto come quello dei miei racconti, ha in sé stesso, a dirla in tutta coscienza, mistero e

terrore sufficienti. La nave traccia la scia lungo una rotta, che congiunge il desiderio della meta con la possibilità, solo la possibilità, di arrivarvi. Basta poco a entrare dalla calma piatta al tifone, quando i venti precipitano tutti addosso e sei costretto a varcare un'improvvisa linea d'ombra, che segna come definitivo il tuo passato, rendendoti urgente affrontare il pratico e drammatico presente".

Murri: "Questa tua immagine mi rammenta come sia inestricabile tutta la nostra materia medica. Il più delle volte si presentano fatti complessi, ma poiché il tutto resiste alla divisione metodica in parti semplici ci è giocoforza scomporlo solo mentalmente, consapevoli che comunque nell'operazione si andrà a perdere un *quid* che dopo faremo fatica a recuperare nella sintesi. Come dire che un tutto non è la sola somma delle sue parti".

Zacchia: "Come si dimentica oggi questo fatto! E dire che molti considerano i medici del mio tempo primitivi per il fatto di dar valore anche agli aspetti qualitativi".

Murri: "Ottima osservazione, caro Paolo, ma occorre una base empirica, una precisa conoscenza del significato scientifico di ogni elemento e una indispensabile base di cultura, senza di che sarebbe stolta pretesa il fare il medico. Senza saper fondere tutte queste notizie in una sintesi giusta sarà come non sapere nulla. Che dice lo sguardo sorridente del nostro silenzioso capitano?"

Conrad: "Pensavo a come spiegare ai tuoi allievi quello che in mare si impara convivendo con individui segnati dal destino in modo così feroce e preciso da essere emblemi per sempre. Per esempio il destino individuale irrisolto, come ha visto Melville nella caccia a Moby Dick, o il momento della scoperta del volto dell'assoluto, come accade al mio Kurtz. Hai ragione Augusto, l'assoluto non è per la mente umana, anzi, chiede il prezzo della follia. L'indecifrabile visto da troppo vicino diventa l'indicibile che fa gridare a Kurtz 'l'orrore! l'orrore!'. Ci si può incantare in barca in quell'attimo tragico in cui perdiamo l'inizio del riflusso indispensabile alla navigazione, mentre al largo l'orizzonte viene sbarrato da un nero banco di nubi, e la via d'acqua che ci doveva condurre pare invece puntare a un cuore di tenebra".

Murri: "giusto, eccoci dunque ad introdurre il concetto fondamentale di abito mentale. Il lavoro fecondo è quello fondato sull'esperienza e sulla ragione; il poco che dell'antica clinica è arriva-

to sino a noi non è che la parte che era stata conquistata col metodo empirico, anche se talora mancante di quell'occhio ricostruttivo di cui parlavo poco sopra. Che il sistema circolatorio fosse sistema chiuso Harvey lo dedusse in funzione della domanda: dove sarebbe finito altrimenti tutto quel sangue? Aggiungo che se pensiamo ai componenti semplici del nostro corpo ci accorgiamo che la varietà e la complessità insospettabili che emergono sul piano della vita sono dovute al modo con cui si uniscono. E per me tale *modus* è un fatto fisico”.

Zacchia: “O di divina provvidenza?”.

Conrad: “Piuttosto il segreto che ci fa vivere come in un sogno”.

Murri: “C'è un'attrazione, direi anzi una sicurezza, nel tanto cercare sul metodo: il medico deve adattarsi alle circostanze, ovvero deve inizialmente supplire all'analisi sperimentale; il processo mentale del comprendere non differisce. Da qui nasce la supposta inferiorità del medico rispetto allo scienziato, perché appunto deve supplire all'analisi sperimentale con l'analisi razionale. Per molti se un Clinico non accoglie con entusiasmo l'ipotesi arrivata con l'ultimo periodico scientifico è un codino, se pensa che un esperimento non s'attaglia al caso clinico è un empirico, se ragiona è un dialettico... Con tutto ciò resta sempre una parte grandissima del processo morboso che non si può sottoporre all'esperimento. L'immaginazione, rigorosamente contenuta dalla critica, permette di ricongiungere con un'ipotesi ragionevole le parti note empiricamente”.

Conrad: “Certo, i fatti ... solo leggendoli sulla base dell'esperienza si può uscire da una tempesta, tracciare sicuri una rotta, salvarsi e salvare chi ti è affidato sulle acque; e non solo, è importante il pensiero che Augusto rivolge all'intuizione: certo, all'interno del ragionamento, ma sempre fondamentale. Credo che per uno scienziato sia sentita come una sconfitta quella di credere e ringraziare (sapeste quante volte l'ho fatto appena scampato alle forze della natura) l'intuito. Sembra quasi una resa della ragione, mortificata dalla potenza dell'assurdo, o dell'inconcepibile irrazionalità che si nasconde nelle radici profonde del nostro vivere”.

Zacchia: “Daimon, diceva Platone, e voi moderni, Anima....”

Conrad: “Proprio così, e inconscio non vuol dire

meno reale, di certo: una volta rimasi con una ciurma di aborigeni cannibali in una calma di vento mortale, e ancora mi domando come uomini robusti senza gran attitudine a valutare le conseguenze delle proprie azioni non mi abbiano fatto a brani per cibarsi: mi resi conto che una qualche forza inibitrice, uno di quei segreti dell'animo umano che sfidano ogni probabilità, doveva esser entrato in gioco. Quei poveri diavoli non avevano una ragione al mondo per provare scrupoli di sorta, ma fecero come la jena che si astiene famelica su un campo di battaglia. Incredibile, ma era un fatto, lì davanti ai miei occhi, abbagliante come la spuma sugli abissi del mare, un'increspatura alla superficie di un enigma insondabile.

E bisogna stare attenti a quando l'oscurità selvaggia ti bisbiglia all'orecchio le cose che non sai di te stesso”.

Zacchia: “Ecco quindi che la nostra prudenza non fu mal riposta: si fa presto a relegarci nel limbo dei superstiziosi, quando invece ai miei tempi si decise, non sapendo abbastanza, di essere molto prudenti nel sapere. Che poi il nome di tale prudenza fosse il terrore del demoniaco poco si discosta dalla sensazione fisica che ci avverte di stare talvolta troppo vicino a quell'insondabile che la ragione non può squadrare in luce e ombra, vero e falso; che ti fa sentire prossimo il contatto con l'orrore dell'inestricabile, dove tutto si equivale, dove la causalità cede e la fiamma dell'etica vacilla come una candela sottovento. Molti medici, soprattutto quelli che si dedicano ai cronici o ai folli sanno bene cosa sia star vicino a questa forza terribile.

Ma *nihil novi sub sole*, nella consapevolezza dei limiti del dualismo che come una croce ci sostiene e ci appende allo stesso tempo”.

Si alza pensieroso, sempre più leggero e impalpabile, una sottile trama con quelle degli altri.

Autori

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

Giovanni Pierini - prof. ass. Tossicologia forense - Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica Università di Bologna

L'assistente dello studio odontoiatrico, un ruolo specifico e dai precisi ambiti e limiti di competenza ed operatività

Avv. Alberto Santoli - Dott. Carlo D'Achille

L'attività odontoiatrica non può prescindere, nella maggioranza dei casi, dalla figura professionale dell'Assistente dello Studio Odontoiatrico (ASO). Essa infatti ricopre un ruolo fondamentale nella nostra professione e – talvolta – parte del nostro successo dipende anche dall'efficacia, dalla disponibilità, dalla laboriosità e dalla simpatia delle nostre e dei nostri assistenti.

Questa considerazione non deve tuttavia portare a ritenere scontato il ruolo che questa figura professionale viene ad assumere nei nostri studi e nei nostri ambulatori.

Deve infatti ricordarsi che la disciplina normativa/contrattualistica individua e riserva per l'Assistente dello Studio Odontoiatrico ben precise e definite mansioni, che il **dentista deve assolutamente conoscere**, al fine di non imbattersi in comportamenti disciplinarmente e penalmente rilevanti.

La definizione del profilo dell'ASO (Assistente dello Studio Odontoiatrico) costituisce parte integrante del CCNL firmato da ANDI e Sindacati dei Lavoratori (FILCAMS-CGIL, FISA-SCAT-CISL, UILTUCS-UIL) nel gennaio 2001, con il precipuo scopo "di meglio rispondere all'interesse di qualificazione del personale dello studio odontoiatrico finalizzata alla tutela della salute". In particolare, tale profilo professionale prevede:

- Ricezione, accoglienza e dimissione dei pazienti;
- Gestione degli appuntamenti;
- Controllo ed aggiornamento dello schedario dei pazienti;
- Rapporti con fornitori e collaboratori esterni;
- Svolgimento delle quotidiane attività amministrative anche con tecnologia informatica;
- Preparazione dell'area di intervento clinico;

- Assistenza dell'operatore/i durante l'esecuzione delle prestazioni;
- Manipolazione, preparazione, stoccaggio dei materiali dentali;
- Riordino, pulizia, disinfezione, sterilizzazione, preparazione e manutenzione dello strumentario e delle attrezzature;
- Decontaminazione e disinfezione degli ambienti di lavoro;
- Archiviazione e catalogazione del materiale radiografico e iconografico dei pazienti.

Dall'elencazione sopra esposta si evince chiaramente come risultino **non comprese nell'ambito delle competenze dell'Assistente dello Studio Odontoiatrico tutte quelle manovre e mansioni che comportino un'azione diretta sul paziente**, quali – a titolo esemplificativo – igiene orale (in senso lato), detartrasi, levigatura delle radici dentarie, lucidatura di restauri conservativi, cementazione di manufatti protesici, adattamenti di manufatti protesici mobili, rilevamento d'impronte dentarie, posizionamento di presidi ortodontici, esami radiografici, ecc. Infatti, stando alla normativa vigente in materia, le uniche figure professionali abilitate all'esecuzione di manovre terapeutiche sulla cavità orale sono l'**odontoiatra** e l'**igienista dentale**.

Risulta pertanto preclusa e proibita all'Assistente dello Studio Odontoiatrico qualsivoglia operazione che, debordando dallo specifico mansionario, finisca per invadere l'ambito di competenza ed operatività sanitaria sul paziente espressamente riservato all'odontoiatra ed all'igienista dentale.

Qualora tale suddivisione di ruoli e competenze non venisse rispettata, risulterebbe configurabile – in capo all'assistente – il reato pre-

visto dall'art. 348 c.p. di esercizio abusivo di una professione, e – per il professionista – il concorso ai sensi dell'art. 110 c.p. nella realizzazione della medesima fattispecie, condotte entrambe punite anche con pena detentiva sino ad un massimo di sei mesi.

Per quanto riguarda il sanitario deve inoltre sottolinearsi la rilevanza deontologica/disciplinare di un eventuale affidamento e/o espletamento da parte di un assistente di mansioni esondanti il proprio ambito di competenze, con particolare riferimento agli artt. 1, 2, 13, 66 70 del Nuovo Codice Deontologico e all'art.

8 della legge 5 febbraio 1992, n. 175; tale ultima disposizione normativa norma prevede la sanzionabilità della censurata condotta mediante interdizione (sospensione) dall'esercizio della professione odontoiatrica da uno a cinque anni.

In ragione di quanto esposto, appare evidente l'importanza per il dentista del rispetto del mansionario e della relativa definizione di limiti e competenze degli Assistenti dello Studio Odontoiatrico, rinvenendosi altrimenti gravi conseguenze sia disciplinari che penalmente rilevanti.

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

I limiti delle meta-analisi in medicina. L'esempio dell'omeopatia: pregiudizi, conflitti di interesse e controversie sulle medicine non convenzionali

Francesco Donato

Per gentile concessione dell'OMCeO di Brescia

1. Le meta-analisi sull'omeopatia

È passato qualche anno dalla pubblicazione della meta-analisi di Shang su "Lancet" nel 2007 (1), che avrebbe dovuto sancire la fine dell'omeopatia, perché di efficacia non superiore a quella del placebo, come enfatizzato nel commento anonimo apparso sul medesimo numero della rivista (2). L'articolo di Shang e collaboratori, coordinati da Matthias Egger, un noto esperto di meta-analisi dell'Università di Berna, ha avuto larga eco tra i mass-media anche nel nostro paese e considerevoli ricadute sull'impiego dell'omeopatia, soprattutto in paesi come la Gran Bretagna. Come atteso, sono state pubblicate diverse lettere di critica alla meta-analisi (3-7) e due ri-analisi degli stessi dati (8-9).

La controversia sull'omeopatia merita, a mio avviso, qualche riflessione, costituendo un buon esempio dei limiti oggettivi delle meta-analisi in medicina, in particolare per quanto riguarda la loro obiettività e riproducibilità, e di come sia difficile raggiungere una conclusione definitiva, al momento attuale, sull'efficacia delle medicine non convenzionali.

Le revisioni sistematiche, che vengono considerate meta-analisi quando riportano anche una misura di sintesi quantitativa dei risultati, sono attualmente lo strumento migliore di cui disponiamo per riassumere l'evidenza scientifica prodotta su di un determinato tema (10). Non sempre, tuttavia, i risultati delle meta-analisi vengono accettati universalmente. A volte esse giungono a conclusioni diverse da quelle consolidate nell'establishment medico,

come mostrano le recenti controversie sull'efficacia dello screening mammografico, sugli effetti dell'esposizione a campi elettromagnetici o sull'efficacia del vaccino anti-influenzale negli anziani.

