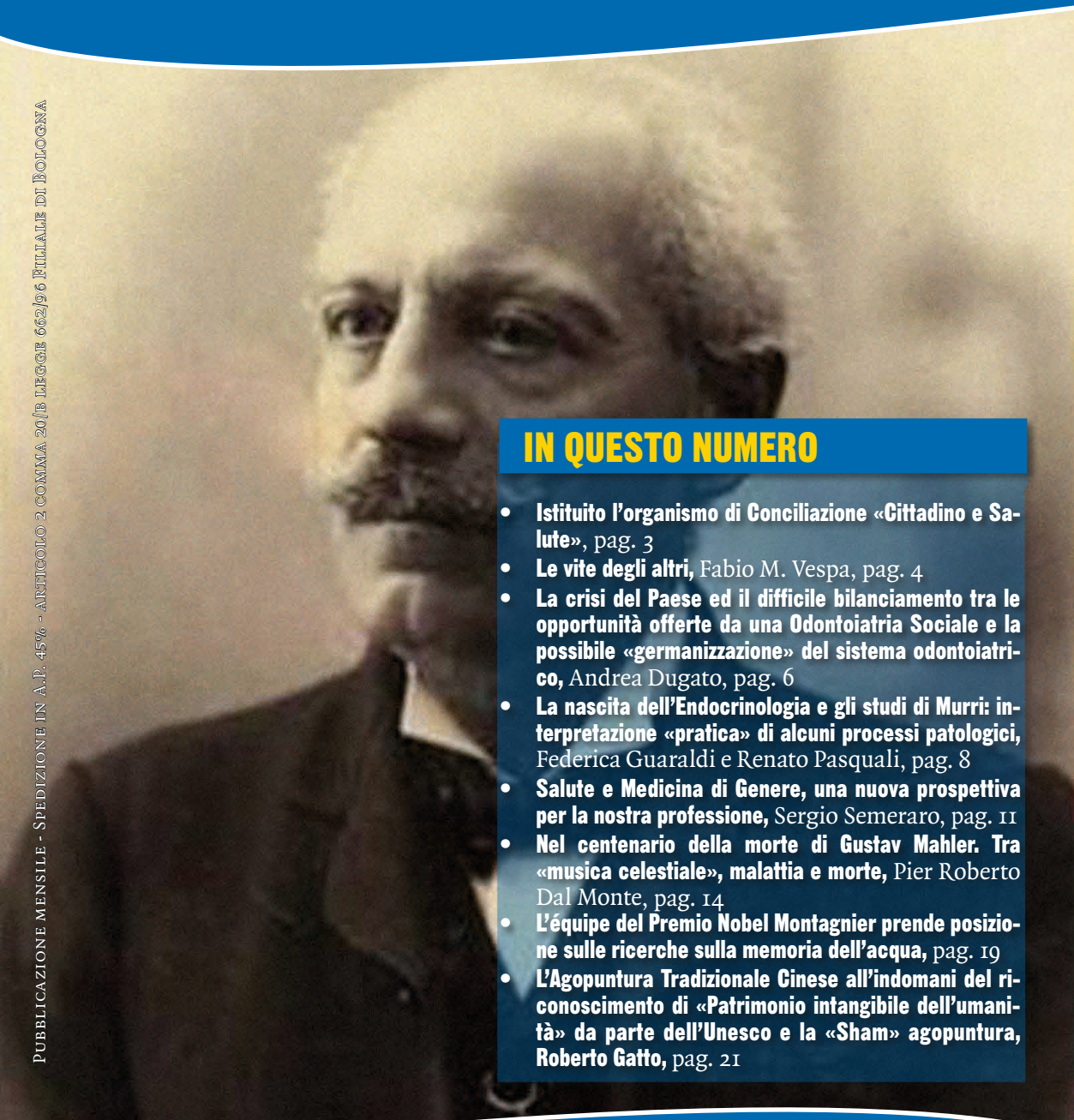
Bollettino Notiziario

anno xlii - N° 9 settembre 2011

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



IN QUESTO NUMERO

- **Istituito l'organismo di Conciliazione «Cittadino e Salute»**, pag. 3
- **Le vite degli altri,** Fabio M. Vespa, pag. 4
- **La crisi del Paese ed il difficile bilanciamento tra le opportunità offerte da una Odontoiatria Sociale e la possibile «germanizzazione» del sistema odontoiatrico,** Andrea Dugato, pag. 6
- **La nascita dell'Endocrinologia e gli studi di Murri: interpretazione «pratica» di alcuni processi patologici,** Federica Guaraldi e Renato Pasquali, pag. 8
- **Salute e Medicina di Genere, una nuova prospettiva per la nostra professione,** Sergio Semeraro, pag. 11
- **Nel centenario della morte di Gustav Mahler. Tra «musica celestiale», malattia e morte,** Pier Roberto Dal Monte, pag. 14
- **L'équipe del Premio Nobel Montagnier prende posizione sulle ricerche sulla memoria dell'acqua,** pag. 19
- **L'Agopuntura Tradizionale Cinese all'indomani del riconoscimento di «Patrimonio intangibile dell'umanità» da parte dell'Unesco e la «Sham» agopuntura, Roberto Gatto,** pag. 21

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 Bologna - Tel. 051.399745

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE
Dott. Luigi Bagnoli

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Contiene I.P.

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Agosto 2011
è stato consegnato in posta
il giorno 29/07/2011

SOMMARIO

ANNO XLII - SETTEMBRE 2011 N° 9

ARTICOLI

Istituito l'Organismo di Conciliazione «Cittadino e Salute» • 3

Le vite degli altri • 4

La crisi del Paese ed il difficile bilanciamento tra le opportunità offerte da una Odontoiatria Sociale e la possibile «germanizzazione» del sistema odontoiatrico • 6

La nascita dell'Endocrinologia e gli studi di Murri: interpretazione «pratica» di alcuni processi patologici • 8

Salute e Medicina di Genere, una nuova prospettiva per la nostra professione • 11

Nel centenario della morte di Gustav Mahler. Tra «musica celestiale», malattia e morte • 14

L'équipe del Premio Nobel Montagnier prende posizione sulle ricerche sulla memoria dell'acqua • 19

L'Agopuntura Tradizionale Cinese all'indomani del riconoscimento di «Patrimonio intangibile dell'umanità» da parte dell'Unesco e la «Sham» agopuntura • 21

NOTIZIE

Cervello sboccia per cellule giardiniere. Scoperta di un gruppo di ricerca italiano • 25

Gli antidolorifici possono essere efficaci contro l'agitazione nella demenza• 25

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 26

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 28

CONVEGNI CONGRESSI • 29

PICCOLI ANNUNCI • 32

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

www.odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario
Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere
Dott. VITTORIO LODI

Consiglieri Medici
Prof. FABIO CATANI
Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO
Dott. ANGELO DI DIO
Dott.ssa MARINA GRANDI
Dott. GIUSEPPE IAFELICE
Dott. FLAVIO LAMBERTINI
Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA
Dott. STEFANO RUBINI
Dott. CLAUDIO SERVADEI
Dott. CARMELO SALVATORE STURIALE

Consiglieri Odontoiatri
Dott. CARLO D'ACHILLE
Dott. ANDREA DUGATO

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente:	Dott. CARLO D'ACHILLE
Segretario:	Dott. SEBASTIANO PANTALEONI
Componenti:	Dott. EMANUELE AMBU
	Dott. PIETRO DI NATALE
	Dott. ANDREA DUGATO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente:	Dott. ENNIO CARMINE MASCIELLO
Componenti:	Dott. MARCO CUPARDO
	Dott.ssa CATERINA GALETTI
Supplente:	Dott. ANDREA BONFIGLIOLI

Istituito l'Organismo di Conciliazione «Cittadino e Salute»

Il 20 luglio 2011 con Provvedimento del Direttore Generale della Giustizia Civile è stata autorizzata l'iscrizione al Registro degli Organismi di Conciliazione dell'Organismo non autonomo di Conciliazione Cittadino e Salute, istituito dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Bologna.
L'Organismo è annotato presso il Registro alla posizione n. 427.
L'Organismo speciale Cittadino e Salute rappresenta il primo organismo di conciliazione in Italia istituito in seno ad un Ordine Provinciale dei Medici ai sensi del d.lgs. n. 28 del 2010.
Cittadino e Salute, quale Organismo non autonomo, potrà occuparsi, in particolar modo, della materia della responsabilità professionale del medico e dell'odontoiatra ed in ambito sanitario in genere, e potrà cercare di favorire un percorso di mediazione pre-contenzioso attraverso l'attivazione di competenze valutative di Mediatori di specifica formazione medica ed odontoiatrica di base, costituente sicuramente un valore aggiunto nella diretta percezione della tecnicità dei casi costituenti oggetto di confronto tra le parti coinvolte in criticità o contrappositività legale, che si intende porre al servizio della possibile risoluzione alternativa a quella giudiziale.
L'istituto della mediazione in materia di responsabilità medica ai sensi del d.lgs. 28/2010 rappresenta infatti un appuntamento di rilievo, nel panorama del nuovo assetto che va delineandosi nel sistema di prevenzione e risoluzione delle controversie, potendo costituire occasione non solo di concreta deflattività del contenzioso ma anche di ridimensionamento dei fenomeni rivendicativi tout court di sovente promossi su fattori aprioristici che possono essere meglio chiariti da un preliminare vaglio e confronto consapevole sul piano tecnico a scopo conciliativo.
L'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Bologna ed il Suo Presidente Dott. Giancarlo Pizza, che da anni si erano posti come primario e qualificato obbiettivo quello di favorire e promuovere il momento di confronto conciliativo nell'ambito del contenzioso sanitario istituendo un proprio organismo dedicato a tale scopo, denominato «Camera di Confronto e Conciliazione», hanno visto confermate a livello legislativo l'importanza delle scelte a suo tempo effettuate ed hanno quindi cercato di confermare l'impegno nel settore cercando di istituzionalizzare e perfezionare l'Organismo conseguendo gli accreditamenti legislativi e ministeriali richiesti.
L'Organismo di Conciliazione Cittadino e Salute ha sede a Bologna, in via Zaccherini Alvisi n. 4, presso l'Ordine ed a Ferrara, in Piazza Sacrati n. 11, presso la sede provinciale dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di quella provincia.
Presidente dell'Organismo è il Dott. Luigi Bagnoli, Vice Presidente dell'Ordine di Bologna, e Vice Presidente il Dott. Carlo d'Achille, Presidente della Commissione Albo Odontoiatri, a segnalare l'unità delle componenti medica ed odontoiatrica nel progetto dell'Organismo di Conciliazione «Cittadino e Salute», i cui fondatori risultano i Consiglieri Dott.ri Cosentino Eugenio Roberto, Di Dio Angelo, Dugato Andrea, Lafelice Giuseppe, Lambertini Flavio, Lodi Vittorio, Roberti di Sarsina Paolo, Rubini Stefano, oltre al Presidente Pizza Giancarlo.
All'atto di fondazione ha partecipato anche l'avv. Alberto Santoli, consulente legale dell'Ordine, che ha assunto in quella sede la veste di coordinatore responsabile dell'Ente e che ha potuto contribuire al conseguimento del riconoscimento e dell'accreditamento ministeriale dell'Organismo.

Le vite degli altri

Fabio M. Vespa

Berlino Est, 1984. Il capitano Gerd Wiesler è un agente della Stasi, la Polizia di Stato che controlla la vita dei cittadini della DDR. Uomo idealista, diligentemente votato alla causa, scrupoloso servitore dello Stato. Dopo aver assistito ad una pièce teatrale dello scrittore Georg Dreyman, gli viene ordinato di sorvegliarlo.

Wiesler entrerà, da spia, nella vita dello scrittore ma, toccato profondamente dai sentimenti e dall'umanità dello scrittore, non potrà denunciarlo ed arriverà ad abiurare la fede a cui aveva dedicato la vita.

Le vite degli altri, film del regista Florian Henckel von Donnersmarck, narra la storia di un «controllore» nascosto e silenzioso che viene vinto dall'umanità e dall'arte della sua vittima.

La sorveglianza diviene la fonte di nuove verità, di nuovi orizzonti e quindi di rapporti di Polizia paradossalmente più graditi al controllato che alla logica dei controllori. Gli effetti dell'ultima, di un'infinita serie di patch Sole per la ricetta elettronica, mi hanno fatto pensare a questo bel film: una «misteriosa» sequenza numerica stampata su ogni foglio, su ogni prescrizione, insieme al Codice regionale del medico, indicano l'orario, l'attimo del contatto col paziente. In questo modo, quotidianamente, vengono scandite le nostre vite e la nostra professione.

Certo, in gran parte ci siamo abituati: celle telefoniche, bancomat, carte di credito, telepass... custodiscono in modo discreto ma ossessionante, la storia della nostra vita, le nostre abitudini.

Tutto di noi può essere ricostruito: i gusti, gli spostamenti, i debiti ed i redditi. Lo sappiamo, ma proprio perché lo sappiamo ci sentiamo in qualche modo liberi di mandare a quel paese il cellulare, la Visa ed il telepass.

Non lo facciamo, ma siamo liberi di farlo. Georg, invece, non era libero di impedire il controllo silenzioso sulla sua vita. Una piccola differenza, nella quale stava l'essenza di due mondi, un tempo separati da un centinaio di chilometri di muro e filo spinato.

Comprendo, la ricetta elettronica nasce per un sofisticato sistema anti truffa al quale forse qualcosa dovremo sacrificare e non ho nulla da nascondere: applico con dovizia Norme contraddittorie, caotiche, talvolta ingestibili ed incomprese persino dai Servizi dedicati al controllo.

Ma mentre mi arrabatto tra prescrizioni indotte ed un fiume di telefonate, qualcuno vuole sapere, l'ora, l'attimo, il tempo che passo col paziente. Ma a chi serve? A cosa serve? Fatemi sapere. Spiegatemi!