In altri casi, le meta-analisi raggiungono risultati contrastanti tra loro. È famoso l'esempio dei risultati delle meta-analisi sul "fumo passivo", cioè quello emesso da sigarette, pipe o sigari accesi in un ambiente chiuso (11): le meta-analisi in cui gli autori avevano ricevuto finanziamenti dall'industria del tabacco mostravano risultati negativi (non evidenza di nocività) nella quasi totalità (29 su 31), mentre quelle indipendenti mostravano risultati positivi (evidenza di nocività) a larga maggioranza (65 su 75): la probabilità di una conclusione negativa era circa 100 volte maggiore se la meta-analisi era finanziata dall'industria del tabacco!

I risultati delle meta-analisi dipendono evidentemente dai risultati dei singoli studi. Se questi sono affetti da errori sistematici (in inglese: *bias*), anche la meta-analisi sarà affetta da errori. Sono note, ad esempio, le controversie tra le ricerche su efficacia ed effetti avversi di nuovi farmaci, in cui in genere i trial sponsorizzati dalle aziende mostrano risultati più favorevoli al farmaco rispetto a studi indipendenti (12). Per evitare questo genere di controversie, oggi tutte le maggiori riviste del settore biomedico richiedono agli autori di una ricerca la dichiarazione dei conflitti di interesse, il ruolo di ciascun ricercatore e quello dello sponsor. La risoluzione dei conflitti di interesse, tuttavia, non basta da sola ad evitare altri possibili *bias*, soprattutto quello di pub-

blicazione (*publication bias*), dovuto al fatto che gli studi con risultati “positivi” (statisticamente significativi) tendono, rispetto a studi con risultati negativi (non significativi), ad essere pubblicati: a) in proporzione maggiore; b) in tempi più brevi; c) su riviste di maggiore prestigio (13).

Una meta-analisi dovrebbe avere alcune caratteristiche per essere affidabile: un protocollo ben definito ed esplicitato nell’articolo, in modo che chiunque possa rifare l’analisi e riprodurre gli stessi risultati, criteri obiettivi di scelta degli studi e analisi dei dati, possibilmente aderenti a standard predefiniti, una valutazione adeguata dell’eterogeneità tra gli studi, e dei possibili bias, soprattutto quello di pubblicazione (13). Il rispetto di criteri di assoluta obiettività di una meta-analisi costituisce il *sine qua non* per utilizzarle nella valutazione della ricerca scientifica e per la produzione di raccomandazioni e linee guida. La meta-analisi di Shang non è la prima né l’unica che sia stata condotta per valutare l’evidenza scientifica sull’omeopatia sulla base dei trial randomizzati controllati, che costituiscono il più valido modello di ricerca clinica sperimentale sull’uomo. Nel 1997, il gruppo di Klaus Linde, del Centro di Ricerca per le Medicine Complementari dell’Università di Monaco, aveva pubblicato, sempre su “Lancet”, una meta-analisi che concludeva, all’opposto di quella di Shang, per un’evidenza di efficacia dell’omeopatia, escludendo quindi che i prodotti omeopatici possano agire solo come placebo (14). Gli stessi autori, tuttavia, due anni dopo, hanno analizzato l’influenza di indicatori di qualità degli studi sulla meta-analisi, osservando che le ricerche di migliore qualità tendevano a fornire risultati meno favorevoli all’omeopatia e concludendo che la loro meta-analisi aveva probabilmente sovrastimato gli effetti benefici dei trattamenti omeopatici (15). Nel 2001 è uscito sul “British Medical Journal” un articolo, firmato anche da Egger, su come rilevare la presenza di bias nelle meta-analisi e su come trattarli in fase di analisi, per evitare distorsioni nei risultati (16). Gli autori riportano come esempio operativo (*case study*) proprio la meta-analisi di Linde, mostrando che “l’evidenza dei dati riportati è compatibile con l’ipotesi che gli ef-

fetti clinici dell’omeopatia siano completamente dovuti all’effetto placebo e che i risultati favorevoli all’omeopatia della meta-analisi di Linde siano dovuti ad una combinazione di bias di pubblicazione e inadeguata metodologia dei trials” (16).

2. Come è costruita la meta-analisi di Shang su Lancet

Shang e collaboratori si sono proposti di valutare l’efficacia dell’omeopatia *tout court*, comprendendo quella “classica”, “clinica” o “complessa” confrontandola con quella della medicina convenzionale (occidentale), sulla base dei risultati di tutti i trial condotti fino al 2003 (1). Per reperire i trial sull’omeopatia, gli autori hanno consultato diverse banche dati, incluse alcune specifiche dell’omeopatia, mentre, per i trial di medicina convenzionale, hanno esaminato solo il Registro dei trial della Cochrane Collaboration, comprendente più di 350.000 voci bibliografiche. Per procedere a una valutazione dei possibili bias e ad una analisi degli studi meno prona a bias e quindi più affidabili, la procedura degli autori si articola in tre passaggi (*step*) ben distinti, anche se l’articolo non è molto chiaro su questi aspetti, ad una prima lettura.

In un primo momento, tutti i trial di omeopatia identificati come eleggibili sono stati appaiati, in rapporto 1:1, con altrettanti trial di medicina convenzionale, sulla base della patologia trattata e delle misure di *outcome* (esito) riportate. La scelta del trial di medicina convenzionale da appaiare a quelli omeopatici è stata effettuata, tra i molti disponibili, mediante estrazione con numeri casuali generati da un computer. Sono stati esclusi dall’analisi i trial di omeopatia non appaiati a quelli di medicina convenzionale. In totale, sono stati individuati 156 trial di omeopatia, dei quali 51 sono stati esclusi per diversi motivi, tra cui 7 perché non appaiati, lasciando in totale 110 trial di omeopatia appaiati con altrettanti di medicina convenzionale. I trial erano stati condotti per diverse condizioni cliniche, dalle infezioni delle vie aeree superiori a pollinosi e asma, affezioni ostetriche e ginecologiche, fino ai disturbi muscoloscheletrici. Gli studi di omeopatia erano, rispetto a quelli di medicina convenzionale, di migliore qualità, pur essen-

do in proporzione maggiore non pubblicati, pubblicati su riviste non indicizzate o pubblicati su riviste non di lingua inglese. Si rileva una forte eterogeneità tra i trial, e la presenza di possibili bias di pubblicazione, in entrambi i gruppi, con un maggiore effetto benefico del trattamento nei trial: a) più piccoli, rispetto a quelli di maggiori dimensioni; b) pubblicati in lingue diverse dall'inglese, rispetto a quelli su riviste in lingua inglese; c) pubblicati su riviste non indicizzate su Medline, rispetto a quelli su riviste indicizzate; d) di minore qualità, rispetto a quelli di migliore qualità. Queste differenze erano statisticamente significative per i lavori omeopatici mentre non lo erano per quelli di medicina tradizionale, pur essendo di simile entità.

Ad un secondo step, sono stati selezionati gli studi di migliore qualità sulla base di alcuni criteri già proposti da diversi autori, incluso lo stesso Egger (17). Gli studi di qualità elevata risultavano in proporzione maggiore nell'omeopatia, rispetto alla medicina convenzionale (21 vs 9, rispettivamente). Nell'articolo non viene riportata alcuna analisi di questi studi di migliore qualità.

Ad un terzo step, infine, l'analisi è stata ristretta agli studi più grandi tra quelli di migliore qualità, pari a 8 di omeopatia e 6 di medicina convenzionale. In questo gruppo ristretto non si vede un effetto statisticamente significativo nei trial di omeopatia (odds ratio, OR=0.88, con intervallo di confidenza al 95%, IC95%: 0.65-1.19) mentre lo si vede in quelli di medicina convenzionale (OR=0.58, IC95%: 0.39-0.85). Sulla base di questi ultimi risultati gli autori concludono che gli effetti clinici dei prodotti omeopatici sono compatibili con l'ipotesi del solo effetto placebo.

3. Gli aspetti critici della meta-analisi di Shang

L'articolo di Shang presenta diversi aspetti discutibili: a) la definizione degli obiettivi è poco chiara, sia nell'abstract che nel testo; b) sulla base di quanto riportato nell'articolo, non vi è modo di ripetere l'analisi, non potendo individuare i trial su cui si basa la stima conclusiva; c) i criteri di qualità scelti dagli autori, pur essendo già stati considerati in letteratura, non sono tra i più comunemente utiliz-

zati nelle meta-analisi; d) non viene analizzata l'eterogeneità degli studi per gli aspetti relativi alle condizioni cliniche trattate e al tipo di trattamento; e) non sembra siano state condotte analisi di sensibilità, includendo o escludendo singoli studi, soprattutto per quanto concerne l'analisi finale; f) non viene riportato alcun risultato relativamente alla totalità dei trial inclusi (110 per ogni gruppo) né per il sottogruppo dei trial di migliore qualità (21 di omeopatia e 9 di medicina convenzionale); g) il giudizio finale si basa su di un piccolo numero di trial - 8 omeopatici vs 6 di medicina convenzionale.

In sintesi, i punti della meta-analisi di Shang maggiormente criticati sono:

- La scelta degli articoli da includere (i 110 trial di omeopatia appaiati ad altrettanti di medicina convenzionale);
- La scelta del *core group* di articoli (8 di omeopatia e 6 di medicina convenzionale) su cui è basata l'analisi finale e quindi le conclusioni degli autori;
- Il non avere tenuto conto dell'eterogeneità degli studi e il non avere analizzato la diversità di trattamenti e condizioni cliniche quali possibili cause di eterogeneità;
- Le conclusioni troppo forti degli autori considerato il piccolo numero di articoli su cui esso si basa, la variabilità dei risultati al variare del numero dei trial inclusi e l'eterogeneità rilevata.

Ai fini di una disamina più generale sui limiti delle meta-analisi, vale la pena discutere brevemente questi aspetti.

4. La scelta di tutti gli studi, e la selezione di quelli di migliore qualità ("garbage in, garbage out")

I criteri di selezione degli articoli possono modificare i risultati di una meta-analisi in modo sostanziale. Per richiamare l'importanza della selezione, si usa spesso l'espressione "garbage in, garbage out", mutuando il concetto dall'informatica: ciò che entra (gli studi selezionati) determina ciò che esce (i risultati) (13), così come, se si immettono in un computer dati sbagliati, le analisi conseguenti produrranno risultati sbagliati.

Per la scelta dei 110 trial di omeopatia, Shang et al partono dalla meta-analisi di Linde (14), che

includeva gli articoli pubblicati fino al 1995, estendendo la ricerca al gennaio 2003. I criteri di inclusione sembrano sovrapponibili a quelli della meta-analisi di Linde, comprendendo di fatto tutti i trial clinici con gruppo di controllo e randomizzati, o quasi randomizzati. Tuttavia, un confronto tra l'elenco dei 110 trial inclusi da Shang e quello degli 89 inclusi da Linde mostra che 17 degli 89 trial inclusi da Linde non sono compresi nella meta-analisi di Shang. Nella lista degli esclusi, i cui motivi non sono esplicitati, sorprende di vedere 5 dei 26 trial considerati da Linde di elevata qualità (2 favorevoli all'omeopatia e 3 negativi), alcuni dei quali apparsi su riviste prestigiose, come *British Medical Journal* e *Lancet*. Uno di questi, in particolare, di grandi dimensioni e di elevata qualità secondo Linde, sembra sia stato escluso perché non si è trovato un trial di medicina convenzionale cui appaiarlo, pur riguardando il trattamento di una condizione clinica assai comune quale la poliartrite cronica (9).

Poiché questo trial era di elevata qualità (secondo Linde) e di grandi dimensioni, e mostra risultati favorevoli all'omeopatia, la sua eventuale inclusione nel *core group* dei trial considerati nell'analisi finale avrebbe forse potuto modificare la stima complessiva dell'effetto dell'omeopatia, e quindi le conclusioni degli autori.

La scelta degli studi di migliore qualità e di maggiori dimensioni è la chiave di volta della meta-analisi di Shang. Nell'articolo non viene riportato un risultato sommario dell'analisi complessiva dei 110 trial, che avrebbe probabilmente rilevato un effetto benefico dell'omeopatia, simile a quello evidenziato da Linde nel 1997, così come non viene riportato un risultato complessivo per i 21 trial di omeopatia, e per i 9 di medicina convenzionale, ritenuti di "migliore qualità".

I criteri di qualità di Shang *et al* si basano, come detto, su 3 caratteristiche dei trial, desunte da quanto descritto in ciascun articolo, relative alle modalità di: a) randomizzazione, b) mascheramento del cieco e c) analisi dei dati, del tipo *intention to treat* o *per protocol*. La bontà di questi criteri è stata valutata in precedenti studi in cui si è visto che i trial di minore qualità, relativamente a ciascuno di questi aspetti, sovrastimano il risultato benefico di un tratta-

mento rispetto a quelli di maggiore qualità (17). Tuttavia, non vi è accordo sulla scelta dei criteri di qualità degli studi, anche e soprattutto perché nella valutazione ci si deve basare solo su quanto riportato nell'articolo, e quindi su quanto dichiarato dagli autori. Ad esempio, se in uno studio la randomizzazione dei pazienti è stata effettuata correttamente ma nell'articolo non si dice come è stata condotta (usando le tavole dei numeri casuali, i numeri casuali generati al computer ecc.), lo studio viene automaticamente escluso da quelli di elevata qualità utilizzando i criteri di Shang. Linde e collaboratori hanno usato, nella meta-analisi del 1997, due criteri diversi: un proprio indice di "validità interna" e la scala di Jadad (18), che è attualmente la più utilizzata nelle meta-analisi di trial clinici, ed è basata su tre item di valutazione di qualità dei report (un punto per ogni "sì"): a) randomizzazione (sì/no), b) doppio cieco (sì/no) e c) descrizione di coloro che si sono ritirati o che hanno abbandonato lo studio (interruzione del trattamento) (sì/no). Viene inoltre attribuito un punto in più se il metodo della randomizzazione è stato ben descritto ed è appropriato ed un altro se il metodo del doppio cieco è stato ben descritto ed è appropriato.

I criteri di qualità dei trial scelti per le due meta-analisi non sembrano, a prima vista, molto diversi tra loro, ma in realtà la loro utilizzazione porta ad una divergenza sostanziale nella scelta dei trial di alta qualità: dei 26 trial di elevata qualità secondo Linde e collaboratori, esclusi i 5 non compresi nella meta-analisi di Shang, solo 7 (un terzo !) sono compresi tra i 21 considerati di elevata qualità da Shang e collaboratori. Si noti che una ri-analisi di Linde e collaboratori sulla qualità degli 89 trial considerati nella loro meta-analisi del 1997, utilizzando diverse scale, mostra che le serie di trial di alta qualità selezionati con le diverse scale presentano sempre un risultato favorevole all'omeopatia, da un *odds ratio* di 1.72 ad uno di 2.23, pur risultando comunque inferiore a quello di 2.45 relativo a tutti i trial messi insieme (15).

I risultati discordanti tra meta-analisi che utilizzano diversi criteri di qualità dei trial si riscontrano anche nella medicina convenzionale: il gruppo di Egger nel 1999 ha confrontato i

risultati di una meta-analisi di 17 trial sull'impiego dell'eparina a basso peso molecolare (trattamento sperimentale) rispetto a quella standard per la prevenzione della trombosi post-operatoria, utilizzando 25 scale di valutazione (19). Il confronto dei risultati della meta-analisi tra gli studi di elevata e di bassa qualità, utilizzando le diverse scale, mostrava: 1) con 6 scale di qualità, un effetto maggiore del trattamento sperimentale negli studi di bassa qualità ma non in quelli di alta qualità, in cui non si vedevano differenze tra i due trattamenti; 2) con altre 7 scale di qualità, all'opposto, un effetto superiore del trattamento sperimentale nei trial di elevata qualità e nessuna differenza in quelli di bassa qualità; 3) con altre 12 scale di qualità, infine, un risultato simile tra studi di alta e di bassa qualità. La conclusione degli autori è che l'impiego di scale per identificare i trial di alta qualità nelle meta-analisi è problematico!

Vale anche la pena ricordare che, anche se Shang e collaboratori non riportano alcun risultato per i 21 trial di omeopatia di migliore qualità, come detto, Ludtke e Rutten, nella loro ri-analisi, hanno calcolato un *odds ratio* di 0.76, favorevole all'omeopatia e statisticamente significativo (8). Per cui, in realtà, utilizzando sia tutti i trial inclusi nella ricerca, sia solo quelli di migliore qualità selezionati da Shang, l'omeopatia sembrerebbe avere un effetto benefico superiore a quello del placebo!

5. La scelta degli studi di maggiori dimensioni

È noto che i trial più piccoli sono in generale meno attendibili degli studi di maggiori dimensioni. I primi, come detto, tendono a sovrastimare l'effetto di un trattamento quando considerati tutti insieme, soprattutto per effetto di bias di pubblicazione: gli studi piccoli con risultati positivi tendono ad essere pubblicati in misura maggiore rispetto a quelli con risultati negativi; gli studi di grandi dimensioni, invece, verrebbero tutti, o quasi, pubblicati, indipendentemente dal loro risultato (13). A riprova di questo fatto, vi sono diversi casi in cui i risultati di meta-analisi di piccoli studi sono stati smentiti da singoli studi di buona qualità e grandi dimensioni (13). Da qui la scelta, assai comune nelle meta-ana-

lisi, di analizzare l'effetto delle dimensioni del campione incluso nella ricerca (*sample size*) sulle misure di *outcome* e di restringere eventualmente l'analisi al sottogruppo di studi di maggiori dimensioni. Anche questa procedura, in realtà, offre il fianco a critiche, sia perché i metodi grafici di individuazione dei bias di pubblicazione, attualmente i più usati, possono trarre in inganno, individuando un'asimmetria che potrebbe essere dovuta ad altre cause (16), sia perché non è possibile escludere che i trial di piccole dimensioni di omeopatia possano, in linea teorica, essere di qualità migliore rispetto a quelli di grandi dimensioni, e quindi mostrare un effetto maggiore, se l'omeopatia non avesse solo un effetto placebo (9).

Ad ogni modo, non vi sono a tutt'oggi standard predefiniti per classificare gli studi in "grandi" e "piccoli". Shang e collaboratori utilizzano la distribuzione degli errori standard degli *odds ratio* dei trial di omeopatia e di medicina convenzionale e poi, per ciascun gruppo, stabiliscono la soglia del numero di soggetti sulla base del quartile più basso di tale distribuzione. Dal momento che l'errore standard è una misura della precisione della stima della misura di effetto (l'*odds ratio*) la scelta è ragionevole, ma questa decisione comporta un numero differente di pazienti inclusi in ciascuno studio, per essere di "grandi" dimensioni, per i due gruppi di trial: almeno 98 soggetti per l'omeopatia e almeno 146 per la medicina convenzionale. La diversa soglia è dovuta al fatto che i trial di omeopatia sono mediamente più piccoli rispetto a quelli di medicina convenzionale. La scelta della soglia è in ogni caso arbitraria: si poteva usare ad esempio la mediana o il terzile della distribuzione degli errori standard, o utilizzare la distribuzione del numero dei pazienti anziché dell'errore standard degli *odds ratio*.

La scelta della soglia usata da Shang e collaboratori per definire i trial di maggiori dimensioni è cruciale, poiché essa conduce alla scelta del *core group* di 8 trial di omeopatia e 6 di medicina convenzionale, su cui si basano l'analisi finale e le conclusioni degli autori. Ludtke e Rutten hanno mostrato nella loro ri-analisi che basta un cambiamento della soglia per cambiare il risultato finale della meta-analisi

(8). Ad esempio, utilizzando la mediana, con una soglia di $n=66$ pazienti, verrebbero inclusi altri 6 trial di omeopatia, per un totale di 14, invece di 8, e l'odds ratio complessivo sarebbe favorevole all'omeopatia e statisticamente significativo.

La scelta di restringere l'analisi ai soli studi di migliore qualità e di maggiori dimensioni ha tuttavia un'altra importante conseguenza, dato il particolare disegno della meta-analisi di Shang di confrontare omeopatia e medicina convenzionale studio per studio: si perde il matching tra gli studi di omeopatia e quelli di medicina convenzionale, che quindi si riferiscono, nella quasi totalità dei casi, a condizioni diverse: solo 2 studi su 8 di omeopatia infatti si appaiano ad altrettanti di medicina convenzionale (9). Queste differenze comportano il rischio di un confronto non corretto tra i due gruppi di trial, riguardanti il trattamento di patologie diverse, nel caso in cui, ad esempio, alcuni trial di omeopatia riguardassero condizioni per le quali non vi sono trattamenti efficaci neanche nella medicina tradizionale, e viceversa.

6. La valutazione dell'eterogeneità tra gli studi e le analisi di sensibilità

Se i trial mostrano tra loro risultati discordanti, al di là delle differenze attese per il solo effetto del caso, si usa parlare di "eterogeneità" tra gli studi. L'analisi dell'eterogeneità tra i trial, utilizzando sia analisi descrittive che metodi statistici, è una componente fondamentale delle meta-analisi, al punto che gli esperti considerano in genere inappropriato calcolare misure combinate di effetto in presenza di eterogeneità (13).

Shang e collaboratori rilevano una sensibile eterogeneità tra gli studi di omeopatia, peraltro presente anche, e in misura maggiore, negli studi di medicina tradizionale selezionati nella meta-analisi, diversi dei quali evidentemente avevano un risultato negativo (efficacia del trattamento uguale a quella del placebo). Essi prendono in esame 3 possibili cause di eterogeneità: le dimensioni degli studi, il tipo di pubblicazione e la qualità degli studi. Gli autori valutano questi aspetti con metodi grafici e statistici (meta-regressione), rilevando che ciascuno di questi fattori è associato alla

misura dell'effetto, per cui, per limitare al massimo il rischio di bias, decidono di restringere l'analisi finale ai soli trial di alta qualità e di maggiori dimensioni. Gli autori non analizzano tuttavia l'eterogeneità dei 21 trial di omeopatia di buona qualità né quella degli 8 considerati nell'analisi finale, ma nelle ri-analisi di Ludtke e Rutten si può vedere come si mantenga una sensibile eterogeneità in entrambi i sottogruppi di trial di omeopatia, dei quali alcuni mostrano risultati positivi e altri negativi (8 e 9).

L'eterogeneità tra i risultati di diversi studi può essere dovuta però non solo ad effetto di bias ma anche a differenze tra le ricerche, dalle caratteristiche dei soggetti inclusi all'ambiente in cui vengono svolte, agli outcome considerati, al tipo di trattamento e così via (13). Shang e collaboratori non valutano questi aspetti, così come non sembra che effettuino analisi di sensibilità per determinare le altre possibili cause di eterogeneità. Ad esempio, i trial di omeopatia sulle infezioni acute delle vie respiratorie mostrano un risultato complessivo favorevole all'omeopatia, sia nella meta-analisi di Linde (15 trial) che in quella di Shang (8 trial). Shang e collaboratori nella Discussione dell'articolo prendono in esame questi trial, che mostrano, nell'insieme, un effetto globale molto favorevole all'omeopatia e statisticamente significativo (odds ratio = 0.36, IC 95%: 0.26-0.50). Essi notano l'assenza di eterogeneità tra questi studi, nonché l'assenza di bias di pubblicazione e di differenze tra studi di alta e bassa qualità, e tuttavia non considerano affidabili questi risultati sulla base delle loro precedenti considerazioni sulla presenza di bias nella ricerca in omeopatia ("they cannot be trusted").

Come è stato fatto notare, è abbastanza curioso che Shang e collaboratori rifiutino di considerare attendibili i risultati di 8 trial di omeopatia sul trattamento delle infezioni acute delle vie respiratorie ma basino con tanta sicurezza ("our study powerfully illustrates...") le loro conclusioni sui risultati di 8 trial su diverse condizioni cliniche. A questo proposito è stato notato che 4 dei 21 trial di elevata qualità secondo Shang riguardano il trattamento del dolore muscolare dopo sforzo fisico e sono tutti negativi, senza eterogeneità tra di essi, con un odds ratio complessivo di 1.30. Uno di

questi studi è di grandi dimensioni e ha un forte peso nelle conclusioni negative sugli 8 trial dell'omeopatia. Se questo studio viene tolto dall'analisi, l'*odds ratio* si abbassa ma resta non significativo, ma se questo trial venisse sostituito dal primo trial di alta qualità escluso, abbassando la soglia delle dimensioni del campione a $n=80$, si otterrebbe un risultato favorevole all'omeopatia e statisticamente significativo (8).

Infine, nella discussione che ho qui brevemente sintetizzato, non è possibile escludere la possibilità di conflitti di interesse: il gruppo di Egger aveva già espresso critiche alla meta-analisi favorevole all'omeopatia di Linde del 1997, ed è stato accusato di avere pregiudizi nei confronti della materia. D'altro canto, i maggiori critici della suddetta meta-analisi, sia Linde e collaboratori che Lundtke e Rutten, e Fisher e collaboratori, lavorano in centri di ricerca nel campo delle medicine non convenzionali o sono essi stessi omeopati.

Conclusioni: la “fine dell'omeopatia” o la fine delle meta-analisi ?

In conclusione, la meta-analisi di Shang presenta alcuni aspetti critici, relativamente ai seguenti punti: 1) la scelta dei trial di omeopatia; 2) la scelta dei criteri di qualità; 3) la scelta dei criteri delle dimensioni del campione; 4) la presenza di forte eterogeneità tra gli studi, non ascrivibile solo alla loro qualità e dimensione; 5) il numero relativamente piccolo di studi esaminati. In assenza di standard riconosciuti, l'adozione di criteri diversi per la selezione dei trial in ciascuna di queste fasi avrebbe potuto condurre a risultati diversi e quindi a conclusioni diverse sull'efficacia dell'omeopatia. Considerati tutti questi elementi di incertezza e soprattutto il numero modesto di trial considerati nell'analisi finale, le conclusioni degli autori appaiono forse un po' troppo decise (“there was weak evidence for a specific effect of homeopathic remedies”), mentre, a mio avviso sarebbe opportuno avere cautela nel trarre conclusioni sull'efficacia dell'omeopatia tout court al momento attuale. In conclusione, indipendentemente dalla validità o meno dell'omeopatia o di altre medicine non convenzionali, il caso che ho voluto qui esporre è a mio avviso emblematico di come le

meta-analisi di per sé debbano essere considerate con prudenza, pur restando uno strumento di grande utilità per il progresso delle conoscenze in medicina. Soprattutto in presenza di eterogeneità tra gli studi, cioè di risultati molto diversi da uno studio all'altro, che non sono spiegabili sulla base del disegno dello studio o di evidenti bias, le meta-analisi non possono essere accettate ciecamente e non possono quindi essere considerate propriamente “conclusive” o “definitive”.

Conflitti di interesse:

Francesco Donato è Professore Ordinario di Igiene presso la Sezione di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia e dichiara di non avere alcun conflitto di interessi in merito all'omeopatia.