Unica speranza è che chi ha commissionato la sequenza, quella strana sequenza generata – creata da Millewin – prima o poi scopra che faccio il doppio delle ore previste dal contratto, che ho un contatto quotidiano col quattro percento degli assistiti, che vedo, visito incontro oltre il novanta percento degli assistiti ogni anno, che supero i diecimila contatti anno, che sono costretto a trattenermi in studio, per ore, nelle vesti di manutentore software ed hardware...

Ma cos'altro potrebbe scoprire quell'algoritmo? Forse che perdo altre ore per consentire a qualcuno di nascondere le proprie prescrizioni dietro alla mia firma ed il tutto nell'ambito di un sistema che vorrebbe essere di «Programmazione e controllo».

Certo, perdo ore a trascrivere, in contrasto con i doveri Convenzionali, con le normative vigenti e con ogni logica gestionale, su ricettari informatizzati ciò che altri hanno prescritto con modalità non monitorabili e non utilizzabili nel SSN.

Lasciamo perdere e torniamo alle «misteriose» sequenze: forse un giorno sarà possibile che chi ha autorizzato, richiesto o pensato questo controllo legga con me, con noi, il rapporto trimestrale in modo da capirne realmente il contenuto.

Insomma spero che il nostro «agente», come il capitano Gerd Wiesler, possa un giorno percepire significati diversi da quelli pregiudiziali insiti in ogni silenzioso e non dichiarato controllo.
Ah dimenticavo, ma la Privacy? In quale consenso è compreso l'orario ed il tempo di una visita? Consenso tipo 1, consenso tipo 2? A mio parere, per star sicuri, sarebbe meglio chiedere il consenso Totale o per dir meglio Universale.
Certo forse la Legge, il Garante, il Disciplinare tecnico già autorizzano e quindi superano i miei dubbi di riservatezza e sapere ciò già sarebbe rassicurante ... ma nonostante tutto, resto preoccupato.

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo
Specialista in Igiene, Medicina Preventiva e Psicologia Medica

BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

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

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

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

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

La crisi del Paese ed il difficile bilanciamento tra le opportunità offerte da una Odontoiatria Sociale e la possibile «germanizzazione» del sistema odontoiatrico

Andrea Dugato

La crisi attuale e gli anni di recessione hanno duramente pesato sulle singole persone e sulle famiglie. La realtà che vediamo nei nostri studi è palesata dai pazienti che riducono la domanda di prestazioni indipendentemente dalle reali necessità di cure odontoiatriche. In particolare questo è vero considerando le fasce più deboli di popolazione anziana. Autorevoli sono le testimonianze in tal senso: «sotto il peso della scarsa disponibilità economica si spegne il sorriso degli italiani, infatti il ricorso alle cure odontoiatriche, quasi sempre a carico delle famiglie, è stato un lusso che solo una famiglia su tre si è potuta permettere» così scrive Mara Tognetti Bordogna, docente di politiche sanitarie università Milano Bicocca. Ancora Enrico Gherlone, referente per l'Odontoiatria del Ministro Fazio, in un recente editoriale sottolinea che il 60% dei cittadini non va dal dentista. Oggi, continua Gherlone, sono soprattutto i costi a tenere lontane dall'odontostomatologo alcune fasce della popolazione a serio pregiudizio della loro salute poiché si rivolgono agli abusivi o percorrono la via del turismo odontoiatrico low cost.

Mentre la tecnologizzazione dell'odontoiatria, a cui stiamo assistendo, ha incrementato l'efficienza e l'efficacia del nostro lavoro e ha fatto crescere le super specializzazioni, la domanda di odontoiatria per i motivi suddetti è drasticamente calata.

Giorgio Cosmacini (docente al San Raffaele di Milano) ci insegna che la tecnologizzazione della medicina, ispirata a criteri di scientificità e l'applicazione della scienza alla tecnica e da questa alla pratica professionale ha portato alla promozione di quest'ultima. Inoltre, si è passati dall'empirismo ed eclettismo ancora presenti nel Novecento ad una tecnoprassi rigorosa, uniformata e protocollare. Nel contempo la necessità di una socializzazione dell'odontoiatria ispirata a criteri di equità sociale o quanto meno di uguaglianza dei cittadini di fronte alle patologia ha portato alla promozione della salute per tutti a partire dai più deboli per condizioni sociali.

Valerio Brucoli, presidente CAO di Milano, ha correttamente evidenziato che la sfida da vincere è quella di far convivere le ragioni di una professione che ha alti costi con le necessità di tutela della salute. Questioni difficili, continua Brucoli, da conciliare poiché la cura può essere soppiantata dalla prestazione a tempo e la relazione terapeutica in relazione d'affari.

Sulla base di questi problemi si fonda la proposta di legge 3975 del dicembre dello scorso anno che prevede l'introduzione dell'Odontoiatra di Famiglia. Scopo di questa proposta di legge (primo firmatario l'On. Quartiani) è consentire a tutti di poter curare le patologie del cavo orale presso il proprio dentista di fiducia a un prezzo equivalente alle spese che si dovrebbero sostenere se si riuscisse ad accedere al Servizio Sanitario Nazionale.

Col versamento di una quota capitaria come per il medico o il pediatra calcolata nel 5 per mille di IRPEF in più oltre a 24 euro per ogni familiare a carico il cittadino usufruirebbe di prestazioni di tipo preventivo, conservativo, estrattivo, ortodontico e protesico previste dal nomenclatore tariffario nazionale. La domanda di «dentista di famiglia» sarebbe aperta a tutti gli odontoiatri titolari di studio anche associato.

Questa proposta tende ad ampliare l'offerta delle cure e nel contempo ad arginare l'attuale sindrome della poltrona vuota facendo cogliere l'opportunità di uno sviluppo economico, di una crescita per gli operatori e di un miglioramento della soddisfazione dei cittadini sottolineando che l'odontoiatria italiana non può non avere un modello di sistema programmato e gestito come in moltissime altre nazioni europee.

Nel contempo non possiamo non segnalarne i rischi. In Germania dove esistono casse mutue obbligatorie (Gesetzliche Krankenkassen), in virtù del fatto che le cure odontoiatriche nel corso degli anni sono salite di costo e sono maggiormente richieste, non sono più in grado di far fronte all'assistenza ed hanno fissato un tetto massimo per il budget pagato ad ogni dentista.

La Gesetzliche Krankencasse offre a tutti i cittadini la stessa assistenza, le cure meno dispendiose per le otturazioni (materiale più economico), igiene orale e controllo annuale.

Il dentista è soggetto alla BEMA (Bewertungsmasstab fuer zahnaerztliche Leistungen), questo comporta che il professionista riceve i seguenti onorari: visita e controllo 15,39 euro, otturazione 27,35 euro, anestesia 6,84 euro, estrazione di un dente pluriradicolato 12,82 euro (cifre che risalgono al 2005).

Ogni cittadino per queste prestazioni paga 10 euro trimestralmente più una percentuale sullo stipendio che comprende tutta l'assistenza sanitaria. In caso di cure «migliori» e con materiali più costosi viene richiesta l'integrazione al paziente (Zusatzzahlung = pagamento supplementare) incassato direttamente dall'odontoiatra.

Per poter affrontare tutti i pagamenti supplementari si è creata l'esigenza di un'assicurazione privata aggiuntiva (private Zusazversicherung). I rimborsi delle prestazioni avvengono per una quota forfettaria quadrimestralmente ed il conguaglio dopo 9 mesi circa la presentazione delle pratiche da parte del professionista (i relativi costi sono sempre a carico dell'odontoiatra).

Le cure protesiche, dopo averne ricevuta dettagliata documentazione, godono di un contributo che varia dalla diagnosi e dalla situazione del paziente: se manca, per esempio, un premolare si ha diritto ad un contributo che non viene modificato dalla scelta terapeutica ma dipende se il paziente si è sottoposto a prevenzione o meno.

In questo caso ha un contributo fisso di base di Euro 369,32, se il cittadino ha 5 anni di prevenzione documentata il contributo aumenta del 20%, se ha 10 anni di prevenzione documentata aumenta del 30%.

L'epilogo è stato un abbassamento della qualità delle prestazioni, una ricerca dei materiali meno costosi ed una riduzione dei tempi d'intervento che hanno portato ad un'inevitabile aumento del rifacimento delle prestazioni e del contenzioso.

La nascita dell'Endocrinologia e gli studi di Murri: interpretazione «pratica» di alcuni processi patologici

Federica Guaraldi e Renato Pasquali

Numerosi studi compiuti in ambito europeo nella seconda metà dell'800 portarono all'identificazione delle ghiandole endocrine (definite come ghiandole prive di dotto la cui secrezione veniva riversata direttamente nel sangue), alla descrizione dei quadri clinici tipici associati alla loro disfunzione e ad ipotizzare una terapia ormonale sostitutiva. Il 2 agosto 1895 Eduard Schafer (1850-1935) aprì il Convegno della British Medical Association di Londra con un'orazione intitolata *On internal secretions*, introducendo il concetto di fisiologia regolata da sostanze chimiche e la nuova, rivoluzionaria, teoria delle secrezioni interne.

Nel 1905 il fisiologo inglese Ernest Henry Starling (1866-1927) durante la Croonian Lecture al Royal College of Physicians di Londra, utilizzò per la prima volta il termine *ormone* dal greco «attivatore, stimolatore», spiegando come nell'organismo fossero prodotte in maniera continua diverse di queste sostanze, indispensabili all'organismo, trasportate poi dal sangue dall'organo produttore all'organo bersaglio, dove esse svolgevano la loro azione. Infine, nel 1909 il medico italiano Nicola Pende (1880-1970) coniò il termine *Endocrinologia* per indicare la disciplina medica dedicata allo studio delle patologie derivate da squilibri ormonali prodotti da alterazioni delle ghiandole endocrine.

Il periodo tra il 1875 e il 1916 corrispose alla restaurazione e all'apogeo della Clinica Medica di Bologna ad opera di Augusto Murri (foto di copertina). Nato a Fermo nel 1841, Murri si laureò in Medicina a Firenze nel 1864 e si recò poi a Parigi ed a Berlino dove compì diversi studi e poté apprendere nuovi metodi di insegnamento in ambito clinico.

Nel 1875 si trasferì a Bologna per ricoprire la Cattedra di Clinica Medica, che mantenne fino al 1916.

Seguace del pensiero organicista, Murri affermò con forza la necessità per il Clinico di affidarsi all'osservazione diretta del paziente, da compiersi criticamente e con metodo induttivo, fondato su nozioni apprese da uno studio costante e approfondito, al fine di non tralasciare nulla ma, allo stesso tempo, saper discriminare tra i vari e spesso mal definiti segni e sintomi importanti e secondari, comunque importanti per la diagnosi e la terapia. Murri non cessò mai di dire e scrivere che il fine ultimo dell'osservazione e della ricerca scientifica doveva essere il miglioramento dello stato di salute del paziente. Studiò approfonditamente le patologie a carico delle ghiandole endocrine. Fu sostenitore della teoria proposta da Ferdinando Verardini sulla correlazione tra tubercolosi e malattia di Addison, per la quale le lesioni tubercolotiche a carico del surrene rendevano la ghiandola incapace di rimuovere i pigmenti tossici dal sangue – che accumulandosi portavano a comparsa del colorito bronzeo tipico –, e di secernere quantità insufficienti di adrenalina, le quali, unitamente alla sofferenza del sistema simpatico addominale, rendevano ragione dei sintomi gastrici e vasomotori nonché dell'astenia in questi pazienti.

Nella rivista «La Riforma Medica» e nelle *Lezioni Cliniche* (raccolta delle lezioni tenute agli studenti nel periodo 1905-1907, esempio sublime del suo metodo di insegnamento e di indagine clinica) pubblicò numerosi casi interessanti di pazienti con quadri endocrinologici complessi, in cui spesso coesistevano insufficienza surrenalica, ipotiroidismo e dismenorrea.

1911
Napoli, 23 Gennaio

N. 4.
Anno XXVII.

LA RIFORMA MEDICA

Italia L. 20,50
Estero „ 35,50

DIRETTORE Comm. G. RUMMO
Professore di clinica medica nella R. Università di Napoli

Redattore-Capo: Prof. LUIGI FERRANNINI.
Segretario della Direzione: Dott. PIETRO TRIA.

GIORNALE SETTIMANALE
NAPOLI

Indirizzare manoscritti, opere, memorie, giornali, esclusivamente al Prof. G. RUMMO - Napoli.

SOMMARIO

I. Lezioni originali: A. Murri. Sopra un caso di insufficienza pluriglandolare.
II. Lavori originali: T. Silvestri Del diabete insipido, con speciale riguardo all'etiologia e patogenesi — S. Cannata. Contributo alla patogenesi della porpora emorragica consecutiva ad infezione.
III. Riviste sintetiche: Maillet e Ganjoux. Le pleuriti siero-fibrinose latenti nel bambino.
IV. Epidemiologia e profilassi: V. Bianchi. Il colera nei manicomi.
V. Attualità scientifiche e pratiche: Seiffert. Un nuovo metodo sierologico per la diagnosi della sifilide.
VI. Accademie, Società e Congressi: XX Congresso di Medicina interna.
VII. Rassegna della Stampa: I recenti lavori sulle Infezioni
VIII. Notizie scientifiche
IX. Formulario: A. Robin. Cura della colica nefritica
X. Notiziario professionale.
XI. Notizie varie.
XII. Note in margine.
XIII. Consulenza legale.
XIV. Concorsi e condotte.

I. LEZIONI ORIGINALI

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Bologna, diretto dal prof. A. Murri.

Sopra un caso di insufficienza pluriglandolare.

Prof. A. Murri.

LEZIONE I.

In un giorno dell'anno 1908 i miei assistenti fecero venire nell'anfiteatro della Clinica una donna, la quale non era sembrata di grande difficoltà per sè stessa, ma, in mancanza di malati più importanti, pareva poter servire abbastanza per l'insegnamento. Lo studente Marinetti ci lesse allora tutto ciò, ch'egli colla sua industria e gli assistenti col loro sapere avevano potuto raccogliere intorno all'esistenza passata e presente della donna. La storia fu, come sempre è qui da noi, molto accurata, tanto che io potei esprimere subito quei primi giudizii (altri direbbe le prime impressioni) che i fatti narratici e da noi confermati sembravano giustificare. Io ricordo che uno fra i medici più provetti e più esperti, che quel giorno erano presenti alla lezione, (un'eletta schiera di studiosi, la quale forma il maggior vanto della nostra scuola), nell'uscire dall'anfiteatro mi disse, che, di quante lezioni mie aveva ascoltato, quella del giorno gli era sembrata la migliore.