Francesco Donato - Sezione di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Dipartimento di medicina Sperimentale ed Applicata, Università degli Studi di Brescia

Bibliografia

1. Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, Juni P, Dörig S, Sterne JA, Pewsner D, Egger M. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *Lancet*. 2005;366(9487):726-32.
2. Anonymous. The end of homoeopathy. *Lancet*. 2005;366(9487):690.
3. Walach H, Jonas W, Lewith G. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? *Lancet*. 2005;366(9503):2081.
4. Linde K, Jonas W. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? *Lancet*. 2005; 366(9503): 2081-2.
5. Fisher P, Berman B, Davidson J, Reilly D, Thompson T. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? *Lancet*. 2005;366(9503):2082-3.
6. Dantas F. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? *Lancet*. 2005; 366(9503):2083.
7. Fisher P. Homeopathy and The Lancet. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2006; 3(1):145-7.
8. Lüdtkke R, Rutten AL. The conclusions on

- the effectiveness of homeopathy highly depend on the set of analyzed trials. *J Clin Epidemiol.* 2008;61(12):1197-204.
9. Rutten AL, Stolper CF. The 2005 meta-analysis of homeopathy: the importance of post-publication data. *Homeopathy.* 2008;97(4):169-77.
 10. Egger M, Davey Smith G, Altman D (Eds). *Systematic reviews in health care. Meta-analysis in context.* BMJ Publishing Group, London, 2007.
 11. Barnes DE, Bero LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. *JAMA.* 1998;279(19):1566-70.
 12. Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review. *JAMA.* 2003;289(4):454-65.
 13. Egger M, Smith GD, Sterne JA. Uses and abuses of meta-analysis. *Clin Med.* 2001;1(6):478-84.
 14. Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges LV, Jonas WB. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet.* 1997 Sep 20;350(9081):834-43.
 15. Linde K, Scholz M, Ramirez G, Clausius N, Melchart D, Jonas WB. Impact of study quality on out-come in placebo-controlled trials of homeopathy. *J Clin Epidemiol.* 1999;52(7):631-6.
 16. Sterne JA, Egger M, Smith GD. Systematic reviews in health care: Investigating and dealing with publication and other biases in meta-analysis. *BMJ.* 2001;323(7304):101-5.
 17. Jüni P, Altman DG, Egger M. Systematic reviews in health care: Assessing the quality of controlled clinical trials. *BMJ.* 2001 Jul 7;323(7303):42-6.
 18. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials.* 1996 Feb;17(1):1-12.
 19. Jüni P, Witschi A, Bloch R, Egger M. The hazards of scoring the quality of clinical trials for metaanalysis. *JAMA.* 1999 Sep 15;282(11):1054-60.
- Articolo pubblicato su "Brescia Medica" n. 349 Aprile 2011

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

La letteratura biomedica internazionale si arricchisce di una nuova possibilità per le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali: The EPMA Journal (Springer)

La rivista "The EPMA Journal" organo dell'Associazione Europea per la Medicina Predittiva, Preventiva e Personalizzata EPMA <http://www.epmanet.eu> (EPMA - European Association for Predictive, Preventive and Personalised Medicine) ha inaugurato oggi la Sezione "Traditional, Complementary and Alternative Medicine, TCAM in Predictive Preventive and Personalised Medicine PPPM" <http://www.epmajournal.com/sections/tcam>

Questa sezione fornisce una piattaforma per articoli scientifici che dimostrino come le Medicine Tradizionali, Complementari e Alternative possano arricchire il paradigma della Medicina Predittiva, Preventiva e Personalizzata (PPPM).

Tali articoli di Evidence-based Traditional, Complementary and Alternative Medicine (TCAM) dovranno dimostrare un profondo legame con la Medicina Centrata sulla Persona e Partecipatoria, mostrare nessi funzionali tra le Medicine Tradizionali, Complementari e Alternative, la diagnostica preventiva, prevenzione mirata e trattamenti personalizzati sia nella formazione alla salute sia nella pratica clinica.

Gli argomenti dovranno esplorare cure individualizzate in virtù dello studio e dei trattamenti della persona nella sua natura di *unicum* fisico, psichico e spirituale che vive in relazione dinamica con la natura e la società. Si realizzerà per ciascuna persona il processo terapeutico grazie alla rinnovata relazione tra persona e terapeuta con fiducia, compassione e rispetto delle scelte individuali. Si esploreranno metodi di ricerca innovativi per valutare le Medicine Tradizionali, Complementari e Alternative e altri interventi di tipo salute genetico quali forme di medicina preventiva che attraverso l'educazione alla salutogenesi e la promozione dei comportamenti favorevoli allo star bene, proprio e dei propri cari, fornisca alla persona gli strumenti critici per scegliere compiutamente con libertà, consapevolezza e responsabilità i propri percorsi di salute, così riducendo, tra l'altro, le disuguaglianze culturali, sociali, razziali e religiose (*empowerment*).

Indicizzazione

The EPMA Journal è indicizzato su: PubMed, PubMed Central, Embase, Scopus, Google Scholar, Academic OneFile, OCLC, SCImago, Summon by Serial Solutions

Per inviare articoli <http://www.epmajournal.com/manuscript>

Sanità. Le regole per l'intramuraria - Irap, paga la Asl non il medico

L'Irap sulle prestazioni mediche in regime di intramuraria deve essere assolta dalle strutture sanitarie pubbliche e non dai medici, anche se sono stati sottoscritti regolamenti aziendali nei quali viene previsto il recupero dell'imposta in capo ai sanitari. A prevederlo è la Cassazione, sezione lavoro, con la sentenza n. 8533 depositata ieri. Alcuni medici avevano chiesto inutilmente la restituzione dell'Irap trattenuta dall'azienda sanitaria sulle prestazioni in regime di intramuraria da loro eseguite. Sia il tribunale, sia la corte di appello avevano condiviso la tesi dei sanitari ritenendo illegittimo il trasferimento in capo ai medici del costo Irap sostenuto dalla struttura pubblica. Era stata quindi ordinata la restituzione delle somme trattenute fino alla sentenza di primo grado. L'Asl aveva fatto ricorso in Cassazione eccependo, tra l'altro, la sottoscrizione, da parte dei medici, di un modulo nel quale si dava atto dell'applicazione del regolamento aziendale sul recupero dell'Irap quale costo per l'azienda.

Era stato inoltre evidenziato che le tariffe da applicare per le prestazioni in intramuraria avrebbero dovuto tener conto dell'onere aggiuntivo dell'Irap, con la conseguenza che i medici avevano comunque recuperato quanto trattenuto dall'azienda, salvo una loro negligenza nell'individuare il prezzo da praticare per le prestazioni eseguite. I giudici di legittimità hanno ritenuto esaustive

le motivazioni dei giudici di merito secondo cui nel regolamento per la libera professione non vi era un'adeguata menzione del recupero del costo Irap nelle tariffe da applicare. La decisione dei giudici di legittimità assume particolare rilevanza perché è prassi generalizzata, da parte delle aziende sanitarie, addebitare l'Irap ai medici sulle prestazioni; ovviamente andrà verificato caso per caso il contenuto degli accordi sottoscritti tra la struttura sanitaria e i medici.

A.I.

Fumo passivo, per bimbi danni cardiaci. Studio Istituto Menzies, arterie meno elastiche in età adulta

I bambini esposti al fumo dei genitori possono subire danni irreversibili alla salute in età adulta, con più alto rischio di attacchi cardiaci e ictus. Lo spiega uno studio condotto dall'Istituto di ricerca Menzies della Tasmania. "Abbiamo osservato che chi era stato esposto nell'infanzia al fumo passivo aveva arterie meno elastiche. E l'effetto è stato osservato fino a 27 anni dopo", spiega l'autrice della ricerca Seana Gall. Ogni anno sono esposti al fumo passivo il 40% dei bambini.

Tutela salute e sicurezza luoghi lavoro - Proroga autocertificazione effettuazione valutazione rischi

OGGETTO: DLgs. 81/08 e s.m. i. - Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro - Proroga dell'autocertificazione dell'effettuazione della valutazione dei rischi al 31 dicembre 2012.

AI PRESIDENTI DEGLI ISCRITTI PER LE COMMISSIONI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI
Cari Presidenti, facendo seguito alla Comunicazione n. 30 del 4 maggio 2012 si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 111 del 14 maggio 2012 è stato pubblicato il decreto-legge 12 maggio 2012, n. 57 recante "Disposizioni urgenti in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro nel settore dei trasporti e delle microimprese". Il decreto-legge è stato emanato anche al fine di evitare che, nelle more della definizione delle procedure standardizzate di effettuazione della valutazione dei rischi di cui all'articolo 29, comma 5, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, i datori di lavoro che occupano fino a 10 lavoratori, i quali entro 30 giugno 2012 possono autocertificare l'effettuazione della valutazione dei rischi, siano obbligati, a decorrere dal 1° luglio 2012, ad elaborare il documento di valutazione dei rischi secondo le procedure ordinarie.

L'art. 1, comma 2, del decreto-legge 57/12 interviene, quindi, modificando l'art. 29, comma 5, del D.Lgs. 81/08, prevedendo di fatto la possibilità di autocertificare l'effettuazione della valutazione dei rischi da parte dei datori di lavoro che occupano fino a 10 lavoratori sino e non oltre il 31 dicembre 2012.

Approvata la riorganizzazione degli Enti Vigilati dal Ministero della Salute

Il Consiglio dei ministri ha approvato, su proposta del ministro della Salute, uno schema di decreto legislativo che riorganizza l'Istituto superiore di sanità, gli Istituti zooprofilattici sperimentali, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e la Lega italiana per la lotta contro i tumori. La riorganizzazione verrà effettuata attraverso tre azioni:

1 - La semplificazione e lo snellimento dell'organizzazione e della struttura amministrativa degli enti vigilati, adeguandole ai principi di efficacia, efficienza ed economicità dell'attività amministrativa e all'organizzazione del Ministero;

2 - La razionalizzazione e l'ottimizzazione delle spese e dei costi di funzionamento dell'organizzazione e della struttura amministrativa degli enti e istituti vigilati. Ciò comporta: (a) la riorganizzazione degli uffici di livello dirigenziale generale e non generale degli enti, con una riduzione non inferiore al 10% per i primi e 5% per i secondi, oltre alla eliminazione delle duplicazioni organizzative esistenti; (b) la gestione unitaria del personale e dei servizi comuni anche mediante strumenti di innovazione amministrativa e tecnologica; (c) la riorganizzazione degli uffici con funzioni ispettive e di controllo; (d) la riduzione degli organismi di analisi, consulenza e studio di elevata specializzazione; (e) la riduzione delle dotazioni organiche in modo da assicurare che il personale utilizzato per funzioni di supporto non ecceda il 15% delle risorse umane complessivamente utilizzate;

3 - La ridefinizione del rapporto di vigilanza tra il Ministero della salute ed enti vigilati, prevedendo la possibilità per il ministero di emanare indirizzi e direttive nei loro confronti. Nel caso specifico dell'Istituto superiore di sanità – sottolinea la nota del governo – le novità più importanti riguardano la previsione di uno statuto che ne costituirà il documento fondamentale, rafforzandone l'autonomia; l'ottimizzazione della distribuzione e utilizzazione delle risorse umane e strumentali, ponendo limiti alla istituzione di uffici dirigenziali e accorpando, ove possibile, funzioni e personale.

EMA, nuovo sito con report effetti collaterali

L'Agenzia Europea dei Medicinali (The European Medicines Agency, EMA) ha iniziato la pubblicazione delle comunicazioni di sospetti effetti collaterali relative a farmaci autorizzati nello spazio economico europeo su un nuovo sito web pubblico: <http://www.adrreports.eu>

Le segnalazioni arrivano direttamente dal database EudraVigilance e sono fra gli strumenti utilizzati dalle autorità di regolamentazione per monitorare i rischi e i benefici di un medicinale una volta che viene approvato.

Il lancio del nuovo sito web fa parte del costante impegno dell'EMA a garantire la trasparenza dei processi di regolamentazione e dell'attuazione della politica di accessibilità a EudraVigilance.

Le informazioni pubblicate a oggi riguardano circa 650 farmaci e sostanze attive, autorizzati tramite la procedura centralizzata gestita dall'Agenzia.

Ogni report mette insieme il numero totale di rapporti su sospetti effetti collaterali presentati a EudraVigilance dagli Stati membri e dai titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio. Tali dati possono essere visualizzati per classe di età, sesso, tipo di evento avverso sospetto ed effetto finale.

Entro un anno l'Agenzia intende pubblicare i rapporti anche di prodotti autorizzati a livello nazionale.

Nel mese di giugno, inoltre, l'EMA lancerà il sito in tutte le lingue ufficiali dell'UE.

Aspirina e antidolorifici proteggono dal melanoma

Un nuovo studio della Aarhus University Hospital in Danimarca suggerisce che l'aspirina e altri antidolorifici comuni siano utili per proteggersi dal cancro alla pelle. Studi precedenti avevano indicato che farmaci antinfiammatori come aspirina, ibuprofene e naproxen potevano ridurre il rischio di sviluppare una forma di cancro. La nuova ricerca pubblicata sulla rivista "Cancer" ora aggiunge la prevenzione da carcinoma delle cellule squamose e da melanoma tra i benefici degli antidolorifici. "Abbiamo analizzato la storia clinica, prescrizioni di farmaci compresse, di più di 15mila pazienti di carcinoma e di 3mila di melanoma maligno, e le abbiamo comparate con quelle di oltre 175mila individui senza cancro alla pelle", ha spiegato l'autore dello studio, Sigrun Alba Johannesdottir. "Gli individui che facevano un uso frequente di antidolorifici comuni avevano un rischio di sviluppare carcinoma delle cellule squamose del 15% minore rispetto agli altri, e del 13% minore di sviluppare un melanoma. Questi farmaci non sembrano però avere effetto sul carcinoma delle cellule basali. Siamo fiduciosi che queste nuove scoperte sul potenziale protettivo degli antidolorifici potrà aiutare la ricerca sulla prevenzione del cancro alla pelle", ha concluso. Per approfondimenti <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/12/126>

Certificati di malattia. Vietato prorogarli al telefono. Cassazione condanna medico

La legge non consente al medico di effettuare valutazioni o prescrizioni sulla base di dichiarazioni telefoniche da parte dei pazienti. Per questo la Corte di Cassazione ha rigettato il ricorso del medico. Ma anche quello della paziente, condannata per utilizzo di un atto falso. Il testo della sentenza: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3546506.pdf>

Il medico l'aveva visitata 4 giorni prima e sulla base dei sintomi descritti dalla paziente al telefono, aveva deciso di prorogare la prognosi e quindi l'assenza dal lavoro per malattia. Un atto che ha portato alla condanna, da parte della Corte d'Appello di Milano, del medico per avere attestato un falso atto pubblico e anche la paziente, responsabile di avere utilizzato quell'atto pur consapevole che fosse falso.

Condanna confermata dalla Corte di Cassazione, che ha rigettato il ricorso del medico e della paziente. Infatti, si legge nella sentenza della Corte di Cassazione (n. 18687/12 depositata il 15 maggio scorso), "si deve anzitutto precisare che la falsa attestazione attribuita al medico non attiene tanto alle condizioni di salute della paziente, quanto piuttosto al fatto che egli ha emesso il certificato senza effettuare una previa visita e senza alcuna verifica oggettiva delle sue condizioni di salute, non essendo consentito al sanitario effettuare valutazioni o prescrizioni semplicemente sulla base di dichiarazioni effettuate per telefono dai suoi assistiti". Questo, dunque, rende "irrilevanti le considerazioni sull'effettiva sussistenza della malattia o sulla induzione in errore da parte della paziente".

Una volta ritenuta falsa la certificazione del medico, secondo la Cassazione "ne discende necessariamente la responsabilità" della paziente "di avere fatto uso dell'atto falso".

Cuore italiani a rischio con sovrappeso - Obesi crescono dal 21% al 26%, colesterolo sale dal 24% al 38%

Il cuore degli italiani è a rischio, con quasi tutti gli indicatori a livelli preoccupanti. Lo rivela un'indagine dell'Istituto Superiore Sanità e dell'Associazione dei Cardiologi Ospedalieri: e persone in sovrappeso sono il 40%, in calo rispetto al 42% del 1998-2002, ma crescono dal 21 al 26% gli obesi. Il colesterolo alto sale al 38% dal 24%. Il rischio globale è fino al 25% più alto in chi ha la licenza media. Stabile l'ipertensione, mentre la sedentarietà cala, anche se di poco.

Dagli USA un network di ricerca in immuno-oncologia con 10 atenei

Bristol-Myers Squibb (Bms) annuncia la creazione dell'International Immuno-Oncology Network, una collaborazione globale fra l'industria e il mondo dell'università che mira ad approfondire le conoscenze nel settore dell'immuno-oncologia. Oltre a Bms, questa 'rete' coinvolge 10 istituzioni leader nella ricerca contro il cancro: Clinica Universidad Navarra, Pamplona, Spagna; Dana-Farber Cancer Institute, Boston, Usa; The Earle A. Childs Research Institute (Providence Health & Services), Portland, Usa; Institut Gustave Roussy, Villejuif, Francia; Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori 'Fondazione G. Pascale' Napoli, Italia; Johns Hopkins Kimmel Cancer Center, Baltimora, Usa; Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, Usa; The Royal Marsden Nhs Foundation Trust and The Institute of Cancer Research, Londra, Uk; The Netherlands Cancer Institute, Amsterdam, Olanda; The University of Chicago, Chicago, Usa. Fra gli obiettivi di questo network, facilitare il trasferimento dei risultati della ricerca scientifica negli studi clinici e nella pratica clinica. Si lavorerà anche per fare ulteriori passi avanti nella scoperta e nello sviluppo di

farmaci. "L'International Immuno-Oncology Network – spiega Elliott Sigal, vice presidente esecutivo, Chief Scientific Officer e presidente Ricerca e Sviluppo Bristol-Myers Squibb – è un esempio di partenariato pubblico-privato con l'impegno comune e l'obiettivo finale di migliorare i risultati per il paziente".

Bimbi che piangono stressati per giorni. Lo dice ricerca Early Human Development

Quando un bimbo si calma dopo aver pianto a lungo i suoi livelli di cortisolo, l'ormone dello stress, potrebbero rimanere elevati per giorni. Lo dice una ricerca di 'Early Human Development' che ha esaminato i livelli ormonali di bimbi e madri. I bambini, tra i quattro e i dieci mesi, sono stati lasciati a letto a piangere fino a che non si sono addormentati. I livelli di cortisolo sono rimasti elevati nei piccoli pur essendo il pianto diminuito l'ultima notte, mentre sono scesi nelle madri.

Ideato microscopio che eviterà biopsie. In futuro si potranno esaminare tessuti senza microprelievi

I ricercatori dell'Istituto Italiano di Tecnologia hanno ideato un nuovo tipo di microscopio a super-risoluzione, il microscopio SW-2PE-STED, che nei prossimi anni potrà rendere possibile l'analisi diretta e ad altissima risoluzione dei tessuti biologici senza bisogno di una biopsia. L'invenzione è stata realizzata da quattro ricercatori del Dipartimento di Nanofisica coordinati da Alberto Diaspro. Il nanoscopio ottico STED rappresenta l'ultima frontiera della microscopia in fluorescenza.

L'emicrania si contrasta anche con un'alimentazione regolare

I ragazzi che non frequentano il desco familiare con regolarità, in particolare saltando la colazione del mattino, sono quelli che più facilmente si ammalano di mal di testa e il rischio aumenta se bevono troppi caffè e fanno poca attività fisica passando ore e ore davanti al computer o alla televisione fino a diventare obesi.

È l'allarme lanciato dagli esperti Anircef, Associazione Neurologica Italiana per la Ricerca sulle Cefalee riuniti a Napoli in occasione del V Congresso Nazionale. Secondo uno studio, il primo condotto in Italia sul mal di testa nei giovani adolescenti e preadolescenti la famiglia "patrimonio irrinunciabile capace di tutelare la nostra tradizione e da difendere per il bene di tutta la società" può anche salvaguardare i figli da cefalea ed emicrania, stimolando comportamenti corretti. A cominciare dall'evitare che i figli facciano le ore piccole: efficace misura di prevenzione. Lo studio, sponsorizzato dalla Fondazione per lo studio delle cefalee (FICEF), presentato da neurologi di Milano, Pavia, Benevento, Avellino e Sassari mette a fuoco il particolare aspetto dell'importanza della difesa delle tradizioni esercitata dalla famiglia sullo stile di vita dei figli, un fattore risultato fondamentale per lo sviluppo e la cronicizzazione del mal di testa. Una maggior attenzione da parte della famiglia può ridurre il rischio di malattia, ma altre abitudini malsane sono forse meno facilmente controllabili in maniera diretta dai genitori: fumo, alcool o addirittura droghe da discoteca, tutti vizi che vengono per lo più condotti al di fuori del nucleo familiare. Fatto sta che fra gli 800 ragazzi (321 femmine e 471 maschi) di età compresa fra i 10 e gli oltre 18 anni reclutati in 5 diverse scuole sparse per la penisola (dalle elementari al liceo) quelli che più erano risparmiati dal mal di testa avevano abitudini di vita molto più tradizionali e regolari. Lo studio si è avvalso di speciali test che valutavano: abitudini di sonno, abitudini di alimentazione, abitudine a caffè, fumo, droghe, alcool e attività fisica.

Creata la più grande banca dati del mondo del genoma del cancro

Per accelerare la scoperta di nuovi approcci contro il cancro e altre malattie, i ricercatori del St. Jude Children's Research Hospital e del Washington University Pediatric Cancer Genome Project annunciano la creazione della più grande banca dati al mondo sul genoma del cancro. Una 'libreria' con libero accesso alla comunità scientifica mondiale, forte dei dati su centinaia di piccoli pazienti. Una mole di informazioni preziose non solo per i ricercatori in campo oncologico, ma anche per gli scienziati che studiano le altre patologie. La nascita della banca dati è annunciata in uno studio pubblicato su "Nature Genetics". Le 520 sequenze genomiche diffuse oggi dai ricercatori sono abbinate a una serie di campioni di tessuti normali e tumorali di 260 bimbi malati di cancro. Il Pediatric Cancer Genome Project prevede di mappare e raccogliere più di 1.200 sequenze genomiche entro la fine dell'anno. I ricercatori stanno analizzando le sequenze per determinare le differenze tra cellule normali e tumorali di ogni bambino, con l'obiettivo di individuare le cause di più di una mezza dozzina dei più letali tumori infantili, uno sforzo che ha già prodotto una serie di scoperte fondamentali, ricordano i ricercatori. Lanciato all'inizio del 2010, il progetto punta a comprendere le origini genetiche dei tumori infantili. Il piano di lavoro triennale costerà circa 65 milioni di euro. I ricercatori di tutto il mondo saranno in grado di accedere ai dati di sequenza attraverso l'European Genome-Phenome Archive <https://www.ebi.ac.uk/>. Mentre la maggior parte degli studi sul genoma del cancro si concentrano solo sui geni, che costituiscono una piccola parte del genoma, i ricercatori del Pediatric Cancer Genome Project hanno adottato un approccio diverso. Stanno mappando l'intero Dna contenuto in ogni tumore di ciascun paziente. Questo fornisce un quadro più completo delle modifiche alla base dello sviluppo e della progressione della malattia. <http://www.nature.com/ng/journal/v44/n6/full/ng.2287.html>

Medicina fa ammalare i sani. Vi è un eccesso di diagnosi e di cure

La medicina moderna fa ammalare pure i sani, infatti dilaga una epidemia di eccesso diagnostico, 'over-diagnosi': troppe persone, oggi, sono trattate per malattie che non faranno loro alcun male col risultato di dare farmaci o operare chi non ne ha bisogno, minacciandone, di fatto, la salute. A lanciare l'allarme è Ray Moynihan della Bond University in Australia sul "British Medical Journal", anticipando il tema di una conferenza che si terrà il prossimo anno in Usa: Preventing Overdiagnosis.

Ministro Balduzzi a OMS, crisi spinge a uso migliore risorse

In tempo di crisi economica non si tratta di indebolire la copertura sanitaria universale, o di abbandonarla per i Paesi che sono sulla via di adottarla, ma di fare un uso migliore delle risorse. Lo ha detto il ministro della Salute, Renato Balduzzi, intervenuto alla 65ma Assemblea Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, a Ginevra. "Il tema scelto per quest'anno, cioè l'accesso universale ai sistemi sanitari è cruciale, perché la crisi economica e finanziaria che noi viviamo rischia non soltanto di arrestare il cammino verso la copertura sanitaria universale di quei Paesi che hanno un basso livello di protezione sanitaria, ma comporta allo stesso tempo un dibattito all'interno dei Paesi che hanno questa copertura universale e anche in quelli che hanno scelto di assicurarla stabilendo dei sistemi di protezione globale ed equa della salute, organizzando cioè un servizio sanitario nazionale. Per gli uni e per gli altri la risposta del recentissimo Rapporto OMS sulla salute nel mondo è molto chiara: non si tratta di indebolire la copertura universale o di

abbandonarla per i Paesi che sono sulla via di adottarla, ma si tratta di fare un uso migliore delle risorse. Come è stato detto con efficacia dalla direttrice generale dell'OMS, prima di cercare le voci di riduzione di spesa per le cure mediche, i sistemi di salute devono dotarsi di migliori sistemi di acquisto, utilizzare più e meglio i medicinali generici, ottimizzare gli incentivi per le prestazioni, razionalizzare le procedure di finanziamento e di amministrazione, rafforzare le relazioni tra i servizi specialistici nel campo della salute e i servizi che si occupano degli altri determinanti della salute, come prima del mio intervento è stato affermato dal ministro della Salute della Danimarca, presidente di turno dell'Unione europea". In una parola, "dobbiamo per spendere meno e spendere meglio, difendendo con cura il livello dei servizi sanitari nella loro qualità. È il cammino lungo il quale il mio Paese, l'Italia, è impegnata da diversi anni e vi confermo che nel 2011 le spese per la salute hanno conosciuto una sostanziale stabilità mantenendo nel contempo livelli di qualità nei servizi sanitari, cercando altresì di ridurre le disegualianze regionali". La salute "è promozione, è prevenzione, è cura, è riabilitazione. E solo la copertura universale può farsi carico di tutti i profili del diritto alla salute". L'Italia "si impegna lungo il cammino tracciato dal Rapporto aggiungendo un supplemento di attenzione agli sforzi che i Paesi che non hanno ancora potuto accedere alla copertura universale stanno facendo. A questo proposito credo che sia necessario avere consapevolezza che non si tratta solamente di un problema di risorse finanziarie, ma soprattutto di capacità e di esperienza. Su questo punto - ha detto Balduzzi - i Paesi più sviluppati nell'ambito della salute devono continuare a mettersi a disposizione degli altri Paesi proponendo loro un aiuto concreto in particolare sul terreno dell'organizzazione sanitaria, compresa l'organizzazione dei servizi che riguardano sia la qualità e la sicurezza dell'alimentazione e della nutrizione, sia la lotta contro le malattie sessualmente trasmissibili".