Veramente io non era dello stesso avviso e perciò mi chiesi il perchè dell'opinione allora manifestatami. Se non m'ingannai, il gradimento di chi ascoltava venne dall'aver io esposto le trasformazioni del concetto diagnostico, che la malattia della nostra donna valeva a dimostrare. Infatti io aveva detto che per un medico di mezzo secolo addietro l'inferma sarebbe stata epilettica, che poi per 30 o 40 anni ella sarebbe stata giudicata affetta da malattia di Raynaud, ma che nel 1908 neppure questo giudizio sarebbe stato più permesso, perchè tutto nella donna indicava un patimento delle ghiandole a secrezione interna. Gli studii anatomici, fisiologici e clinici degli ultimi decennii han rivelato molti fatti relativi a tali ghiandole, di cui prima non si conosceva quasi nulla, ma, come suole, insieme coi fatti svelati molti più punti oscuri sono stati veduti. E poichè l'argomento è di studio recente, la curiosità scientifica è più viva e l'importanza clinica pare maggiore. Io mi reco ad onore ogni volta, che posso dire che quest'anno penso diversamente dall'anno antecedente. E tale mia natura psichica costituisce oramai nella nostra scuola un'atmosfera, che modifica, più o meno, anche i cervelli, che vengono qua dentro colla persuasione più radicata, che una delle maggiori debolezze della medicina sia l'incostanza delle idee. Non c'e pregiudizio più vecchio e più insensato di questo. Si capisce che in certi campi della speculazione intellettuale l'immutabilità d'un concetto stia come indizio d'una verità raggiunta: si capisce per esempio, che in teologia, in metafisica, in estetica un uomo abbia delle idee e non le modifichi mai in vita sua: si capisce che oggi in certi argomenti si possa pensare, come pensava Platone. Dove i materiali di fatto, onde sorgono le idee, restan sempre gli stessi o si modificano di poco, anche le teorie sono più resistenti, perchè l'immaginativa non è una facoltà così potente nella mente umana, come da molti si crede. Se è vero che d'ogni idea, che par nuova, rovistando nel passato, si trova qualche traccia, è vero appunto perchè gli stessi fatti han sempre provocato le stesse impressioni e le stesse riflessioni, benchè diverse nei diversi uomini. La disputa tra

Prima pagina dell'articolo originale di Augusto Murri dal titolo Sopra un caso di insufficienza ghiandolare, *tratto da: «La Riforma Medica», 23/1/1911.*

Il neurologo Adolph Strumpell (1853-1925) aveva descritto casi simili e aveva ipotizzato essere causati da deficit ipofisari vari (panipopituitarismo). Murri, invece, non riuscendo a comprendere il nesso esistente tra patologia ipofisaria ed alcune delle manifestazioni a carico di organi extraendocrini, continuò ad interpretare questi casi come manifestazioni della degenerazione contemporanea di più ghiandole ad opera di fattori esterni (traumi o infezioni), da cui la definizione di *insufficienza plurighiandolare*.

Nel 1910 pubblicò il trattato *Sulla organoterapia*, intendendo col termine le nuove possibilità offerte dalla clinica e dalla chirurgia di sostituzione completa della funzione di un organo tramite l'impianto di un nuovo organo o la somministrazione di succhi ghiandolari, in contrasto con l'accezione antica del termine con cui si indicavano tutte le sostanze di derivazione animale somministrate nell'intento di migliorare alcune funzioni organiche o alleviare determinati sintomi.

Descrisse come alterazioni a carico di ghiandole diverse potessero esprimersi con sintomi simili e come alterazioni a carico di più ghiandole potessero coesistere in uno stesso paziente. Da queste osservazioni derivò il concetto di interdipendenza funzionale tra le varie ghiandole, spiegabile ammettendo che il secreto prodotto da ognuna vada a sommarsi nel sangue con quello delle altre, dando vita ad una miscela unica circolante tramite i vasi in tutti gli organi, stimolandone la funzione specifica. Un'alterazione inizialmente a carico di un solo organo avrebbe nel tempo coinvolto altre ghiandole e portato a manifestazioni sistemiche. L'idea di omeostasi corporea derivata da un bilancio tra le secrezioni dei vari organi, e di squilibrio patologico come fenomeno complesso, spiegava perché in alcuni pazienti migliorasse complessivamente il quadro clinico con la sostituzione di una sola ghiandola, mentre altri erano insensibili anche a terapie combinate.

Propose di trattare pazienti con lievi sintomi da ipofunzione ghiandolare con sostanze stimolanti (tentando un compenso da parte della porzione ghiandolare residua) e passare alla organoterapia in caso di fallimento. Invitò i medici a usare prudenza nella prescrizione dell'organo-terapia e a non illudere i pazienti, potendo talvolta la terapia fallire. Infine, indicò chiaramente come le sperimentazioni future avrebbero dovuto essere indirizzate soprattutto alla ricerca di medicamenti efficaci nel sopprimere un'iperfunzione ghiandolare, in alternativa alla chirurgia.

Le sue idee lungimiranti influenzarono non soltanto la ricerca e la didattica, ma portarono anche alla riorganizzazione delle strutture ospedaliere. Fortemente convinto dell'utilità del laboratorio e della diagnostica per immagini come ausilio all'esame clinico per l'inquadramento diagnostico del paziente, dotò la Clinica Medica di una sala radiologica e di vari laboratori – tra cui quello di anatomia microscopica, di analisi sierologiche, di analisi chimico-fisiche (condotte su feci, urine e succo gastrico), di batteriologia e, infine, di ematologia –, ognuno diretto da un Clinico Medico, in affiancamento all'attività di reparto.

Bibliografia

Cassano C. *Lineamenti dell'endocrinologia*. Trattato di Endocrinologia. Ed. Universo, Roma, 1977.

GASBARRINI A. *Augusto Murri*. Ed. Zanichelli, Bologna, 1941.

Gasbarrini A. *Le tradizioni delle Scuole Mediche di Bologna e di Padova. Metodi e problemi dell'insegnamento clinico*. Il Policlinico, sezione pratica, 1940.

Murri A. *Lezioni di clinica medica: edite e inedite, date nella R. Università di Bologna negli anni scolastici 1905-06 e 1906-07*, Soc. Editrice Libraria, 1908.

Murri A. *Sopra un caso di insufficienza plurighiandolare*. La Riforma Medica, n. 4, 5, 6, 7, anno XXVII (1911).

Murri A. *Sulla organoterapia*. Conferenza tenuta il 22 novembre 1910 dinnanzi alla Camera Medica di Trento; Ed. Zanichelli, Bologna, 1911.

Verardini F. *Sulla malattia di Addison*. Memorie della Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, serie IV tomo IV. Tipografia Gamberini e Parmiggiani, 1882.

AUTORI

Federica Guaraldi - Autoimmune Hypophysitis Research Center. The Johns Hopkins School of Medicine. Baltimore, MD, USA.

Renato Pasquali - U.O. di Endocrinologia. Dipartimento di Medicina Clinica. Policlinico S. Orsola-Malpighi, Università Alma Mater Studiorum di Bologna.

FEDER.S.P.EV.
Pensionati Sanitari
Sede Bologna: 051/614.53.65

Anche nella buona sorte

Salute e Medicina di Genere, una nuova prospettiva per la nostra professione

Sergio Semeraro

L'uomo e la donna vanno curati in modo diverso? Ecco l'interrogativo volutamente retorico che un ventennio orsono si posero gli «iniziatori» della *Medicina di Genere*.

Un po' di storia

Il museo di Atene ospita alcune espressioni dell'arte figurativa (pitture e sculture) che, a detta dei ... sesso-antropologi (chiamiamoli così), ricalcano le orme del millenario cammino dei costumi sessuali. Questi appaiono col passar dei tempi sempre più espliciti, documentando in pratica il passaggio dal *sesso all'erotismo*.

Saltiamo alcuni millenni. Dobbiamo agli Stilnovisti del Trecento l'adozione della parola *donna* (da domina, signora) che riscattava le nostre compagne dalla definizione di *femmina* ancora oggi talora usata con intenti dispregiativi.

Quanto al *genere* ci sono voluti altri secoli per un ulteriore riscatto. Mi riferisco al suo significato strettamente antropologico-classificativo (mondo animale, specie umana, genere maschile e femminile) ed alla logica opportunità di inquadrarlo nel suo moderno significato.

Fra le varie definizioni del genere premierei quella di Wireman e Pordue. «La rappresentazione di sé della persona come maschio o femmina o come quella persona si rapporta con le Istituzioni Sociali, sulla base della rappresentazione del genere dell'individuo. Il genere ha le sue radici nella biologia ed è influenzato dall'ambiente e dalla esperienza.»

Corniel e Morgan, a loro volta, ribadivano più sinteticamente che «i fatti biologici sono anche socialmente costruiti». Questa semplice frase può essere adottata come sintetica definizione della *sociobiologia*, una materia interdisciplinare illustrata e proposta da Wilson fin dagli anni Settanta ed infine accettata anche se, specie nelle fasi iniziali, da molti messa in discussione.

Antropologia anagrafica di Genere

La spettanza di vita si è quasi raddoppiata nell'ultimo secolo ed un secolo è come un batter di ciglia nella storia dell'umanità. Questa corsa alla sopravvivenza è stata comunque vinta dalle donne che hanno raggiunto gli uomini e li hanno brillantemente superati: 84 anni contro 78. E la volata non è ancora finita! Quali sono le ipotesi atte a spiegare questo fenomeno di genere? Ve ne è una di ordine *genetico*. Il patrimonio cromosomico sessuale femminile è xx quello maschile xy.

Da qui la probabile maggior possibilità, nella donna, di uno scambio di informazioni attraverso i due cromosomi x, utilizzabili in funzione di una maggiore sopravvivenza.

Altra ipotesi: maggiori *capacità vitali* insite nel genere femminile come tali, un tempo impegnata nelle funzioni di gravidanza e allattamento (media 4-5 figli) ed ora (media 1,35 figli) dedicate alla sopravvivenza.

Ulteriore ipotesi: una maggiore *capacità di adattamento* del genere femminile, condizionato anche da una maggiore efficienza dei suoi sistemi endocrino ed immunitario.

Le quattro «pause»

Non ne basta una? Esclameranno le donne!

Come è noto sono quattro gli ormoni che incidono particolarmente sull'invecchiamento: gli *estrogeni*, gli *androgeni*, l'*ormone somatotropo* ed il *deidroepiandrosterone (DHEA)* secreto dalle ghiandole surrenali.

Ora sappiamo che l'etimologia della parola *pausa* viene dal greco *pausis*, vale a dire *cessazione*. Orbene tale significato vale, com'è noto, solo per la *menopausa* che si caratterizza per la cessazione immediata della increzione di estrogeni. Sappiamo anche che gli ormoni sessuali non servono solamente per la procreazione, ma effettuano una funzione protettiva su importanti organi tra i quali cuore e cervello.

Quanto alla cosiddetta *andropausa* sappiamo che tale termine è del tutto inesatto. Il giusto termine è «sindrome da ridotta increzione di androsterone» nella misura calcolata dell'1% all'anno a partire dai 30 anni.
Anche l'*ormone somatotropo*, secreto dall'ipofisi persiste in circolo, pur in quantità progressivamente minore, anche dopo l'adolescenza, rivestendo una notevole importanza nell'opera di rinforzo del tessuto muscolare pure nell'età adulta.
Quanto al DHEA, tale ormone, secreto dalle ghiandole surrenali, suscitò in passato non giustificati entusiasmi specie negli Stati Uniti, dove si giunse a definire la vecchiaia con un termine, tanto perentorio e fideistico quanto inattendibile: «Sindrome da deficienze di DHEA».

Vivere «di più» o vivere «meglio»?
La donna vive più a lungo dell'uomo ma la sua *egemonia di genere* di ordine qualitativo si esaurisce verso i 70-75 anni. Prima di tale età la donna è più forte dell'uomo. L'uomo è più «robusto». In seguito il genere femminile «sopravvive all'uomo», naturalmente in senso statistico, ma «decade» più celermente, pur di fronte ad una maggiore aspettativa di vita (vedi tabella).

Donne e apparato circolatorio: cominciano bene ma finiscono male
(Dati dell'Istituto Superiore di Sanità)
Per quel che concerne le malattie ischemiche del cuore vi è una netta prevalenza del *tasso di mortalità* (x 100.000 individui) negli uomini ≤ 75 rispetto alle coetanee: 15.564 contro 5.391. Negli ≥ 75 ribaltamento dei valori: 30.458 nelle donne contro i 23.320 negli uomini.
In merito agli accidenti cerebrovascolari anche in questo caso i valori del *tasso di mortalità* nei ≤ 75 prevalgono negli uomini: 6578 contro 4685. Confermato il ribaltamento nei ≥ 75: 34.472 nelle donne contro i 19.786 negli uomini.

Due grandi nemici delle donne: osteoporosi e sarcopenia
Le patologie che interessano l'apparato osteoarticolare e quello muscolare contribuiscono in maniera fondamentale a favorire l'invecchiamento. Ricordiamo che tali apparati incidono in maniera determinante su quell'aspetto fondamentale della vita di relazione che è il *movimento*; meccanismo insostituibile appunto per consentire le *relazioni* con noi stessi e gli altri.
Dopo aver accennato ai dati I.S.T.A.T. sul movimento nel tempo libero che coinvolge solo il 34% delle donne rispetto al 46% degli uomini, ricordiamo che le fratture di femore prevalgono in maniera netta nel genere femminile rispetto a quello maschile (70% contro 30%).
Tale prevalenza dei traumi femorali con fratture non risulta solamente in rapporto alla maggiore fragilità ossea, ma anche alla maggiore frequenza di cadute che coinvolge il genere femminile nella vita quotidiana. Anche la protezione da parte degli arti superiori nella dinamica della caduta (il «cader bene») risulta meno efficace nella donna.
Assai utile si è rivelata la organizzazione, nelle unità operative di ortopedia e traumatologia di reparti cosiddetti di «ortogeriatria» particolarmente dedicati ai pazienti in età avanzata e caratterizzati dalla presenza di un geriatra. Questi, in collaborazione col collega ortopedico e del personale della medicina fisica e riabilitativa, organizza un programma di osservazione clinica e soprattutto di riabilitazione precoce con una sua dettagliata programmazione per il suo proseguimento a domicilio al momento della dimissione.