Per malattie respiratorie conta il rapporto medico-paziente

Un'indagine italiana dimostra come un buon rapporto medico-paziente rappresenti uno dei primi punti per assicurarsi il successo nella gestione delle malattie respiratorie. Lo studio, osservazionale e prospettico, ha coinvolto 46 centri medici distribuiti su tutto il territorio nazionale ed è stato condotto attraverso un questionario, costituito da 32 domande relative alle patologie del tratto respiratorio, al tipo di terapia, alle modalità di accesso alle cure e ai livelli di assistenza medica. Complessivamente sono stati inclusi nell'analisi 1.116 pazienti, tra i quali i sintomi più frequentemente riportati sono stati la dispnea (69%), l'accumulo cronico di catarro (28%) e la tosse (13%). Il 98,3% e il 98,8% dei pazienti che hanno effettuato visite programmate ha dichiarato di essere consapevole di soffrire rispettivamente d'asma e di broncopneumopatia cronica ostruttiva, percentuali crollate all'1,7% e all'1,1% durante le visite di emergenza. Il dato, secondo i ricercatori, fa presupporre un buon rapporto tra i pazienti e i loro pneumologi. L'esame prescritto più frequentemente è stata la spirometria (1,67 per paziente per anno), mentre solo il 2% degli intervistati riferisce di essere stato sottoposto a emogasanalisi. Il 18% dei pazienti ha interrotto spontaneamente la terapia, che hanno giudicato troppo complessa da seguire. Dall'indagine risulta che il tempo d'attesa è stato mediamente di 33 giorni, che la durata media delle visite è stata di 22 minuti e che c'è stata un'elevata soddisfazione dei pazienti riguardo all'assistenza medica ricevuta. «La nostra indagine» hanno dichiarato gli autori «dimostra che un buon rapporto tra medico e paziente costituisce uno dei fattori primari in un trattamento di successo delle malattie respiratorie».

[http://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(12\)00091-X/abstract](http://www.ejinme.com/article/S0953-6205(12)00091-X/abstract)

Scoperto innesco allergie farmaci fatali - Alcune terapie agiscono inavvertitamente su sistema immunitario

Ricercatori australiani hanno individuato il meccanismo biologico che fa scattare allergie potenzialmente fatali dopo terapie per patologie come Aids ed epilessia. Lo studio pubblicato su "Nature", rivela come certi farmaci agiscano sul sistema immunitario inavvertitamente, alterando il

modo in cui questo percepisce i tessuti dell'organismo, facendoli sembrare estranei. Il sistema immunitario quindi attacca la natura estranea dei tessuti come se fossero trapianti incompatibili.

Primo laboratorio di ricerca per umanizzare le terapie attraverso l'arte

Nasce in Italia "Letteratura e teatro in corsia", primo laboratorio di ricerca stabile in Italia per umanizzare le terapie attraverso l'arte ideato dalla scrittrice e attrice Rosalba Panzieri in collaborazione con il prof. Massimo Santini, direttore del dipartimento cardiovascolare dell'ospedale San Filippo Neri e presidente della società mondiale di aritmologia, e il prof. Vincenzo Loiaconi, primo cardiocirurgo ad aver aderito al progetto recitando anche insieme alla Panzieri. Scienza, narrativa, teatro cooperano nel momento clou della malattia del paziente per sostenerne l'individualità e favorire la conoscenza del percorso terapeutico, trasformando il consenso informato in vera consapevolezza. Una novità assoluta nel panorama sanitario e culturale italiano, poiché per la prima volta letteratura e teatro entrano nelle corsie degli ospedali come strumenti di ricerca scientifica. Rosalba Panzieri – pluripremiata scrittrice, prima bambina ad essere operata a cuore aperto nel 1982 da Carlo Marcelletti e curata da Giuseppe De Simone – è già autrice del progetto 'Il disegno sul cuore', che attraverso uno spettacolo teatrale in tour nei maggiori ospedali d'Italia racconta il rapporto medico-paziente, ribaltando orientamenti e punti di vista per porre queste due figure l'una di fronte all'altra, quali uomini e alleati imprescindibili nella lotta alla malattia. E proprio attraverso un uso che riporta la scrittura alla sua funzione primigenia di radar dei bisogni e dello stato dell'arte nella società, l'autrice percorre e racconta la malattia attraverso il vissuto dei pazienti e l'esperienza personalmente vissuta della cardiopatia. Le sensazioni provate hanno quindi portato alla nascita del laboratorio di ricerca sull'umanizzazione della medicina che ha come luogo la corsia e che utilizza quali mezzi di indagine la scrittura ed il teatro per raccontare, coinvolgendo parimenti medici e pazienti, i vari aspetti della malattia e ricercare nuovi modi di comunicare per arrivare ad una medicina riscritta a partire dal capitale uomo, quale sostegno indispensabile alla ricerca scientifica perché strumenti e persone cooperino nell'obiettivo guarigione. "In Italia si porta la letteratura ed il teatro in diverse ambiti di disagio e di interesse sociale, ma finora nessuno ha avuto il coraggio di entrare dentro le corsie, dove il dolore si fa denso e il silenzio si stende sulle paure inesprese. Il gesto teatrale – spiega Rosalba Panzieri – è un modo per rimodellare lo spazio ospedaliero in una forma più familiare, più vicina all'interezza dell'individualità che va preservata in ogni modo durante la malattia e la scrittura, la narrazione delle sofferenze è uno strumento potentissimo, capace di rendere il pensiero fino a quel momento inespresso alla realtà della materia. Con questo laboratorio si consegnano dei documenti preziosi alla scienza, i racconti dei medici e dei pazienti sono degli 'elettrocardiogrammi dell'anima' a cui i nuovi medici dovranno far riferimento per guardare la malattia dal di dentro, dal punto di vista dell'uomo prima ancora che dall'analisi delle patologie". Il Prof. Santini, sostiene che il laboratorio "è un importantissimo tentativo di restituire autentica dignità al paziente, che non sia né una malattia, né un numero di un letto, ma una persona da accogliere con tutto il suo bagaglio emotivo. Con questo innovativo progetto l'umanizzazione della medicina diventa una realtà concreta, i cui esiti verranno condivisi con tutti gli ospedali che vorranno aderire al progetto". Per il Prof. Loiaconi si tratta di "un progetto rivoluzionario, attraverso la pari partecipazione di scienza e arte verranno redatti nuovi vocabolari per offrire sostegno al confronto medico-paziente, come uomini e alleati nell'obiettivo guarigione e riscrivere la letteratura medica a partire dall'uomo prima che dalla patologia".

Scoperte le cause genetiche delle reazioni avverse ai farmaci

Una nuova ricerca statunitense potrebbe portare a un nuovo metodo per identificare i rischi associati a reazioni potenzialmente fatali legate a ipersensibilità genetica nei confronti dei farmaci, prima che questi vengano resi disponibili all'uso umano. Le reazioni di ipersensibilità sono simili

alle reazioni allergiche; rispondono, in entrambi i casi, ad una attivazione eccessiva del sistema immunitario di fronte a presunte minacce. Gli scienziati hanno scoperto il meccanismo che lega il gene HLA all'ipersensibilità nei confronti dell'abacavir, un farmaco usato per trattare l'Hiv. Come si legge sulla rivista "Pnas, Proceedings of the National Academy of Sciences", gli studiosi hanno scoperto che i soggetti che manifestano una mutazione in HLA-B*57:01, sono a serio rischio di reazioni avverse per ipersensibilità, fenomeno che può anche dimostrarsi fatale. <<http://www.pnas.org/content/early/2012/05/25/1207934109.full.pdf#page=1&view=FitH>>

Uno studio australiano collega la depressione alla pubertà precoce

I bambini che entrano in pubertà prima della norma sono a maggior rischio di depressione più avanti nell'adolescenza. È la conclusione di uno studio dell'Università di Melbourne, in Australia, che ha esaminato immagini di risonanza magnetica dei cervelli di 155 ragazzi in tre riprese, a 12, 15 e 18 anni. Nello studio pubblicato sulla rivista "Psychoneuroendocrinology" è emerso che in coloro che entrano più presto degli altri in pubertà era ingrossata la ghiandola pituitaria – la parte del cervello che fa scattare la pubertà. E gli stessi corrono un maggiore rischio di soffrire di sintomi di depressione da giovani adulti. Secondo Sarah Whittle della facoltà di psichiatria dell'ateneo, che ha guidato la ricerca in collaborazione con una clinica di salute mentale giovanile, i risultati puntano ad una ragione biologica per il fatto che i ragazzi, particolarmente le ragazze, che entrano prima in pubertà siano più vulnerabili da adolescenti alla depressione. Si riteneva finora che si trattasse in gran parte di un problema sociale, causato dal fatto che i bambini dallo sviluppo precoce venissero presi in giro dai coetanei. La ghiandola pituitaria, alla base del cervello, secerne gli ormoni che fanno scattare i cambiamenti fisici ed emotivi associati con la pubertà. Svolge un ruolo importante anche nel sistema di stress del cervello. L'ipotesi è che la pubertà precoce causi nella ghiandola un eccesso di attività, che a sua volta rende più difficile per gli adolescenti far fronte allo stress, scrive Whittle.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453011003088>

Cioccolato fondente previene infarto. Ma non ci sono gli stessi effetti con quello al latte

Una "cura dolce" di dieci anni a base di cioccolato fondente, 'assunto' tutti i giorni, potrebbe prevenire infarto e ictus in persone ad alto rischio. Lo dimostra il primo studio a lungo termine sull'argomento, pubblicato sul "British Medical Journal" da Christopher Reid della Monash University di Melbourne. Il cioccolato però deve essere fondente, con una quota di cacao di almeno il 60-70%. Gli stessi effetti non si vedono infatti col cioccolato al latte, meno ricco di flavonoidi.

Pazienti poveri 'esclusi' da studi su nuove cure

Nemmeno la scienza offre pari opportunità a poveri e ricchi. Arriva dal congresso Asco (American Society of Clinical Oncology) di Chicago la prima dimostrazione che i malati in condizioni economiche più svantaggiate hanno una probabilità quasi dimezzata di essere reclutati negli studi clinici che sperimentano l'efficacia di nuovi farmaci. L'ampia indagine nazionale, condotta negli Usa e coordinata da Joseph M. Unger dello Swog Statistical Center di Seattle <http://www.swogstat.org>, mette nero su bianco una triste verità che allarma gli oncologi: i poveri rischiano di restare ai margini non solo della società, ma anche della ricerca scientifica. "Con minori possibilità rispetto ai ricchi di beneficiare, come pure di contribuire, al progresso della medicina".

Gli autori hanno analizzato dal 2007 al 2011 dati relativi a 5.499 pazienti over 18 che avevano appena ricevuto una diagnosi di cancro a seno, polmoni, colon-retto o prostata.

Dopo avere "corretto" il peso di fattori quali età, livello di educazione, sesso, etnia, condizioni mediche e distanza dal centro clinico, la voce reddito è risultata un "forte predittore" della probabilità o meno di essere incluso nelle sperimentazioni cliniche che studiano i farmaci del futuro.

In particolare, i pazienti con un reddito annuo inferiore a 50 mila dollari hanno circa il 30% in meno di possibilità di essere arruolati dagli sperimentatori.

E le possibilità sono ancora inferiori per i malati con un reddito annuo minore di 20 mila dollari, che hanno una possibilità di essere inclusi nelle sperimentazioni cliniche del 44% inferiore – quasi la metà – rispetto a redditi superiori a 20 mila.

Tra i possibili motivi alla base di questa apparente discriminazione ci sono costi diretti (partecipazione alle spese o all'assicurazione), ma anche indiretti. Per esempio l'impossibilità, per i malati poveri rispetto ai più ricchi, di perdere giorni di lavoro per recarsi nel centro clinico.

Eventi sismici: condivisione temporanea studio odontoiatrico.

Con riferimento alla richiesta dell'Associazione nazionale dentisti italiani (ANDI) in cui si segnalano difficoltà legate all'inagibilità di alcuni studi odontoiatrici a seguito dei recenti eventi sismici, e alla conseguente impossibilità di garantire la dovuta continuità assistenziale per i pazienti, si comunica, in parziale deroga alla Delibera di Giunta regionale 2520/04 "Autorizzazione all'esercizio degli studi odontoiatrici singoli o associati. Modifiche ed integrazioni alle DGR n. 327/04 e n. 1099/04", quanto segue. Il titolare di uno studio odontoiatrico, reso inagibile dai recenti eventi sismici, può operare presso altro studio odontoiatrico ospitante in via temporanea, fino al superamento dell'attuale emergenza, alle seguenti condizioni:

- il titolare dello studio ospitante resta il responsabile della predisposizione e del mantenimento del contesto necessario assumendo su di sé la responsabilità tecnico-organizzativa della funzione dello studio;

- la responsabilità professionale rimane in capo ai singoli professionisti (l'odontoiatra ospitante e quello ospitato);

- l'odontoiatra ospitante e quello ospitato devono inviare comunicazione congiunta al Sindaco e all'Azienda Usl, Dipartimento di Sanità pubblica, affinché gli stessi possano programmare eventuali attività di valutazione e controllo. Detta comunicazione dovrà contenere le procedure che verranno seguite, da entrambi i professionisti, al fine di assicurare i requisiti dettati dalla citata di DGR 2520104;

- la soluzione provvisoria indicata è legata ad eventi di eccezionale gravità e non dà luogo alle forme di studio associato o di ambulatorio odontoiatrico definite nella più volte citata delibera regionale.

Tali indicazioni sono fornite in attesa di uno specifico provvedimento della Giunta Regionale.