Vita «attiva» e vita «non attiva»
L' adulto che giunge a quella fase della nostra età che definiamo «vecchiaia» ha come prospettiva una vita suddivisa, nella generalità dei casi, in due *segmenti*.
Il primo *segmento* è caratterizzato appunto da una vita ancora attiva con prosecuzione a volte

	DONNE			UOMINI		
	TOTALE	ATTIVA	% A/T	TOTALE	ATTIVA	% A/T
65-69	19,6	10,6	54,8%	13,11	9,3	70,93%
70-74	16,2	8,12	50,12%	11,9	8,2	68,9%
75-79	13,1	7,1	54,19%	9,6	6,5	67,7%
80-84	9,8	4,8	48,19%	7,4	4,8	64,86%
≥ 85	7,8	2,8	35,89%	6,5	3,3	50,76%

anche dell'attività lavorativa e la conservazione di interessi e di ruoli famigliari ed extra famigliari. Il secondo *segmento* si caratterizza invece per una perdita progressiva dei ruoli, ritmi di vita sempre più casalinghi e, spesso, comparsa dei segni della non autosufficienza. Anche in questo campo si avverano evidenti peculiarità di genere.

Come risulta dalla tabella la *speranza di vita*, calcolata per i quinquenni 65-85 ed oltre, risulta superiore nel genere femminile. Nel genere maschile peraltro, la percentuale di *vita attiva* rispetto alla *totale* risulta superiore a quella femminile.

Va ricordato, per una maggiore comprensione dei dati statistici, che il genere maschile, a causa delle sue minori aspettative di vita, seleziona i suoi appartenenti che vengono così a costituire, specie dopo i 75 anni, un «sottogruppo forte» con discreta qualità di vita di tali «superstiti».

Al contrario il genere femminile, a causa della sua maggior «sopravvivenza» non attua quella quasi darwiniana selezione che si avvera nei colleghi maschi. Ne consegue una qualità di vita.... meno esaltante.

Dobbiamo quindi concludere che, per il genere femminile, il «redde rationem» dell'invecchiamento risulta più «crudele» rispetto al genere maschile, almeno dal punto di vista dei grandi numeri.

Altre peculiarità di genere

Non è solo la diversa evoluzione anagrafica che differenzia i due generi della nostra specie. Abbiamo già visto la diversità di incidenza della mortalità per malattie cardio e neuro vascolari.

Sempre rimanendo nel campo cardiologico, gli specialisti di tale disciplina hanno dimostrato una significativa diversità anatomica che riguarda il circolo coronarico. Tali arterie sono di minor calibro nel sesso femminile, dove si dimostra anche una maggior estensione del microcircolo. Ciò comporta diversità sintomatologiche e peculiarità cliniche con maggior difficoltà diagnostiche.

Un'altra peculiarità è dovuta ad una minore sensibilità dei test diagnostici. È inoltre documentato un significativo ritardo, rispetto agli uomini, nel ricovero in reparti ospedalieri ad alta specializzazione cardiologica (cardiologi «interventisti») per le donne che presentano sintomatologia riferibile ad un sospetto infarto miocardico.

Citiamo inoltre alcuni quadri morbosi di esclusiva pertinenza femminile. Fra questi la *linfangioleiomiomatosi* che colpisce esclusivamente il polmone delle donne. La *miocardiopatia post-partum*, la *cardiomiopatia di Takotsubo* tipica delle donne in menopausa.

L'autorevolissima rivista Circulation ha dimostrato una significativa maggiore mortalità femminile dopo trapianto cardiaco, da cui l'istituzione di un apposito Centro di Prevenzione e Cura. Ulteriori esempi sarebbero molteplici.

In conclusione una maggiore attenzione alle peculiarità di genere dimostrabile in molti campi, non può che avere favorevoli effetti oltre che sul benessere delle donne, sulla organizzazione socio-sanitaria, con ripercussioni anche di ordine economico. Una donna come un uomo curato «meglio» consente anche un risparmio economico, oltre ad assicurare una migliore qualità di vita agli interessati.

Conclusioni

Su questo argomento si sono ormai misurati molti ricercatori ed autorevoli centri di studio ed è stata fondata la Società Italiana per la Salute e la Medicina di Genere. Anche il mondo ospedaliero e universitario della nostra città si sta approntando a tale compito e di ciò ne avremo presto notizie.

Riferimenti Bibliografici

P. SORCINELLI, *Storia e Sessualità*, Bruno Mondadori 2001, 101.

C. LOMBROSO, *In misoginia di Paolo Orvieto*, Salerno Editrice 2002,115.

E.D. WILSON, *Sociobiologia. La nuova sintesi*, Zanichelli, 1975.

H. R. WARNER et al., *Modern Biological Theories of Agng*, Raven Press 1987.

S.R. LEIBLUM et al., *Menopausa* 13.2006, 45-46.

MG. MODENA et al., *Giornale italiano di cardiologia*, 2007.

M. SAGGINIR et al., *Geriatric Medicine* 1 (suppl.), 2008.

S. SEMERARO et al., *Donne e Dottori*, Pendragon Edizioni, 2009.

A. PERACINO, *Medicina di genere: le ricadute sull'organizzazione sanitaria*. Congresso Naz. Medicina di genere, Padova, 9-5-11.

M. SCHIAVINA et al., *Sarcoidosis vasculatis and diffuse lung disage*, 24,2007, 39-50.

Nel centenario della morte di Gustav Mahler

Tra «musica celestiale», malattia e morte

Pier Roberto Dal Monte

«Krankheit ist Talentlosigkeit»
(La malattia è una perdita di talento). G. Mahler

«Ed ora il sole vuole ancora sorgere
come se una disgrazia nella notte
non fosse accaduta. Ma a me accadde,
a me solo, ed il sole risplende per tutti.

Non devi richiudere in te la tua notte
bensì affondarla nella luce eterna.
S'è spento un lume sotto la mia tenda
ma sia benedetta la luce gioiosa del mondo!»

Da «Totenkinderlieder» (Canti per i bambini defunti) di F. Rùckert. Musica di G. Mahler.

Ricorre quest'anno l'anniversario della morte di Gustav Mahler che morì il 18 maggio del 1911, per insufficienza cardiaca da endocardite lenta in soggetto già cardiopatico per verosimile steno-insufficenza mitralica di natura reumatica, all'età di 51 anni.
Questa malattia ed altre gravi problematiche della sua vita hanno fatto ricercare quali fossero i segni, i motivi che avevano influenzato la sua vita musicale e la loro trasposizione «o trasfigurazione» nelle sue opere particolarmente del suo ultimo periodo di vita. Anche se la relazione tra malattie fisiche e mentali del lavoro creativo degli artisti rimane pur sempre un mistero, i critici ed i musicologi (specie se meno impegnati sul piano meramente musicologico descrittivo/interpretativo) hanno cercato di rintracciare le connessioni esistenti o supposte tra le sofferenze dei compositori e le opere musicali che hanno scritto: Haydn, Mozart, Beethoven, Schubert, Schumann, Wagner, Bruckner, Mahler, Schoenberg e non da ultimo Dimitri Schostakovic con i suoi guai con il realismo sovietico di Stalin, tutti sono stati retrospettivamente argomento di indagini sui loro problemi medici e psicologici rapportati alla loro musica.
In nessun caso queste ricerche sono veramente produttive o rivelatrici di particolari intuizioni musicali o di problemi sottostanti trasferiti poi nelle opere musicali, evocando o suscitando normalmente la musica più piacevoli sentimenti ed interiori passioni che ragionamenti o approfondimenti ontologici e filosofici, almeno negli ascoltatori meno avvertiti o più o meno pedanti.
Altri Autori, come Monteverdi, Vivaldi e J.S. Bach (e fatta eccezione per Gesualdo da Venosa) sono generalmente sfuggiti questo tipo di ricerca, e forse per loro fortuna, perché abbastanza lontani nel tempo, in modo che i fatti esterni e o le situazioni emotive delle loro vite non sono abbastanza noti per fornire «dati» per la costruzione di elaborate spiegazioni di come e perché hanno composto ciò che hanno composto.
Gustav Mahler è stato doppiamente meno fortunato. Primo perché è sufficientemente «contemporaneo» di modo che le persone che lo conoscevano, che erano in corrispondenza con lui o che hanno suonato con o per lui, come Bruno Walter, hanno lasciato numerosi ricordi della sua vita, più o meno precisi, dando un variegata e confusa immagine di Mahler che hanno portato a considerarlo infine un ipocondriaco-ossessivo: un uomo difficile, lacerato da traumi precoci dell'infanzia e paralizzato spesso da dubbi e paure; e, secondo, perché è stato veramente malato di una fatale e sofferta malattia organica, che lo ha portato a morte in relativamente giovane età.
Di questo quasi morboso interessamento, come qualche biografo ha sottolineato, la vedova di Mahler, Alma, non avendolo particolarmente amato in vita, è stata uno dei principali suggeritori, per il pubblico dei suoi estimatori e per i numerosissimi stessi biografi del compositore, di molti fraintendimenti sulla sua salute ed il rapporto di questa con la sua musica.
L'opera di Mahler era stata inizialmente poco

accettata dalla critica perché era giudicata non rispettosa dei canoni dell'Ottocento, un po' scoordinata e morbosa, ma curiosamente oggi l'ampia accettazione della critica e la sua grande popolarità sono anche attribuite oltre che al suo genio anche alla sua «nevrosi». Seguendo la teoria che era un grande compositore perché era anche un grande nevrotico, e che, in questa epoca di pene e di neurosi, il pubblico musicale è in sintonia con Mahler, perché egli stesso era in una continua pena e precursore contemporaneamente di una maniera musicale adatta anche ai nostri tempi ed era quindi «un malato che costringe l'uomo a guardare se stesso in uno specchio, che riesce a mettere a nudo i nervi scoperti della nostra epoca».

Lasciando stare le nevrosi ed i periodi di depressione causati anche da fatti reali e gravi, come la morte della figlia in tenera età, o i tradimenti della moglie, che lo portarono persino a consultare il grande Freud, in tutte le sue biografie si indica chiaramente però che Mahler sino ad una certa età, circa i 46 anni, era un uomo attivo robusto, vigoroso, amante di lunghe passeggiate, coltivando tra l'altro e con passione l'alpinismo ed il nuoto. Oltre che attivissimo come Direttore d'orchestra, innovatore del complesso mondo dell'attività operistica, specie nel periodo della Direzione dell'Opera di Vienna, compositore di varie raccolte di Lieder, di nove vaste sinfonie, partecipe delle nuove idee nella originale vita artistica austriaca durante la «Secessione».

Negli anni 1880 e 90 tuttavia fu colpito da due malanni che tormenteranno gran parte della sua vita: la cefalea di verosimile natura emicranica e le emorroidi, quest'ultime richiesero almeno tre operazioni di cui una provocò una emorragia quasi fatale.

Era stato quindi in salute fondamentalmente buona fino al 1907, che fu per lui un anno catastrofico: dapprima le dimissioni per «volontà» della Corte Asburgica, dalla Direzione dell'Opera di Vienna, in seguito ad una campagna dei suoi nemici ed a causa di una virulenta campagna antisemita, quindi nel luglio dello stesso anno, la morte della amatissima figlia maggiore, Maria Anna (Putzi) all'età di 5 anni per difterite, e nello stesso mese, a causa del riscontro, in una visita occasionale di un medico generico, di un non precisata malattia delle valvole cardiache peraltro totalmente compensata. Una diagnosi poi confermata da altri numerosi cardiologi (vedi per le varie malattie la tabella).

Malgrado il buon compenso della malattia, un ultimo collega di sua fiducia, in quanto suo concittadino, il Dottor Kovacs, gli proibì di camminare in montagna, in bicicletta o nuotare, anzi si era così ostinato da ordinare un corso di formazione per insegnargli a camminare nella nuova situazione patologica. Come scrive la moglie Alma. «...Mahler fece come gli era stato detto. L'orologio in mano,...dimenticando la vita che aveva vissuto fino a quel momento, ma era così distrutto dal verdetto sul suo cuore essendo che divenne (forse come talvolta succede anche per colpa dei Medici) «conscio del suo cuore», ed incominciò ad avere paura di tutto. Era solito fermarsi durante una passeggiata per sentirsi il polso e spesso... mi chiedeva più volte di ascoltare il suo cuore per vedere se il ritmo era normale, rapido o irregolare».

La malattia cardiaca di verosimile natura reumatica era da farsi risalire alla sua infanzia ed era presente nell'anamnesi famigliare: la madre di Mahler e, forse, fratelli avevano avuto «malattie di cuore», non ulteriormente ben definite dallo stesso Mahler, come dice ad almeno due suoi biografi, lamentando anche di avere avuto episodi di «ballo di San Vito» (in realtà si trattava verosimilmente di Corea di Sydenham, che si sa essere una delle manifestazioni della febbre reumatica) nell'infanzia.

Eppure aveva avuto sempre la stessa energia. per continuare l'attività di Direttore e di compositore, infatti, nella disastrosa estate del 1907 completò l'orchestrazione della Ottava sinfonia, scrisse *Das Lied von der Erde (I Canti della terra o Symphonie für eine Tenor und eine Alt oder Bariton)* e la Nona sinfonia, entrambi estremamente complessi e tra il 1908 e 1909 abbozza la *Decima* completando il primo movimento nel 1910 oltre aver fatto una profonda revisione della Quarta e la Quinta sinfonia tra il 1910-11 e dirigendo infine egli stesso anche l'impegnativa prima esecuzione dell'Ottava sinfonia a Monaco di Baviera il 12 e 13 settembre del 1909.

Pur avendolo colpito una malattia, che profondamente non accettava, tanto da fargli dire

ripetutamente che la battuta, «Krankheit ist Talentlosigkeit» (la malattia è una perdita di talento), egli valutava con grande stoicismo il cambiamento rivoluzionario della sua vita e del suo lavoro, e diceva anche che «purtroppo e presto mi dovrò abituare ad essa».

Nell'estate del 1910 dovette anche affrontare la crisi nel suo matrimonio. Poiché in breve, con la moglie le cose stavano così: la signora Mahler aveva adorato l'immagine di suo marito come un grande uomo («Sono sposata con una astrazione», diceva) in cui era sempre in primo piano però una predilezione per il suo lavoro di «Maestro», nel quale contemporaneamente era presente anche il senso di colpa per aver sposato una donna molto più giovane di Lui (vent'anni di differenza) e per sacrificarla ai suoi impegni, pure pensando più al benessere di Lei che al suo personale ed essendo lei la vera padrona di casa. Quando scoprì il rapporto della moglie con il giovane e non ancora famoso architetto Walter Gropius, sebbene ne temesse la perdita, era tuttavia più preoccupato per il suo stato emotivo e questo lo portò a chiedere il parere al quasi ottantenne Sigmund Freud, con il quale ha avuto una seduta «analitica» di un giorno a Leiden. Freud lo considerò affetto da un complesso edipico materno o «Complesso di Maria santissima», confondendo spesso il Maestro la madre Marje con la moglie Alma, oltreché un neurotico-ossessivo: questo non convinse molto Mahler che ne fu solo e per poco rasserenato.

Tornando alla causa finale della sua morte. Mahler durante la sua vita ebbe svariati episodi di «faringo-tonsillite» a seguito di una di questi nel febbraio 1911, mentre era a New York, non riuscì a portare a termine i numerosi concerti che doveva tenere al Metropolitan.

Comparve infatti febbre, astenia generalizzata, dolori articolari con artrite acuta ad un ginocchio; per questo il medico personale di Mahler, il dottor Fraenkel, il quale aveva già sospettato l'eventualità di un'endocardite batterica sub-acuta, chiamò a consulto il Dottor Libman, allora un'autorità in materia, Direttore del Servizio Medico Mount Sinai Hospital.

Libman, sentendo l'anamnesi passata e presente con l'instaurarsi di costante iperpiressia e riscontrando un forte soffio sistolico-preistorico, una milza palpabile, petecchie sulla congiuntiva e cutanee ed un lieve clubbing confermò la diagnosi clinica di endocardite lenta batterica su valvulopatia: la diagnosi fu confermata ulteriormente dall'emocultura che rivelò la crescita di numerose colonie batteriche di streptococco viridans.

Mahler insistette che gli fosse detta la verità e, poiché allora per la malattia allora non vi era alcuna cura, espresse il desiderio di morire a Vienna. Pertanto, lui e sua moglie passando per Parigi, dove fu confermata la diagnosi e la prognosi, fu ricoverato al Loewe Sanatorium di Vienna ove vi morì il 18 maggio 1911.

La sua attività compositiva si può dividere in tre fasi diverse: il periodo innovativo in parte derivato dalle Sinfonie di Anton Bruckner in cui appare una certa religiosità anche se contenuta, come appare nella sua Quarta sinfonia in cui dal sottotitolo stesso e dal Lied finale appaiono le lodi della vita celestiale e dove la novità, la tensione musicale della Seconda e Terza sinfonia si stemperano in un suono più brillante, burlesco e classicheggiante («che tono biricchino vi si trova unito al più profondo misticismo» ebbe a dire Mahler), che, partendo dalle gioie della terra, conclude appunto il quarto movimento con un Lieder tratto dal Des Knabe Wunderhorn (il meraviglioso corno del fanciullo) ove si canta la «vita celestiale» (*Das himmlische Leben*), la visione del paradiso d'un fanciullo e, come disse Bernstein, «l'immagine fuggitiva della vera pace». Diversa è la struttura compositiva delle altre sinfonie successive, poiché oltre a notevoli innovazioni strutturali vi è un frequente richiamo alla morte (si veda ad es. la Sesta denominata appunto «la Tragica») ma anche a sue situazioni familiari felici, come i riferimenti all'amore per la moglie Alma nella Quinta; la ricerca di cosa vi è oltre l'oscura condizione della vita, del come si può esprimere in musica e solo in musica l'ignoto che ci sovrasta.

E che si conclude con la grande Ottava sinfonia o detta per l'enorme organico «dei Mille», dove ricompare la propria disincantata religiosità (tra il «Veni creator spiritus ed il Faust di Goethe): Mahler era ebreo non credente e si convertì al cattolicesimo, con una conversione peraltro ritenuta vera ed in parte oppor-

Tabella 1. Le malattie di Gustav Mahler

- Madre e fratelli, avevano avuto «problemi cardiaci» fatali;
- Frequenti mal di gola dall'infanzia all'età adulta;
- Probabile febbre reumatica nell'infanzia;
- Episodi di «Ballo di San Vito» ma verosimilmente «Corea di Sydenham» nell'infanzia;
- Cefalee di tipo emicranico ed emorroidi (operato 3 volte) tra gli anni '80 e '90;
- Riscontro di un soffio cardiaco a 47 anni (1907) con un profondo suono all'apice (verosimile schiocco d'apertura della mitrale con insuficienza);
- Faringo-tonsilliti tra il 1908-1911;
- Febbraio 1911 durante la tournè al Metropolitan di New York febbri intermittenti, pallore, petecchie, splenomegalia, clubbing, artrite ginocchio di dx;
- Visita del Dottor Emanuel Libman del Mount Sinai: diagnosi di endocardite lenta sovrapposta a cardiopatia reumatica;
- Emocoltura positiva per riscontro due volte di «Streptococcus viridans» sia a New York che a Parigi;
- Nessuna valida terapia ricovero presso il Loewe Sanatorium di Vienna;
- Morte il 18 Maggio 1911 per insufficienza cardiaca e varie altre complicazioni da infezione streptococcica.

tunista, fatta al solo fine di diventare General Direktor dell'Opera di Vienna.

Ricordiamo che l'ultima parte della Quinta sinfonia si apre con il famoso Adagietto, forse la pagina più nota di Mahler, utilizzato poi da Visconti per la colonna sonora del film *Morte a Venezia*.*

Mahler per le sue opere è l'ultima grande voce compositiva di una dinastia di «sinfonisti» che ha «il suo capostipite – come dice il Rognoni, e ritornando al discorso iniziale – in Beethoven nel quale già si pone quella contraddizione dialettica tra soggettività dell'idea ed oggettività della forma, fra proprio mondo interiore e linguaggio espressivo che viene spinta da Mahler alle estreme conseguenze e che costituisce il dramma profondo della sua esistenza di uomo ed artista».

Ne è testimonianza l'ultima completa opera la Nona sinfonia ed i *Das Lied von der Erde* (I canti della terra) che furono scritti negli anni in cui fu rivelata a Mahler la grave malattia cardiaca e che quindi rispecchia l'angoscia che lo tormentava e che può essere considerata il suo addio alla vita, come nell'ultimo canto l'*Abschied* (Addio) dei Canti stessi.

Addirittura vi fu chi, come Leonard Bernstein, studiando la partitura d'apertura di questa sinfonia ne rileva l'imitazione della cardiopatia di cui soffriva allora il Mahler.

Questo si può ravvisare in quasi tutto il primo movimento della sinfonia che infatti descriverebbe quello che sono esattamente i toni e rumori cardiaci probabilmente avvertiti dallo stesso Mahler, ma soprattutto, come li descrive la moglie Alma appoggiando l'orecchio al petto del compositore.

Ai classici due suoni apprezzabile all'auscultazione, noti come S1 ed S2, si aggiunge un secco suono staccato da S2. Vi è quindi un fondamento logico nella interpretazione di Bernstein, infatti nel suono della sinfonia l'entrata dei violincelli sembra evocare il doppio suono cardiaco a cui si aggiunge il terzo con l'entrata dei quattro corni e con il sottofondo ritmato delle arpe, per cui si ha la un sensazione di ascoltare un cuore con valvulopatia mitralica, più che di aritmia come confondeva il Bernstein stesso. Tale sinfonia è anche quella in cui più si avverte maggiormente il presagio della morte e non solo artistica; l'autore, infatti, non riuscì a dirigerla e fu diretta, postuma, da Bruno Walter.

Scaramantico qual era, Mahler esitò molto prima di scrivere la sua Nona sinfonia, poiché ovviamente sapeva come la morte di Beethoven, Schubert e Bruckner, fosse sopraggiunta in concomitanza della composizione delle rispettive «None»; il compositore boemo tentando di eludere il destino intitolò dapprima «Il Canto della Terra» come la Decima sinfonia per voce. Il cam-

bio dei numeri non fermò l'inesorabile fato e la vera Decima sinfonia rimase incompiuta eppure era stato forse anche questo un ulteriore tentativo per demonizzare la morte. Concludiamo questo breve exursus su Mahler ricordando le ultime sue «musicali frasi» d'addio nel Canto della terra:

Un soffio fresco spira fra i miei pini.
Io resto qui e aspetto il mio amico;
Lo aspetto per l'ultimo saluto.
Come vorrei, amico, godere al tuo fianco
Della bellezza di questa sera!
Dove indugi? Mi lasci a lungo in solitudine!
Erro qua e là con il mio liuto
Su sentieri colmi di tenera erba.
O bellezza! O mondo ebbro di amore
Eterno... di eterna vita!

Mong-Kao-Yen, poeta epoca Yang. *Dalla raccolta di H. Bethge «Die chinesische Flöte»*

* Thomas Mann ha ricordato nelle sue memorie la grande influenza che ebbe la notizia della morte di Mahler sulla genesi del suo racconto «la Morte a Venezia» e sul suo ultimo romanzo il *Doktor Faustus* (1948): l'eroe del romanzo, Adrian Leverkùhn è un personaggio composto da molti musicisti reali, come Schumann, lo stesso Mahler, Arnold Schoenberg oltre che Nietzsche e tra le situazioni immaginarie vi sono parecchie cose vere, coincidenti con la vita e le opere di Mahler. Il maestro di Leverkùhn era un organista ed un musicista polifonico; come Mahler si riteneva un informale allievo di Bruckner. Leverkùhn ha scritto 13 canzoni su testo di von Brentano; Mahler scrisse diverse canzoni tratte dal folclore tedesco, riviste da Von Brentano e dal cognato Von Arnim (*Des Knaben Wunderhorn*). Lo stile iniziale di Leverkùhn era una specie «parodia della innocenza», l'opera di Mahler è spesso caratterizzato da deliberata ingenuità o «naivetè». Ambedue scrissero vaste composizioni orchestrali, corali su temi universali e religiosi. A Leverkùhn morì una giovane nipote, a Mahler una giovanissima ed amatissima figlia.

L'équipe del Premio Nobel Montagnier prende posizione sulle ricerche sulla memoria dell'acqua

Com'era prevedibile, divampa la polemica sull'ultima ricerca del Premio Nobel per la Medicina Luc Montagnier, che in un lungo articolo scientifico pubblicato sulla rivista «Journal of Physics» dimostra l'esistenza di una «memoria dell'acqua biologica», in grado di mantenere traccia del DNA batterico anche al di sotto alla soglia minima di presenza dello stesso, e quindi – sostengono gli omotossicologi – può forse dimostrare anche la funzionalità di principi attivi farmacologici superdiluiti. Una nuova frontiera della «low-dose medicine» che porterà alla creazione di farmaci senza effetti collaterali, secondo un paradigma molto simile a quello dell'omeopatia, s'interrogano i medici? Il prof. Giuseppe Remuzzi (Istituto Mario Negri di Milano) interviene scettico sul «Corriere della Sera» del 25 luglio (http://www.corriere.it/salute/11_luglio_25/remuzzi-polemica-omeopatia-memoria-acqua_380838e4-b6af-11e0-b3db-8b396944e2a2.shtml), criticando sia il lavoro di Montagnier che la rivista che l'ha pubblicato.

A Remuzzi risponde in tempo reale uno dei protagonisti dell'eéuipe di ricerca di Montagnier, Giuseppe Vitiello, Professore di Fisica all'Università di Salerno e ricercatore dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare: «La rivista che ha ospitato il lavoro fa parte della collana edita dalla divisione editoriale dell'Istituto di Fisica della Gran Bretagna, leader mondiale nella pubblicazione scientifica in campo fisico, con un'attività di divulgazione scientifica che risale al 1874. Questa autorevole istituzione, che collabora con 25 organizzazioni internazionali e dispone di una rete di centri in tutto il mondo, sarà certamente sorpresa dalle critiche avanzate dal prof. Remuzzi. Riguardo al lavoro della nostra équipe, contrariamente a quanto sostenuto dal prof. Remuzzi è stato eccome sottoposto al vaglio della comunità scientifica, in più occasioni e anche recentemente, in occasione di una conferenza di livello internazionale organizzata dall'Università dell'Arizona e tenutasi a Stoccolma dal 3 al 7 maggio 2011[1]. Inoltre è pubblicato on-line[2], chiunque ne abbia le capacità può leggerlo è confutarlo. Questa è una ricerca che aprirà nuovi orizzonti da molti punti vista: parliamo dei fondamenti dinamici su cui poggia la fenomenologia dei sistemi viventi. Il prof. Remuzzi critica il lavoro definendolo «vago»ma Lui è un esperto riconosciuto in nefrologia e trapianti, non mi risulta abbia in curriculum alcuna competenza in fisica teorica e quantistica. Il lavoro è criticabile, e ci mancherebbe ancora, ma – lo ripeto – da chi ne abbia la competenza. È appena utile ricordare – conclude Vitiello – che chi scoprì i Raggi X un secolo fa stava indagando i fenomeni fisici dei materiali radiottivi, e mai più poteva immaginare la sua scoperta sarebbe stata utilizzata in medicina, in tutti gli ospedali del mondo. È ora di passare da una scienza a compartimenti stagni ad un approccio realmente interdisciplinare: fisica e medicina devono integrarsi, questa è una delle vere sfide del XXI secolo».