Telemedicina, sempre più low cost e a portata di smartphone - Studi, possibili tagli spese assistenza fino a 70% per paziente

La telemedicina ormai è portata di smartphone e può ridurre i costi dell'assistenza sanitaria, fino al 70% per paziente. È quanto emerso oggi a Bruxelles dal simposio internazionale organizzato dallo University of Pittsburgh Medical Center (Upmc). "Ormai la tecnologia è sempre più low cost e alla portata di tutti, anche via smartphone e tutte le sue applicazioni" ha spiegato Laura Raimondo, amministratore delegato di Upmc Italia. "La telemedicina – ha aggiunto Raimondo – è la chiave per ridurre i costi della sanità e dare accesso all'assistenza a una popolazione che sta invecchiando sempre di più". I dati a disposizione su esperienze di telemedicina nel lungo periodo sono ancora pochi, ma indicativi. Secondo uno studio del centro medico dell'Università del Kansas, con l'applicazione della telemedicina in oncologia, in dieci anni (1995-2005) si è passati da 103

visite al costo di 812 dollari l'una a 235 visite per 251 dollari l'una, circa il 70% in meno. "Un'altra ricerca condotta in Germania e pubblicata di recente – ha detto Raimondo – ha preso in esame un programma *self-care*, sui pazienti malati di cuore. Una sorta di auto-cura guidata del paziente cardiopatico, che ha permesso di ridurre i costi per paziente del 25%, diminuendo il numero di giornate in ospedale e con una assunzione ottimale dei farmaci, senza contare la riduzione della mortalità e una migliore qualità della vita".

Svelati i circuiti di comunicazione dei sensi nel cervello

I ricercatori del dipartimento di Neuroscience and Brain Technologies (NBT) dell'Istituto Italiano di Tecnologia, hanno scoperto che le varie aree sensoriali sono in competizione tra loro e che si attivano in modo gerarchico seguendo specifici canali di comunicazione. La scoperta è descritta sulla rivista "Neuron" e pone le basi per lo sviluppo di nuove interfacce elettroniche per la riparazione cellulare del cervello. Il gruppo di ricercatori, coordinati da Paolo Medini, team leader del Dipartimento NBT, ha studiato i meccanismi e i circuiti che consentono alle diverse aree sensoriali del cervello di comunicare tra loro, svelando un'influenza reciproca tra i diversi gruppi neurali che ricevono e gestiscono le informazioni provenienti da udito, tatto e vista. L'attività elettrica di un gruppo, infatti, inibisce o stimola l'attività di un altro, in modo che la comunicazione delle aree sensoriali verso quelle delle decisioni motorie sia preclusa o favorita solo per alcuni sensi. "Nella nostra ricerca – ha spiegato Medini – abbiamo preso come modello il sistema visivo dei topi. Grazie all'applicazione di metodi di registrazione e stimolazione dei neuroni ad alta risoluzione temporale e spaziale, siamo riusciti a identificare con precisione i circuiti e le cellule che mediano gli effetti inibitori di un'area sull'altra". In particolare, lo studio evidenzia il rilascio di neurotrasmettitori inibitori da parte dei neuroni nella corteccia uditiva verso i microcircuiti neurali di tatto e vista. Al contrario, i neuroni dedicati all'elaborazione visiva inibiscono le aree corticali acustiche, mentre stimolano le aree corticali che elaborano il senso del tatto. I microcircuiti lungo cui i diversi gruppi neurali comunicano sono stati esplorati con tecniche optogenetiche, che combinano insieme l'esattezza di una modificazione genetica e la semplicità della fotostimolazione. "I diversi neuroni sono stati modificati geneticamente in modo da esprimere una proteina fotosensibile che, una volta stimolata dall'esterno con fasci luminosi, innesca l'attività elettrica nella specifica area sensoriale", ha detto Giuliano Iurilli, studente di dottorato nel dipartimento NBT di IIT e primo autore dell'articolo. "Questo ci ha permesso di registrare – ha continuato – il flusso di comunicazione interno alle connessioni tra le diverse aree, partendo dal momento esatto in cui una di esse è stimolata". "Penso che la sfida delle neuroscienze sia rappresentata dalla necessità di riparare i danni che si possono presentare in specifici punti dei circuiti cerebrali", ha detto Medini, team leader nell'Unità Advanced Neurotechnologies di NBT. "Il nostro studio – ha aggiunto – rappresenta la base da cui sviluppare nuove terapie di riparazione cellulare, infatti ci consente di iniziare a progettare interfacce neuroelettroniche innovative in grado di sostituire le aree sensoriali danneggiate". La scoperta, infine, apre la strada alla comprensione delle modificazioni che avvengono nel cervello a seguito di deprivazioni sensoriali profonde quali la cecità o la sordità. "Il prossimo passo della nostra ricerca – ha concluso Medini – sarà di approfondire la conoscenza di come i circuiti neurali si riorganizzano in mancanza di un senso e quindi di intervenire con dispositivi artificiali". <http://download.cell.com/neuron/pdf/PIIS0896627312000761.pdf?intermediate=true>

Sempre più italiani al pronto soccorso. Ma 3 su 4 vengono dimessi. Aumentano i tempi attesa

Sempre più italiani vanno al pronto soccorso e il 75% di coloro che vi accede viene successivamente dimesso, mentre solo il 13% viene ricoverato. Circa 3/4 dei dimessi a domicilio, inoltre, sono codici verdi. Sono i dati emersi dalla Giornata di studio 'La medicina d'urgenza tra mente e corpo'

tenutasi all'università Cattolica di Milano. In media quasi 1 italiano su 2 si reca al pronto soccorso almeno una volta all'anno e solo nel 12% con l'ambulanza. Crescono, inoltre, i tempi di attesa.

Adolescenti e sostanze psicotrope: italiani nella 'top ten'

Esce il nuovo rapporto europeo Espad sull'uso di alcol e droghe tra i 16enni, curato per l'Italia dall'Ifc-Cnr.

Il nostro Paese è tra i primi dieci, con prevalenze maggiori della media, per fumo, cannabis, alcol, tranquillanti e sedativi.

Nel 2011, in Europa, i consumatori di alcolici e sostanze psicotrope tra i 16enni rimangono costanti, crescono invece i fumatori e gli assuntori di sostanze inalanti, come solventi e colle. I giovani italiani registrano consumi sopra la media europea per quasi tutte le sostanze. Questo, in sintesi, è quanto emerge dalla ricerca europea Espad che indaga sui comportamenti degli adolescenti e che lo scorso anno ha coinvolto 36 Paesi europei. In Italia, l'indagine è condotta dall'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche (Ifc-Cnr) di Pisa.

"L'alcol è da sempre la sostanza psicotropa maggiormente sperimentata e consumata dai sedicenni, nonostante il suo uso sia loro vietato o limitato in molti Paesi", esordisce Sabrina Molinaro dell'Ifc-Cnr, responsabile della ricerca in Italia. "L'Italia si trova nella 'top ten' con il 63% di adolescenti che hanno bevuto almeno una volta nell'ultimo mese, contro la media del 57. Il primato va alla Repubblica Ceca con il 79%, seguita da Danimarca (76%), Germania (73) e Grecia (72). Chiudono la classifica Albania (32%) e Islanda (17%). Invece per il *binge drinking* (cinque o più bevute in un'unica occasione), il nostro Paese con il 35% si assesta sotto il 39 di media, a dimostrazione di una differenziale 'cultura del bere'. Inoltre, rispetto alla rilevazione del 2007, tra gli studenti italiani si registra un lieve calo".

Purtroppo anche il consumo di sigarette nell'ultimo mese colloca i nostri 16enni tra i primi dieci, con il 36% contro la media europea del 28%. "Il dato, nonostante le campagne di sensibilizzazione, resta sostanzialmente stabile. In altri paesi come Francia, Portogallo, Polonia, Finlandia e Romania, i consumi però aumentano rispetto al 2007, mentre scendono in Norvegia, Russia e Islanda", prosegue Molinaro. "I coetanei con più alte percentuali di fumatori sono in Repubblica Ceca (42%) e Bulgaria (39%), dove le ragazze sono in netta maggioranza: 46% contro 33%, così pure in Francia (38%: i maschi sono il 34%, le femmine il 43). I paesi dove si fuma di meno sono Norvegia (14%), Albania (13) e Islanda con il 10%".

La sostanza illegale più sperimentata dagli studenti europei almeno una volta nella vita è la cannabis (hashish o marijuana). "E l'Italia è ancora tra le prime dieci nazioni con il 21% (24% maschi, 18 femmine) contro il 17% di media. L'elenco vede in testa cechi e francesi, rispettivamente con il 42 e il 39%, ed è chiuso da Grecia (8%) e Albania (4)", osserva Molinaro. "L'uso di cannabis tra i 16enni italiani, dopo il calo registrato dal 2003 al 2007, si è stabilizzato. D'altra parte Francia, Polonia, Portogallo e Grecia nell'ultimo quadriennio vedono aumentare gli adolescenti che consumano cannabinoidi. In Ucraina e Russia invece diminuiscono".

Per quanto riguarda il consumo (almeno una volta nella vita) delle altre sostanze psicoattive illegali come cocaina, eroina, anfetamine, ecstasy e allucinogeni "gli italiani sono in linea con il dato medio europeo del 6% e occupano il quinto posto della classifica insieme ad Albania e Irlanda. In testa si trovano Francia e Bulgaria con il 10%, Bosnia e Norvegia chiudono con il 2%", specifica la ricercatrice Ifc-Cnr. "Rispetto all'ultima rilevazione, l'Italia registra una lieve diminuzione insieme con Islanda, Irlanda e Russia. Tendenza opposta in Portogallo, Cipro e Romania, mentre la maggioranza delle nazioni mantiene i consumi stabili".

Rispetto agli inalanti, invece, "l'Italia si attesta al penultimo posto con il 3% dei giovani che riferiscono di averli sperimentati almeno una volta nella vita. Ai primi posti la Croazia e la Lettonia, rispettivamente con il 28 e il 23%. La media europea è del 9%", conclude Molinaro. La survey Espad si ripete in Europa ogni quattro anni dal 1995 e nel tempo sono aumentati i paesi partecipanti e le sostanze indagate, tra cui ora rientrano anche tranquillanti e sedativi assunti senza prescrizione medica. "Gli italiani si trovano al quinto posto con il 10%, confermando il picco del 2007. La media è il 6%, la classifica è aperta da Polonia (15%), Lituania (13), Cipro e Francia con l'11% e chiusa con il 2% da Germania, Russia e Ucraina. Percentuali in crescita in Grecia, Cipro e Montenegro".

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 14 giugno 2012

Cognome - Nome	Indirizzo	Te lefono
ABD ALATIF RANIA	Via Libia, 4 – Bologna	339/65.61.037
ACCARDO NUNZIO	Via Massarenti, 396 – Bologna	051/41.28.915 331/53.17.749 329/14.91.455
AKKAWI IBRAHIM	Via dello Sterlino, 3/2 – Bologna	327/70.65.249
ANTONACCI NICOLA	Via Friulia Venezia Giulia, 8 – Bologna	051/54.56.23 348/53.17.427
ARIATTI BARBARA	Via Bianchina, 10 – S.Lazzaro di Savena	051/46.38.96 328/86.70.955
ARRIVABENE ALESSANDRA	Via Anna Frank, 4 – Casalecchio di Reno	051/61.94.007 349/14.79.511
BAGNATO FRANCESCA	Via G.Papini, 26 – Bologna	349/56.38.510
BEKIMA STEPHANE	Via Tosarelli, 350/3 – Villanova di Castenaso	051/08.71.802 320/04.37.817
BERTONCELLI SARA	Via Mondolfo, 9 Bologna	340/54.22.924 051/45.26.17
BERTUSI CRISTINA	Via Cento, 44 – S.Giovanni Persiceto	051/82.64.65 349/61.38.245
CAMBIO ETTORE	Via Passarotti, 42 – Bologna	349/71.98.377
CARIELLO LUISA	Via Vittorio Veneto, 19 – Bologna	320/83.53.733 051/64.49.035
CARUCCI MARIA MICHAELA	Via Montebudello, 1 – Bazzano	331/99.23.411
CAVALLARI FABRIZIA	V.le Carducci, 48 – Bologna	338/40.45.981
CIABATTI SELENA	Via S.Stefano, 97 – Bologna	333/28.85.451
COSENTINO ANNA	Via Portazza, 8/b – Bologna	051/45.33.67 333/72.69.026
COSTA LEONARDO	Via Monte del Re, 4 – Dozza	0542/67.83.85 339/27.07.314
COTTONE CARLO	Via Murri, 191 – Bologna	327/74.51.149
D'ANDREA MARIANGELA	Via Porta Galliera, 1/c – Bologna	333/67.04.822
D'OSTILIO MANUELA	Via S.Isaia, 67/2 – Bologna	339/58.22.384
DE MUTIIS CHIARA	Via A.Costa, 42 – Bologna	051/61.52.263 347/53.14.832
DI DONATO NADINE	Via Einaudi, 37 – Bologna	051/56.86.93 338/94.45.343
DI PIETRO ELENA	Via Dè Gombruti, 16 – Bologna	335/74.94.956
ERMINI LAURA	Via Normandia, 140 – Bologna	333/62.65.628
FABBRI DARIO	Via di Corticella, 45 – Bologna	051/37.11.19 349/36.91.373
GIARDINO SILVIA	Via Guido Reni, 16 – Pieve di Cento	051/97.48.22
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	345/34.34.676
GUARDINO SILVIA	Via G.Reni, 16 – Pieve di Cento	051/97.48.22
GUIDOTTI JACOPO MARIA	Via Riva Reno, 29 – Bologna	051/52.15.43 329/23.23.034
KARAKACI FABIOLA	Via Friuli Venezia Giulia, 8 – Bologna	328/17.79.139
IMBROGNO ANDREA	Via Garibaldi, 1 – Castel Maggiore	327/24.81.082
LEVANTESI PAOLO	Via Cino da Pistoia, 5 – Bologna	051/58.83.013 329/68.58.858
LINARI FRANCESCA	Via G.Bentivogli, 85 – Bologna	348/74.25.506
LORUSSO ANGELO	Via Albertoni, 9 – Bologna	051/41.27.348 320/81.31.065
MAGNANI ANDREA	Via G.Bertini, 4 – Bologna	051/63.14.67 340/49.50.355
MARNIN RON	Via delle Fosse Ardeatine, 22 – Bologna	329/34.56.357
MARRA ROSA FRANCESCA	Via S.Vitale, 42/2 – Bologna	051/23.73.77 347/60.68.501
MARTELLA ILENIA	Via Buonarroti, 1 – Parma	329/98.23.149
MARTINO ELENA	Via del Rio, 24 – S.Lazzaro di Savena	051/47.76.53 348/08.02.348
MARZ LUCA	Via G.Albini, 14 – Bologna	333/52.07.572
MAZZERO GIOSUÈ	Via Massarenti, 50 – Bologna	338/30.48.124
MEJIA LARA ELSY DE JESUS	Via degli Ortolani, 37 – Bologna	393/98.96.516
MELAMUD EVGENY	Via Valdossola, 21 – Bologna	348/26.97.451