Concorda con Vitiello il Prof. Emilio Del Giudice, ricercatore di fama internazionale all'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare, esperto sui temi della fisica delle particelle elementari e della fisica dei sistemi biologici: «Il prof. Remuzzi dice cose non vere: l'esperimento di Montagnier, al quale ho avuto l'onore di collaborare, non è la relazione a una conferenza, bensì è un articolo scientifico vero e proprio, ripreso successivamente in diverse conferenze, e inoltre – anche se immagino la cosa darà assai fastidio a chi fa della scienza un dogma – è già stato ripetuto con successo in quattro diversi laboratori, due a Parigi, uno a Montreal (Canada) e uno a Yaoundè (Camerun). Il prof. Remuzzi dice anche banalità: ovviamente più l'esperimento verrà

ripetuto e meglio sarà per tutti, ma innanzitutto andava pubblicato, proprio per permettere ai colleghi scienziati di valutarlo. Non è una ricerca sull'omeopatia, ci mancherebbe, tuttavia c'è una connessione forte tra i due mondi: in questo nostro lavoro si studia la proprietà delle soluzioni estremamente diluite, e chi si occupa di omeopatia troverà quindi sicuramente degli elementi d'interesse. Il consiglio che do a chi è capace di negare l'evidenza scientifica – chiosa Del Giudice – è di studiare la fisica: non conoscono la materia, quindi prima la imparino e poi potranno parlare».

È intervenuto in replica a Remuzzi anche il Dott. Paolo Roberti di Sarsina, Esperto per le Medicine Non Convenzionali del Consiglio Superiore di Sanità: «Non è accettabile e va respinta in modo assoluto la gravissima affermazione del prof. Remuzzi: "*È capitato tante volte, malati di leucemia e linfoma per esempio o di malattie autoimmuni o di altre malattie gravi a cui medici o cultori di omeopatia hanno suggerito di sospendere terapie che li avrebbero guariti. Sono successi disastri. È così che l'omeopatia può far male o anche malissimo*"».
Infatti è falso che «*tante volte*» sarebbe accaduto che in Italia medici omeopati o di Medicine Tradizionali abbiano suggerito ai loro pazienti di sospendere le terapie biomediche. Sarebbe comunque altrettanto falso che venisse affermato che «alcune volte» sarebbe accaduto la stessa cosa.
Mi rendo conto che con una sommaria generalizzazione del giudizio il prof. Remuzzi «insacchi» dentro il termine «cultori dell'omeopatia» tutto un mondo di professionisti ben differenti fra loro nelle competenze e nella formazione.
Non mi risulta che medici italiani, titolari di una rigorosa e pluriennale formazione, clinicamente esperti ed esercenti Medicine Tradizionali e Non Convenzionali siano mai stati giudicati con sentenza passata in giudicato per avere redatto come prescrizione ai loro pazienti di «sospendere farmaci salva-vita».
Forse invece di concentrarci su queste polemiche prive di fondamento dovremmo interrogarci sul perché Medicine e Saperi di Salute al quale si riferiscono con fiducia oltre 11 milioni di pazienti in Italia (dati Eurispes), oltre 150 milioni nell'Unione Europea (dati Consorzio CAMbrella) e centinaia di milioni nel mondo (dati OMS) siano, in Italia, tutt'ora escluse dall'organizzazione formale del Servizio Sanitario Nazionale e dal curriculum formativo obbligatorio delle Facoltà di Medicina, a differenza di quanto accade in vari paesi dell'Unione Europea.
La richiesta di Medicine Tradizionali e Non Convenzionali è in forte aumento da parte dei cittadini europei e l'Unione Europea finanziando il Consorzio CAMbrella, nell'ambito del Settimo Programma Quadro (FP7) ha preso atto dell'importanza di un'impostazione della sanità pubblica centrata sulla persona.
Le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali sono richieste per promuovere e mantenere la buona salute in Europa sia dei giovani sia della popolazione anziana in quanto non sono solo efficaci ma anche molto sicure. È patrimonio comune, ampiamente consolidato a livello nazionale e internazionale, che le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali hanno definitivamente acquisito un ruolo stabile d'innovazione nel campo della salute.
Va ricordato che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO), in occasione del Congresso Mondiale sulla Medicina Tradizionale tenutosi a Pechino nel 2008, ha emanato la «Dichiarazione di Pechino sulla Medicina Tradizionale» in cui si richiede, tra l'altro, «*la necessità di azione e cooperazione da parte della comunità internazionale, dei governi, nonché dei professionisti e degli operatori sanitari al fine di assicurare un utilizzo corretto della medicina tradizionale come componente significativa per la salute di tutti i popoli, in conformità con le capacità, le priorità e le leggi attinenti dei singoli paesi*».

[1] http://www.consciousness.arizona.edu/documents/FullProgramandAbstractsTSC2011-Stockholm.pdf
[2] http://iopscience.iop.org/1742-6596/306/1/-012007

L'Agopuntura Tradizionale Cinese all'indomani del riconoscimento di «Patrimonio intangibile dell'umanità» da parte dell'Unesco e la «Sham» agopuntura

Roberto Gatto

Una prima considerazione riguardo al tema dell'incontro. La dizione «Patrimonio intangibile dell'umanità» fa riferimento a quanto deliberato dalla Conferenza Generale dell'UNESCO il 17 ottobre 2003 a Parigi riguardo alla creazione della *Convention for the Safeguarding of the Intangible Cultural Heritage*.
Il termine «intangibile», in italiano, ha una duplice accezione. Da una parte ha il significato di qualche cosa che non si può o non si deve toccare, quindi di immutabile, dall'altra parte di qualche cosa di immateriale. Se l'agopuntura dovesse essere considerata qualche cosa di immutabile, una sorta di verità rivelata, evidentemente non si potrebbe essere d'accordo, perché la storia stessa dell'agopuntura contraddice questa dimensione. Dobbiamo rilevare che, nonostante ciò, alcuni cultori in Occidente introducono nella loro visione dell'agopuntura delle valenze non già simboliche (certamente accettabili), ma addirittura mistiche, il che non ci trova d'accordo. Diamo quindi per assodato che il termine «intangible» debba essere tradotto come «immateriale» e che quindi il riconoscimento effettuato dalla Commissione consideri l'agopuntura come Patrimonio Culturale Immateriale dell'Umanità. Il tema dell'incontro di quest'oggi è chiaro: quale valore e quale valenza vogliamo attribuire all'agopuntura? Una valenza eminentemente culturale oppure un valore tecnico, scientifico nell'accezione del metodo scientifico sperimentale applicato alla medicina così come è venuto strutturandosi negli ultimi decenni? Proviamo a considerare la prima opzione, quella di patrimonio culturale immateriale. Nella Convenzione, l'art. 2 dà questa definizione: «Si intendono per "patrimonio culturale immateriale" pratiche, rappresentazioni, espressioni, conoscenze e saperi – così come gli strumenti, gli oggetti, i manufatti e gli spazi culturali associati ad essi – che le comunità, i gruppi e, in alcuni casi, gli individui riconoscono come facenti parte del loro patrimonio culturale. Tale patrimonio culturale intangibile, trasmesso di generazione in generazione, è costantemente ricreato dalle comunità e dai gruppi interessati in conformità al loro ambiente, alla loro interazione con la natura e alla loro storia, e fornisce loro un senso di identità e continuità, promuovendo così il rispetto per la diversità culturale e la creatività umana». La definizione di questo patrimonio culturale immateriale si manifesta attraverso cinque ambiti dell'attività umana:

a. tradizioni ed espressioni orali, incluso il linguaggio, intesi come veicolo del patrimonio culturale immateriale;
b. arti dello spettacolo;
c. pratiche sociali, riti e feste;
d. conoscenza e pratiche concernenti la natura e l'universo;
e. artigianato tradizionale.

Tra le possibili categorie di appartenenza direi che la d) è l'unica attinente all'agopuntura. Diamo uno sguardo alla delibera di Nairobi, nella quale nel Novembre 2010 l'UNESCO riconosce l'agopuntura e la moxibustione come patrimonio culturale immateriale dell'Umanità. Ecco alcune affermazioni: È una teoria sistematica nella quale i 12 canali

corrispondono ai 12 mesi ed i 365 punti ai 365 giorni dell'anno. La palpazione delle tre parti del corpo (superiore, media ed inferiore) e le tre profondità di puntura (superficiale, media e profonda) sono rispettivamente associate con il cielo, l'uomo e la terra.
L'agopuntura e la moxibustione sono state trasmesse mediante un insegnamento di esempi personali, istruzioni verbali, in una linea ereditaria di relazioni maestro-discepolo o di membri di un clan. I portatori di questa tradizione sono identificati in base al loro rispetto per Huang Di e Fu Xi (i due fondatori dell'agopuntura e della moxibustione).
Tra i Cinesi esistono detti come «appendere foglie di moxa davanti alla porta di casa nel quinto giorno del quinto mese lunare tiene lontano il dottore per tutto l'anno».
L'agopuntura e la moxibustione migliorano lo stato di salute del corpo umano stimolando fisicamente le suefunzioni di autoregolazione senza ricorrere a medicamenti.
Con il progredire della globalizzazione, la diversità culturale si confronta con delle sfide, in particolare la diffusione della scienza e della tecnologia moderne, così come con le scienze mediche.
Che dire? Ci possiamo riconoscere in questa visione dell'agopuntura? La risposta, quanto meno la mia risposta personale, è no, perché:

- la visione numerologica e simbolica dell'individuo (12 canali – 12 mesi, 365 punti – 365 giorni) ci appare accettabile in quanto lo integra nell'ambiente, spaziale, temporale, culturale, sociale, ma non ci pare possa essere accettata in senso letterale;
- la trasmissione dell'agopuntura ha fortunatamente travalicato i limiti del rapporto uno a uno, la dimensione iniziatica, la connotazione di comunità fondata sul rispetto per delle figure mitiche;
- l'agopuntura non può essere avulsa dalle altre discipline nelle quali si articola il pensiero medico cinese (farmacologia, dietetica, ginnastiche, massaggio) in quanto ne è profondamente permeata in un rapporto biunivoco che si è esteso per tutta la storia cinese;
- ma, soprattutto, l'agopuntura non può essere considerata come antitetica rispetto alla scienza moderna, in particolare alla scienza medica.

Se dunque la giornata di oggi ci chiama ad esprimere una scelta secca tra «patrimonio immateriale» e «sham», il primo passo, in quanto medici, è affermare l'impossibilità di riconoscerci in questa dimensione misticoesperienziale dell'agopuntura. Proviamo a vedere quindi se ci troviamo più a nostro agio nella dimensione «sham» dell'agopuntura. L'accettazione dell'agopuntura nel corpus dottrinario della Medicina Occidentale richiede che l'analisi dei meccanismi di azione e dell'efficacia sia condotta in base al metodo scientifico. Spesso ci viene rivolta la domanda «ma l'agopuntura è scientifica?», con ciò confondendo il metodo di analisi con l'oggetto dell'analisi stessa.
II metodo scientifico ha quattro gradini.

1. Osservazione e descrizione di un fenomeno o di un gruppo di fenomeni.
2. Formulazione di un'ipotesi che spieghi tali fenomeni.
3. Uso dell'ipotesi per prevedere l'esistenza di altri fenomeni, o di predire quantitativamente i risultati di nuove osservazioni.
4. Messa in opera di test sperimentali sulle predizioni e di esperimenti condotti in maniera adeguata.

I primi tre gradini costituiscono il metodo scientifico naturale. L'aggiunta del quarto gradino dà luogo al metodo scientifico sperimentale.
La convinzione che qualunque acquisizione/certezza scientifica sia possibile solo attraverso il metodo scientifico sperimentale è frutto di una posizione scientista. Come potremmo spiegare l'invenzione dell'agricoltura, della ruota, della metallurgia, le realizzazioni dell'ingegneria antica... l'agopuntura stessa? Sebbene la sua spiegazione teoricatradizionale sia ampiamente discutibile, l'agopuntura funziona da alcuni millenni. Però una cosa è il risultato (funziona - non

funziona) già elaborabile numericamente (uno - zero), un'altra è la relativa spiegazione teorica (funziona perché...) e quest'ultima è legata al livello di conoscenze e alla visione del mondo nel momento storico in cui è stata proposta.
A datare dal secondo dopoguerra, con lo sviluppo della medicina basata sulle prove di efficacia (Evidence Based Medicine, EBM), si è affermata la convinzione che la ricerca in campo biomedico debba essere condotta secondo criteri randomizzati e controllati. In questa visione sonoaccettabili solo le «evidenze» di prescrizioni terapeutiche basate su trials clinici randomizzati e controllati o loro metanalisi.
La difficoltà di condurre protocolli di ricerca randomizzati e controllati in agopuntura è stata ampiamente dibattuta. Essa si fonda sulla difficoltà (per non dire l'impossibilità) non solo della doppia cecità, ma anche della cecità singola, dato che è largamente risaputo anche dai pazienti che l'agopuntura è una tecnica invasiva.
D'altra parte, è ormai ampiamente accettato che l'agopuntura minimale o l'infissione di zone cutanee non corrispondenti ad agopunti codificati non costituiscono una agopuntura falsa, bensì una forma più rudimentale e generalmente meno efficace di agopuntura. Come Società Italiana di Agopuntura e come centro Studi So Wen abbiamo formulato delle considerazioni sulla ricerca in agopuntura al fine di favorire lo scambio e l'integrazione tra la Medicina Occidentale e quella Cinese. Possiamo così riassumere la nostra posizione, che tende a

1. Definire la patologia oggetto dello studio secondo la diagnostica occidentale
2. All'interno di essa, identificare le differenti diagnosi secondo la MTC
3. Bilanciare, in fase di randomizzazione, i pazienti tra i vari gruppi di trattamento in funzione degli strati definiti in base alla diagnosi di MTC
4. Trattare i pazienti con terapie agopunturistiche omogenee per strato definito in termini di MTC
5. Valutare oltre che la patologia in esame anche la Qualità di Vita del paziente
6. Effettuare studi che indaghino i risultati della terapia standard versus terapia standard + agopunturara.