MENGONI FRANCESCO MONTEFIORI MICHELA	Via dell'Unione, 5 – Bologna Via Pagina, 10/a – Mordano	338/17.43.067 0542/51.193 348/09.31.664
MURARIU IOANA ADINA NIKOLLAU NIKOLETTA	Via E.Rizzoli, 3 – Granarolo Emilia Via Barozzi, 4 – Bologna	348/91.48.155 320/677.59.21 320/677.59.210
NYASSALA D. GEORGES PALAMA' CHIARA	Strada Maggiore, 13 – Bologna Via Libia, 60 – Bologna	389/83.54.934 051/62.17.622 339/49.82.802
PALLADINO CAROLINA SERENA PAYLOU EFTHYMIA PAZZI CHIARA PESSINA ALESSANDRA POINI ALESSANDRA	Via G.Mazzini, 95/6 – Bologna Via Lavino, 181/d – Monte S.Pietro Via Barbacci, 18 – Bologna Via Porrettana, 54 – Bologna Via della Repubblica, 38 – Argelato	329/17.58.326 333/37.71.402 328/94.38.432 345/71.70.422 051/89.31.88 338/89.15.398 389/51.68.908 339/81.17.906 327/68.28.038 334/99.50.996 349/81.01.714 338/74.87.968 333/84.39.188
PRETI MARIANNA RANZOLIN MARGHERITA SARACENI GIACOMO SASDELLI ANNA SIMONA SERRA ROBERTA PIA SGRO' FEDERICA	Via Cagliari, 4 – Bologna Via Zaccherini Alvisi, 19 – Bologna Via Bizzuno – Lugo Via Corticella, 25 – Bologna Via Amendola, 17 – Bologna Via Gaspare Nadi, 6 – Bologna	0736/88.95.20 348/06.82.580 340/79.80.319 338/57.17.527 329/46.55.731 333/30.70.563 051/62.37.105 337/59.10.23 051/58.93.53 051/52.04.54
SIMONETTI SARA	Via IV Novembre 28 – Offida (AP)	
SOLINAS DANIELA STAGNI SILVIA TENGATTINI VERA TROMPONI CHIARA VALERIANI GIORGIO VALLI VITTORIO VANINO ELISA VISCIOTTI FRANCESCA 328/80.52.268	Via Orfeo, 29 – Bologna Via S.Ferrari, 24 – Bologna Via S.Stefano, 64 – Bologna Via B.Marcello, 4/6 – Bologna Via Siepelunga, 1 – Bologna Via S.Donato, 152 – Bologna Via Torriane, 14 – Bologna Via P.Bovi Campeggi, 1 – Bologna	

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ABOUK NOSRATOLLAH ANTONACCI NICOLA ARICO' EMANUELA SERENA BELVEDERI MURRI MARTINO CAVALLARI FABRIZIA CIMETTA ANNA CHIARA COCO SEBASTIANO	Corso di Formazione in Medicina Generale Chirurgia Generale d'Urgenza Radiodiagnostica Psichiatria Medicina dello Sport Oftalmologia Odontoiatria	339/42.60.185 348/53.17.427 347/45.46.632 392/76.31.197 338/40.45.981 335/71.111.07 0931/32.203 338/15.14.243 346/47.85.225 328/81.40.930
CONCORDIA ALESSANDRA CORVAGLIA STEFANIA DONATI UMBERTO	Medicina del Lavoro Reumatologia Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126 333/62.65.628 328/98.10.011 328/21.82.754 0534/37.131 347/48.04.139 333/23.24.390 051/38.04.62 051/23.76.68 335/53.93.123
ERMINI LAURA FERRARI GOZZI BEATRICE FERRI SIMONA GUALANDI SILVIA	Reumatologia Psichiatria Endocrinologia e Malattie del Ricambio Geriatrics	051/44.32.41 339/48.19.676 338/76.74.267 347/61.67.144 349/06.17.889 337/59.10.23
KATSINAS GIOVANNA LUCENTE PASQUALE MARZARI ROSSELLA	Oncologia Dermatologia e Venerologia Otorinolaringoiatria	
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
OLMI RUGGERO PAZIENZA PAOLA ELENA TARTAGNI ELISA VALLI VITTORIO	Ortopedia e Traumatologia Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Geriatrics Chirurgia Generale	

Associazione Medica Italiana di Omotossicologia, AIOT - Percorso Formativo Pluriennale I, II, III Livello in Omeopatia, Omotossicologia e Discipline Integrate

Novembre 2012 - Maggio 2013

Primo Anno - Sede di Bologna, Savoia Hotel, Via del Pilastro 2 - Bologna

Calendario: 1° lezione 17/18 novembre 2012; 2° lezione 15/16 dicembre 2012; 3° lezione 26/27 gennaio 2013; 4° lezione 16/17 febbraio 2013; 5° lezione 09/10 marzo 2013; 6° lezione 6/7 aprile 2013; 7° lezione 11/12 maggio 2013

Orari: sabato ore 9-13/14,30-18,30; domenica ore 9-13

Costo di iscrizione al Primo Livello: Euro 850 comprensivi di documentazione e materiale didattico su dvd.

Al termine dei 3 livelli del Percorso Formativo Pluriennale (PFP) è prevista la discussione della Tesi in presenza di una Commissione d'esame composta dai Docenti e da un Rap-

presentante dell'Ordine dei Medici. L'Allievo per la preparazione e stesura della Tesi è seguito individualmente da un Tutor Docente A.I.O.T.

Attestato di partecipazione: al termine del I e II livello viene rilasciato da A.I.O.T. e dall'Accademia di Medicina Biologica l'Attestato di partecipazione al "Percorso Formativo Pluriennale in Omeopatia, Omotossicologia e Discipline Integrate" agli Allievi che avranno frequentato almeno 5 dei 7 fine settimana previsti.

Attestato di conferimento crediti ECM: al termine del I, II e III livello viene rilasciato agli Allievi in regola con la frequenza dei fine settimana e che avranno superato i tests di verifica.

Al termine dell'intero Percorso Formativo Pluriennale di I, II e III livello viene rilasciato il Diploma dell'Accademia di Medicina Biologica, nonché il Diploma dell'International Society of Homotoxicology and Homeopathy (ISOHH).

Per informazioni:

Dr.ssa Silvia Santi 335-7310432

www.medibio.it

FEDER.S.P.E.V.

Pensionati Sanitari

Sede Bologna: 051/614.53.65

Anche nella buona sorte

Affittasi ad. S.Orsola / Piazza TrentoTrieste appartamento arredato, p. rialzato, ingresso, studio, ampia sala, cucina abitabile, 3 camere, 3 bagni, taverna/ufficio con bagno ed ingresso indipendente, garage doppio. Disponibile da ottobre. Per info: 051.393108 335.6916502 ore serali

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

Vendo villa a schiera libera su 3 lati in mattoni paramano e fronte parco, zona Arcoverde (vicinanza Villa Erbosa). Mq 270 ca., costruzione del 1994. Per ulteriori informazioni 392/8732949.

Studio odontoiatrico autorizzato zona Ospedale Maggiore affitta unità operativa o in alternativa locale vuoto da attrezzatura a colleghi con clientela propria. Per info Tel. 333/4687597.

Poliambulatorio medico Agorà (ginecologia, odontoiatria, dietologia, flebologia, ...) autorizzato, dentro porta Lame, mette a disposizione un locale adatto anche a studio oculistico per avviare un nuovo servizio, sono disponibili anche ambulatori per altre aree specialistiche, in particolare neurologia, psichiatria, fisiatria, gastroenterologia, pediatria. Per info tel. 051/557366 - 348/6712133 - e-mail coop.agoramedica@gmail.com

Affittasi appartamento uso ambulatorio in Bologna via Lodovico Berti, anno costruzione 2003, mq 100, 2 camere, 2 bagni, ampia hall, ingresso. Riscaldamento autonomo. Garage a parte stesso stabile. Per info 338/3450093.

Cedesi studio dentistico prov. RA, 20 km, uscita A14 Imola. Autorizzazione regionale, impianti a norma, 1 riunito Stern Weber Mistral ex, poltrona tecnica, Rx endoorale da montare, affitto basso, prezzo interessante, ideale per giovane odontoiatra, avviamento ventennale. Tel. 339/6973381.

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

Affittasi studio medico a specialisti anche odontoiatri per giornate o mezze giornate in via Murri n. 84, zona Sterlino. Per informazioni tel. 051/344743 - Cell. 339/1492258.

Affittasi studio medico a specialisti per giornate o mezze giornate in via Dante angolo viale Carducci. Per informazioni tel. 051/301977.

Vendesi ufficio nuovo 1° piano, parziale mutuo cooperativa, 4 ambienti, doppi servizi, garage + cantina. Via Zaccherini Alvisi - No agenzie. per info Tel. 339/7928906.

Studio odontoiatrico, a Imola, V. Cogne, rende disponibili locali operativi per singole o mezze giornate - Struttura autorizzata. Tel. 338/7261757.

Vendo multiproprietà (gg. sette in marzo e trenta in settembre), due vani, quattro posti letto, bagno, telefono, tv, garage in località Montecampione (Brescia), in prestigioso, accessoriato Villaggio Turistico Le Baite. Tel. 340/5427016.

Vendo multiproprietà 31 gg (10-20 dic./10-20 mag/31 dic-10 gen), cinque posti letto, bagno, telefono, tv, garage, in prestigioso accessoriato villaggio turistico Polner (5 stelle), a pochi km da Cortina. Prezzo eccezionale. Tel. 340/5427016..

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

Affittasi stanza presso studio medico a specialista non odontoiatra. Zona Bologna centro - Tel. 338/2105890. Ore pasti.

Vendesi adiacenze Giardini Margherita villetta signorile con ampio giardino e cantina - garage, da ristrutturare. Trattative private. Per informazioni rivolgersi al 328/0062029.

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

Affittasi studio dentistico con una unità operativa sito in Bologna Centro. Anche a giornate. Tel. 051/941872 - 328/4741163.

Fronte S. Orsola, affittasi luminoso appartamento arredato, 2° piano in piccolo condomini-

nio: ingresso, 2 camere, soggiorno, cucinotto, disimpegno, bagno, riscaldamento autonomo. Solo referenziati. Per info 335/6352373.

Struttura Sanitaria quartiere San Vitale via Guelfa Bologna. Studi Medici e Odontoiatrici x singole o mezze giornate mattino o pomeriggio. Per info Tel. 347/3731793-051/4075977-4076261.

Ambulatorio nella zona ovest di Bologna offre la propria disponibilità ad ospitare collega con propria clientela anche a giornata intera o a mezza giornata. Oltre alla moderna struttura con 4 unità operative, reception, ufficio, sala di sterilizzazione si offre assistenza di segreteria e alla poltrona. Possibilità di consulenze chirurgiche. Per info tel. 335/8383768 - 051/6195545.

Affittasi studio medico a specialisti per giornate o mezze giornate in via Dante angolo viale Carducci. Per informazioni tel. 051/301977.

Affittasi ad.ze S. Orsola luminosa mansarda 4° piano con ascensore - Vista colli - Ampia sala - Cucina - 2 camere letto - Bagno - Ripostiglio - 2 terrazze. Disponibilità giugno 2012. Per info tel. 338/8707253..

Affittasi ambulatori a medici, psicologi, laureati area medica, odontoiatri (studio attrezzato ed autorizzato), in studio medico nel centro storico di Bologna, angolo p.zza Ga-

lileo, adiacente a garage pubblico con libero accesso Sirio autorizzato. Tel.: 335/5431462.

Affittasi studio dentistico con una unità operativa sito in Bologna Centro. Anche a giornate. Tel. 051/941872 - 328/4741163.

Affittasi a collega odontoiatria/ortodontista stanza attrezzata in studio odontoiatrico autorizzato. Zona Bologna Centro. Tel. 338/2105890. Ore pasti.

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

Affittasi stanza presso studio medico a specialista non odontoiatra. Zona Bologna centro - Tel. 338/2105890. Ore pasti.

Ragazza, laureanda in giurisprudenza, cerca lavoro come segretaria presso studio medico. Disponibilità immediata. Buona conoscenza del computer e dell'inglese. Foschillaria - Tel. 338/8637990

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

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