Non credo però che sia questo il senso del quesito della giornata odierna. Il punto mi pare un altro. I protocolli e le linee guida terapeutiche sono frutto del metodo scientifico sperimentale, che prende in analisi la malattia intesa come deviazione da un valore di normalità individuato statisticamente. Ma il rapporto tra medico e paziente è sicuramente più articolato, fondato spesso sull'intuizione, sulla valutazione del paziente nella sua unicità, inteso come individuo affetto da una malattia e non come una malattia in una persona. Posizione difficile la nostra: ci troviamo a rifiutare la dimensione puramente culturale dell'agopuntura in quanto medici e, contemporaneamente, proprio perché medici ci rendiamo conto delle limitazioni (o delle degenerazioni, a scelta) del metodo scientifico sperimentale applicato all'interpretazione e al sostegno dei nostri pazienti. Va però delineandosi un cambiamento nel modo di intendere l'atto medico, che prende le mosse da un'insofferenza per la frammentazione della medicina delle specialità che ha perso di vista l'insieme. Che nasce dalla coscienza che la massima parte delle patologie sono determinate dagli stili di vita, che la risposta alle terapie, in primis quelle farmacologiche, è frutto degli assetti individuali, quindi non standardizzabile. Questo significa che il medico è chiamato non tanto ad applicare dei rigidi protocolli terapeutici, quanto piuttosto a conoscere, a comprendere e penetrare l'individualità clinica della persona. E torniamo al documento UNESCO che forse troppo frettolosamente avevamo rifiutato. Due passi sono sicuramente interessanti alla luce di quanto abbiamo appena affermato: 1) Il concetto olistico dell'unità tra l'uomo e la natura guarda all'individuo come una parte dell'universo. 2) Nell'agopuntura i punti vengono selezionati in base alle condizioni del singolo paziente. Due concetti emergono da questa visione: l'individuo come parte integrante di relazioni

complesse, come soggetto inserito in un ambiente fisico, sociale, culturale. Un paziente, portatore di una malattia, non una malattia in un paziente. Un paziente costituito da corpo, mente, spirito che concorrono a formare la sua individualità, che deve essere rispettata e valorizzata. In Occidente siamo agli inizi di questa rivoluzione che pone al centro dell'attenzione non più la malattia, ma la persona. Questa nuova impostazione è ancora in via di definizione, forse manca ancora di una strutturazione compiuta, ma è in crescita e sicuramente darà forma alla medicina dei prossimi decenni. Quindi, per tornare al quesito posto dal tema dell'incontro: rifiutiamo l'agopuntura così come descritta in vari passi del documento UNESCO; ugualmente rifiutiamo la dimensione scientista e riduzionistica dell'agopuntura sham; aderiamo invece pienamente al sentire, allo spirito profondo delle medicine tradizionali, per quella visione dell'individuo che da sempre le caratterizza e che le pone in piena sintonia con la nuova Medicina Centrata sulla Persona.

Sintesi della relazione presentata da Roberto Gatto, Presidente della Società Italiana di Agopuntura, SIA, al convegno organizzato dall'Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS http://www.medicinacentratasullapersona.org, *tenutosi all'Ordine dei Medici di Bologna il 18 maggio 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

Cervello sboccia per cellule giardiniere. Scoperta di un gruppo di ricerca italiano

Il cervello per «sbocciare» e crescere nel pieno delle sue potenzialità è curato da un gruppo di cellule «giardiniere». È la scoperta di un gruppo di ricerca italiano, pubblicata su «Science».
Queste cellule «potano» le ramificazioni dei neuroni, cioè i collegamenti che permettono ai neuroni stessi di parlarsi, modellando la fitta «foresta» neurale per togliere tutti i «rami» in eccesso (dendriti e sinapsi), inutili se non addirittura di ostacolo al corretto funzionamento cerebrale.
Synaptic Pruning by Microglia Is Necessary for Normal Brain Development. «Science» DOI: 10.1126/science.1202529

* * *

Gli antidolorifici possono essere efficaci contro l'agitazione nella demenza

Gli antidolorifici possono sostituire gli antipsicotici. È questa la proposta degli autori di una ricerca pubblicata dal «British Medical Journal» in cui è stato dimostrato che il trattamento del dolore riduce significativamente l'agitazione nei pazienti affetti da forme di demenza moderata o grave. Allo stesso tempo è stato osservato anche un miglioramento del dolore e dei comportamenti aggressivi. Secondo i ricercatori «controllare il dolore può avere un ruolo importante nel trattamento dell'agitazione e potrebbe ridurre il numero delle prescrizioni inutili di farmaci psicotropi in questi pazienti». Questo nuovo approccio potrebbe evitare i rischiosi effetti collaterali degli antipsicotici, che includono l'ictus e anche la morte.
http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4065.full.pdf

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 1 luglio 2011

Cognome - Nome	Indirizzo	Te lefono
ABD ALATIF RANIA	Via Libia, 4 – Bologna	330/65.61.037
ALVISI STEFANIA	V.le Oriani, 50/2 – Bologna	051/39.95.25
		339/85.88.810
ANTINORI ROSSELLA	Via Sartiano, 136/A – Novafeltria (RN)	0541/92.22.92
		339/44.11.264
ANTONACCI NICOLA	Via F.V.Giulia, 8 – Bologna	051/54.56.23
		348/53.17.427
APRILE SILVIA	Via Pietralata, 39 – Bologna	340/37.30.085
ARCURI LUCIANA	Via Larga, 52 – Bologna	347/31.00.937
BEGHELLI DAVIDE	Via Salgari, 11 – Casalecchio di Reno	051/57.04.67
		339/85.73.075
BERTONCELLI MARCO	Via Mondolfo, 9 – Bologna	051/45.26.17
		339/22.98.893
BERTONCELLI SARA	Via Moldolfo, 9 – Bologna	051/45.26.17
		340/54.22.924
CAIO GIACOMO PIETRO ISMAELE	Via Savigno, 7 – Bologna	051/62.32.556
		329/98.26.263
CAMBIO ETTORE	Via Passarotti, 42 – Bologna	349/71.98.377
CAMILLI MELETANI SIMONE	Via A.Costa, 121/4 – Bologna	051/61.44.507
		393/11.18.789
CHILI ELISABETTA	Via Marconi, 5 – Granarolo E.	051/76.04.22
		335/59.30.753
CIVIDINI RICCARDO	Via Andrea Costa, 7 – S.Giorgio di Piano	333/29.25.188
COCCOLINI ELENA	Via P.Bonafede, 42 – Bologna	334/33.82.417
CORVALLI GIULIA	Via Don Sturzo, 25 – Bologna	339/77.43.282
COSTANZO ELISABETTA	V.le P.Pietramellara, 35 – Bologna	051/25.45.61
		333/71.33.638
DE SANDO VALERIA	Via Marx, 1 San Pietro a Maida	349/21.20.406
		0968/79.272
DE MUTIIS CHIARA	Via A.Costa, 42 – Bologna	347/53.14.832
DI CIOMMO MARIA LUISA	Via Fondazza 89 – Bologna	347/23.03.113
DI PIETRO ELENA	Via G.Modena, 23 – Bologna	335/74.94.956
ESPERTI VINCENZO	Via Rubizzano, 1802/c – S.Pietro in Casale	051/66.61.969
		327/53.40.055
		335/19.18.648
FIRINU ANTONELLA	Via Albertoni, 5 – Bologna	0543/98.92.66
		348/72.21.665
FRAKULLI REZARTA	Via di Corticella, 41 – Bologna	389/43.15383
GIROMETTI NICOLO'	Via O.Regnoli, 42 – Bologna	051/30.22.22
		338/85.69.117 o 3
GUIDASTRI MONICA	Via da Palestrina, 19 – Bologna	051/47.63.42
		334/25.96.951
IMERI ALBIONA	Via L.Fasoli,11 – Bologna	340/05.04.485
KEUZETA TCHANNA KEVY	Via Liguria, 41 – Castelfranco Emilia	348/38.22.756

LEGA MARIA VITTORIA	Via Ravegnana, 8 – Faenza	333/95.68.829
LENZI BARBARA	Via Albertoni, 9 – Bologna	339/89.39.816
LEONARDI SARA	Via Montecalvo, 31/3 – Pianoro (Bo)	051/62.69.110
		339/10.54.120
MAHMOUD GHANEM SADAM	Via Saragozza, 58 – Bologna	347/17.85.672
MARRA ROSA FRANCESCA	Via S.Vitale, 42/2 – Bologna	051/23.73.77
		347/60.68.501
MARTINI ANNA LISA	Via L.Bassi, 1 – Bologna	051/30.54.93
		339/88.73.484
MARTONE CHIARA	Via P.F.Calvi, 20 – Bologna	051/31.04.49
		349/73.67.925
MASCITTI PAOLA	Via P.Vizzani, 2 – Bologna	329/81.79.190
MILANDRI AGNESE	Via D.Creti, 53/2 – Bologna	051/48.42.965
		347/98.14.427
MONTALTI ALICE	Via dei Bibiena, 8 – Bologna	0541/74.21.59
		329/56.40.514
MORISI LISA	Via Bellini, 21 – S.Giovanni in Persiceto (BO)	051/82.69.61
		347/69.86.013
MURARIU IOANA ADINA	Via Rizzoli, 3 – Granarolo Emilia	348/91.48.155
NATALI FRANCESCA	Via Garibaldi, 5 – Bologna	338/15.70.405
NGUEDIA A. ROGER	Via Giuseppe Albini, 7 – Bologna	340/70.60.876
NIKOLLAU NIKOLETA	Via Barozzi, 4 – Bologna	320/67.75.921
PALAIA VINCENZO	Via Libia, 60/2 – Bologna	051/28.15.922
		340/66.86.310
PLANTERA PAMELA	Via A.Saffi, 16/3 – Bologna	380/63.49.252
PULA GIULIA	Via G.Zaccherini Alvisi, 7 – Bologna	320/16.10.649
RACCAGNI CECILIA	Via San Donato, 21 – Bologna	0542/41.102
		333/93.38.716
REGGIANI CAMILLA	Via Agnesi, 31 – Bologna	051/30.59.41
		333/37.71.334
RIVA SERENA	Via Cavallo – Tiggiano	328/20.42.905
RIZZELLO ANGELA	Via P.Palagi, 35 – Bologna	328/91.78.302
RIZZO RAFFAELLA	Strada Maggiore, 70 – Bologna	051/22.73.19
		380/79.43.223
ROMANTINI MATTEO	Via F.Acri, 11 – Bologna	320/80.09.573
ROMEO EMANUELA	Via Costituzione, 4/6 – S.Pietro in Casale	051/81.84.67
		333/43.30.416
SACCHETTI FEDERICO	/////////	388/34.54.159
SCHIUMERINI RAMONA	Via Francesco Acri, 11 – Bologna	051/48.41.830
		338/10.31.500
SCIUTO ROBERTA	Via Masini, 30 – Bologna	051/30.96.25
		333/69.87.903
SCORZONI RAFFAELLA	Via Ferrarese, 10/2 – Bologna	051/35.25.51
		340/39.36.916
SERENA TIZIANA	Via San Felice, 51 – Bologna	051/26.61.86
		349/60.58.835
SERGIO EMANUELA	Via Piave, 30 – Casalecchio di Reno (BO)	347/84.95.058
SGRO' FEDERICA	Via Gaspare Nadi, 6 – Bologna	338/74.87.968
SHUKULLI ENRAGERTA	Via Don Gnocchi, 5 – Bologna	331/20.91.796

SOLINAS DANIELA	Via G.Sieni, 2/A – Sassari	079/27.32.67 340/79.80.319
SORRENTINO FRANCESCO SAVERIO	Via Tagliapietre – Bologna	051/29.63.30 339/62.73.352
SPADA VALENTINA MARIA	Via P.Palagi,6 – Bologna	320/64.68.455
SPASARI EZIO	Via P.Fabbri, 100 – Bologna	320/79.84.553
SPIGHI ALESSANDRO	Via Matteotti, 36/2 – Bologna	051/18.89.98.24 339/78.03.511
STELLINO MARGHERITA	Via Mengoli, 1 / 2 – Bologna	328/57.97.911
STIPA CARLOTTA	Via Palmieri, 7 – Bologna	329/58.66.089
TAMBURINI MARIA VITTORIA	Via Battindarno, 35 – Bologna	051/38.31.77 349/50.27.064
TARTAGNI ELISA	Via Roselle, 4 – Bologna	051/54.24.24 349/06.17.889
TOLOMELLI GIULIA	Via Cà Bassa, 29 – S.Lazzaro di Savena	051/62.56.100 338/49.92.107
TORELLA RITA	Via Manzoni, 33 – Imola	0542/30.866 340/99.01.253
TOSKA SAIMIR	Via F.Brizzi, 3 – Bologna	348/24.34.633
VALLI VITTORIO	Via San Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23
VALLICELLI CARLO	Via Massarenti, 95 – Bologna	333/85.77.581
VALLUZZI ADELAIDE	Via Riva di Reno, 39 – Bologna	051/22.20.25 333/37.12.086 392/35.03.137

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazion e/Annotazioni	Telefono
BERTOLETTI ERIK	Neurologia	051/84.91.977 339/40.46.386
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16 340/85.50.870
DE MARTINO ANNACHIARA	Odontoiatria	051/30.78.59 347/33.66.819
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e Assicurazioni	 347/88.53.126
GABUSI ANDREA	Odontoiatria	051/61.43.275 347/17.48.430
LENZI FRANCESCA	Chirurgia Generale	051/58.92.02 339/41.13.630
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MELIOTA LORENZO	Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria	051/62.33.682 338/86.28.764
OLMI RUGGERO	Ortopedia e Traumatologia	338/76.74.267
PERNETTI REMIGIO	Urologia	339/29.99.532
PRISCO TIZIANA	Psicoterapia	051/34.27.30 347/07.60.122
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

La mediazione civile verso una nuova giustizia negoziata

Bari, 12 settembre 2011

Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"
Palazzo Ateneo - Salone degli affreschi
Piazza Umberto I, 1

SEMINARIO INTERNAZIONALE DI STUDI

Programma
9:00 Registrazione dei partecipanti
9:30 Apertura dei lavori - Indirizzi di saluto delle autorità accademiche e istituzionali
I Sessione
10.00 Presiede e introduce Sergio Chiarloni (Università di Torino)
10:30 Neil Andrews (Università di Cambridge) - Recenti mutamenti nel sistema inglese di giustizia civile: le forme alternative di risoluzione delle controversie
11:00 Coffee Break
11:30 Andrés de la Oliva Santos (Università Complutense di Madrid) - Le prospettive della mediazione in Spagna
12:00 Simone Gaboriau. (Presidente di Sezione - Corte d'Appello di Parigi) - Conciliazionet mediazione e procedura partecipativa: il modello francese di risoluzione amichevole delle liti
12:30 Interventi e dibattito
13:15 Sospensione dei lavori
II Sessione
15:00 Presiede e introduce Antonio Uricchio (Università di Bari "Aldo Moro" - Sede di Taranto)
15:30 Peter Gottwald (Università di Ratisbona) - La mediazione in Germania: stato attuale e prospettive future
16:00 Domenico Dalfino (Università di Bari "Aldo Moro") - Il "futuro passato" della mediazione civile in Italia
16:30 Coffee break
17:00 *Tavole rotonde tematiche*
1 - Il procedimento di mediazione a sei mesi dall'entrata in vigore del regime di obbligatorietà. Discussione dei dati elaborati dalla Direzione Generale Statistica del Ministero della Giustizia e presentati dal dott. Giancarlo Triscari
2 - Il procedimento di mediazione in materia di contratti bancari, assicurativi e finanziari
3 - Il procedimento di mediazione in materia di responsabilità civile e sanitaria
18:00 Chiusura dei lavori

Quota di iscrizione: 80 Euro + IVA.
Il seminario è a numero chiuso. I posti disponibili sono 130. L'iscrizione dovrà essere effettuata entro l'8 settembre 2011. Dopo tale termine, là dove vi siano ancora posti disponibili, sarà possibile iscriversi presso la segreteria del seminario.
La partecipazione al seminario dà diritto ai crediti formativi riconosciuti dall'Ordine degli Avvocati di Bari e dall'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Bari ed è valida ai fini dell'aggiornamento dei formatori ex art. 18, comma 3 lett. a) del DM 180/2010.
Al termine del seminario verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

Segreteria organizzativa
Centro Internazionale Alti Studi Universitari (CIASU)
Via Giulio Petroni, 15/f - 70122 – BARI
Tel. e Fax: 080.5968331
Sito web: www.ciasu.it;
e-mail: ciasu.formazione@tin.it

Modalità di pagamento
Il pagamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato mediante bonifico bancario intestato a: CIASU scrl - Coordinate bancarie IT 50 F 05424 04010 000001059139, causale: "Quota partecipazione seminario internazionale 12 settembre".

Le cellule staminali e il loro impiego nella clinica

Bologna, 30 settembre 2011

Sala Congressi - Unipol Banca - Piazza Costituzione, 2

Programma
09:00 Saluto di Benvenuto - Giancarlo Pizza, Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurglli e degli Odontoiatri di Bologna
09:15 Saluto delle Autorità
09:30 Introduzione Michele Baccarani (Bologna)
09:15 Che cosa sono le cellule staminali e come si differenziano - Roberto Lemoli (Bologna)
10.01 Cellule staminali ematopoietiche del cordone ombelicale: donazione autologa ed allogenica. Legislazione, risultati ed obiettivi - Lorenza Ridalfi (Bologna)
10:25 La raccolta del sangue dal cordone

ombelicale per la conservazione delle cellule staminali - Nicola Rizzo (Bologna)
10:45 Sangue cordonale: stoccaggio per trapianto ed uso non trapiantologico - Pasquale Paolo Pagliara (Bologna)
11:05 L'impiego delle cellule staminali nella patologia neoplastica ematologica - Giuseppe Bandini (Bologna), Francesca Bonilazi (Bologna)
11:25 Domande dall'Auditorium
11:45 Coffee Break
12:00 Trapianto di cellule staminali nell'età pediatrica - Andrea Pession (Bologna)
12:20 Le cellule staminali epiteliali in medicina rigenerativa - Michele De luca (Modena)
12:40 Le cellule staminali nella patologia degenerativa ossea - Maria Luisa Brandi (Firenze)
11:00 Domande dall'Auditorium
11:15 Colazione di lavoro
14:15 Cellule staminali nel trattamento delle lesioni traumatiche e degenerative della cartilagine - Andrea Facchini (Bologna)
14:35 Cellule staminali nella patologia post-traumatica midollare - Laura Calzà (B ologna)
14:55 Esperienze sull'uso delle cellule staminali nella malattie croniche cardiache - Guglielmo Stelanelli (Modena)
15:15 Uso delle cellule staminali nell'insufficienza epatica - Pietro Andreone (Bologna)
15:35 Prospettive sull'uso delle cellule staminali - Sergio Ferrari (Modena)
15:55 Domande dall'Auditorium
16:30 Conclusioni

Iscrizione
Quota Iscrizione entro il 10 luglio: Euro 60,00 (iva 10% inclusa) - UniSalule si farà carico del 60% della quota d'iscrizione (altrimenti di 150,00 euro) per i partecipanti che si registreranno entro il 10 luglio
Quota Iscrizione dopo il 10 luglio: euro 150,00 (iva 20% inclusa)

Modalità di iscrizione
Si prega di effettuare l'iscrizione on-line entro il 20 settembre collegandosi al sito www.noemacongressi.it. Le adesioni saranno accettate fino ad esaurimento dei posti disponibili (300 circa).

Crediti E.C.M.
Sono stati richiesti i crediti per l'Educazione Continua in Medicina (E.C.M.) per la categoria di Medico Chirurgo.

Attestato di partecipazione
L'attestato di partecipazione verrà rilasciato dalla Segreteria ai partecipanti al termine dei lavori.

Segreteria scientifica
UniSalute - Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna
Tel. 051.6386242
Manuela Achiluzzi - m.achiluzzi@unisalute.it

Segreteria organizzativa
Noema - Via Orefici, 4 - 40124 Bologna
Tel. 051.230385 - Fax 051.221894
info@noemacongressi.it -
www.noemacongressi.it

Con il patrocinio
Regione Emilia-Romagna Assessorato Politiche della Salute, Assessorato alla Sanità della Provincia di Bologna, Comune di Bologna, Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna

Comitato scientifico
Pier Roberto Dal Monte, Bologna - Emilio Campos, Bologna - Dario Caselli. Reggio Emilia - Fausto Francia, Bologna - Massimo Laus, Bologna - Giuseppe Pinelli, Bologna - Nicola Rizzo, Bologna - Morando Sofritti, Bentivoglio - Francesco Tanelli, Firenze

Convegno Nazionale - A proposito di... Epilessia in età evolutiva

Bologna, 28-29 Ottobre 2011

Villa Gandolfi Pallavicini
Fondazione Alma Mater
Promosso e sostenuto in occasione del FA.NE.P.DAY 2011
dall'Associazione FAmiglie NEurologia Pediatricaa sostegno delle attività della U.O.di Neuropsichiatria Infantile dell'Università di Bologna

Ancora una volta l'Associazione Fa.Ne.P. promuove la realizzazione di un IV Convegno (II sull'epilessia) permettendo alla UO di Neuropsichiatria Infantile dell'Università di Bologna di invitare a dibattere sulle problematiche dell'epilessia in età evolutiva illustri relatori dall'Italia e dalla Francia.
La partecipazione di figure professionali come psicologi e tecnici di neurofisiopatologia oltreché di familiari arricchisce ulteriormente l'interesse su queste due giornate nella accoglien-

te e suggestiva cornice della Fondazione Alma Mater.

Prof. Emilio Franzoni
Direttore U.O.Neuropsichiatria Infantile
Università di Bologna
Comm. Francesco Mauro
Presidente Fa.Ne.P.

Programma
Venerdì 28 Ottobre
14:00-14:30 Registrazione dei Partecipanti
14:30-15:00 Saluto delle Autorità
I sessione
15:00-15:20 Neurofibromatosi tipo 1 ed epilessia - Ilaria Cecconi
15:20-15:40 Sclerosi tuberosa: nuove opzioni terapeutiche - Paolo Curatolo
15:40-16:00 L'epilessia nelle malattie neurodegenerative - Elvio Della Giustina
16:00-16:20 L'epilessia nell'autismo - Antonia Parmeggiani
16:20-16:40 Pausa caffè
II sessione
16:40-17:30 Lettura magistrale: Stato di male - Olivier Dulac
17:30-17:50 Monitoraggio neurofisiologico nell'encefalopatia ipossico-ischemica neonatale - Agnese Suppjei
17:50-18:10 La gestione dello stato di male nel laboratorio EEG - Leonardo Bossio
18:10-18:30 Neuroimaging nello stato di male - Bruno Bernardi
18:30 Discussione

Sabato 29 ottobre
I Sessione
09:00-09:20 La gestione nella famiglia - Luca del Gobbo Consigliere FA.NE.P.
09:20-09:40 La gestione infermieristica nell'epilessia in età evolutiva - Emanuele Bascelli
09:40-10:00 Convulsioni neonatali - Francesco Pisani
10:00-10:20 Le assenze nei primi tre anni di vita - Alberto Verrotti
10:20-10:40 I nuovi, più recenti, farmaci - Paolo Balestri, Salvatore Grosso
10:40-11:00 Pausa caffè
II Sessione
11:00-11:20 La patologia tumorale e l'epilessia - Ercole Galassi
11:20-11:40 Chirurgia dell'epilessia Stefano Francione
11:40-12:00 Dieta chetogena - Giuseppe Gobbi
12:00-12:20 Percorso VNS - Valentina Gentile
12:20-12:40 Neuropsicologia nell'epilessia farmaco-resistente - Irene Leo
12:40-13:30 Discussione
13:30 Chiusura lavori

Informazioni generali
Fa.Ne.P. Associazione Famiglie Neurologia Pediatrica Via Massarenti 11 40138 Bologna
Tel +39 051 346744 - Fax +39 051 304839
e-mail: info@fanep.org - www.fanep.org

Sede del Convegno
Villa Gandolfi Pallavicini – Fondazione Alma Mater Via Martelli, 22/24 40138 Bologna

Segreteria Organizzativa
P.T.S. S.r.l. Via Nizza, 45, 00198 Roma, Italy Tel +39 06 85355590 Fax +39 06 85356060
Maura.Stella@ptsroma.it - www.ptsroma.it

Quote di iscrizione
Entro il 30 settembre (euro): medici 100,00, specializzandi 50,00, tecnici di neurofisiopatologia 50,00, psicologi 50,00, infermieri 50,00.
A partire da 1° ottobre (euro): medici 130,00, specializzandi 70,00, tecnici di neurofisiopatologia 70,00, psicologi 70,00, infermieri 70,00.
Laureati frequentatori e studenti: gratuito in base alla disponibilità dei posti
Le quote comprendono
– Partecipazione ai lavori scientifici
– Kit congressuale
– Attestato di partecipazione
– Crediti ECM agli aventi diritto
– Pause caffè

Iscrizione al corso
L'iscrizione al Corso dovrà avvenire esclusivamente attraverso il sito www.ptsroma.it/fanep2011. Non saranno prese in considerazione iscrizioni pervenute senza pagamento o senza fotocopia del bonifico bancario. A partire dal 18 ottobre le iscrizioni verranno accettate esclusivamente in loco. La Quota di iscrizione è di euro 48,00 (40,00+IVA 20%) e comprende: partecipazione ai lavori scientifici, Kit congressuale, attestato di partecipazione, crediti ECM.

Modalità di pagamento
– bonifico bancario intestato PTS srl / Convegno FANEP da accreditare presso Intesa San Paolo Spa Agenzia 29, IBAN IT27 P030 6903 2271 0000 0002 695.
– presso la Segreteria, il giorno del Convegno a mezzo carta di credito, assegno o contanti.

Cancellazioni
Non è previsto alcun rimborso per la mancata partecipazione.

ECM
Verrà richiesto l'accreditamento al Ministero della Salute nell'ambito del Programma di Educazione Continua in Medicina per le seguenti categorie: Medici specialisti in Neurologia, Neuropsichiatria Infantile e Pediatria Tecnici di Neurofisiopatologia

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

Affittasi ambulatorio in via San Felice 98, 2° piano, portierato, ingresso, 2 stanze con balcone, bagno, posto auto condominiale. Euro 500,00. Per informazioni 338/5454907.

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

A medico convenzionato offresi (spese minime) studio medico ben avviato (distretto San Vitale. Libero sia mattina che pomeriggio. Anche per singole giornate. Per informazioni 333/2265862.

Affittasi garage per auto in via Zaccherini Alvisi n. 3. Per informazioni rivolgersi al tel. 051/551143 e lasciare messaggio in segreteria.

Affitasi ampio e luminoso locale arredato in studio medico in via Dagnini al primo piano. Comodo parcheggio auto e fermata bus. Ideale come studio per psichiatra - piscoterapeuta. Per info tel. 051/6152171 - 335/6267507 - 339/4499136.

Privato vende a Bologna in via Boldrini (di fronte Hotel Europa) appartamento/ufficio ultimo piano (110 mq circa) luminoso, silenzioso in ottimo stato composto da ampio ingresso, salone, cucina abitabile, due camere, balcone, ripostiglio, bagno, cantina, aria condizionata. Porta blindata. Per informazioni 335/6140768.

Affittasi a giornate o mezze giornate studio dentistico in centro a Bologna completamente attrezzato (riunito, radiologico, due autoclavi, lampada per il composito, ...). Per informazioni 328/8257112.

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.

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

Bologna - pressi via Siepelunga – affittasi appartamento nel verde di 130 mq con salone doppio, cucina abitabile, 3 camere da letto, studiolo/stireria, 2 bagni, terrazza, cantina, giardino condominiale. Per info tel. 338/3316087.

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

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