Bollettino Notiziario

ANNO XLIV - N° 12 DICEMBRE 2013

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

IN QUESTO NUMERO

- **Camicia di forza e Camicia di Nesso, Pietro Abbati**, pag. 3
- **Pazienti affetti da malattie genetiche del metabolismo lipidico: una coorte negletta o il percorso elettivo per la prevenzione dell'arteriosclerosi?, Antonio V. Gaddi e G. Cenni**, pag. 5
- **I malati rari e autoimmuni scrivono alla ministra Lorenzin**, pag. 10
- **L'esercito delle sperimentazioni fantasma**, pag. 13

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ZACCHERINI ALVISI, 4 BOLOGNA - TEL. 051.399745
ISSN 2281-4744 (*edizione a stampa*) - ISSN 2281-4825 (*edizione digitale*)

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Novembre 2013
è stato consegnato in posta
il giorno 7/11/2013

SOMMARIO

ANNO XLIV - DICEMBRE 2013 N° 12

ARTICOLI

Camicia di forza e Camicia di Nesso • **3**

Pazienti affetti da malattie genetiche del metabolismo lipidico: una coorte negletta o il percorso elettivo per la prevenzione dell'arteriosclerosi? • **5**

I malati rari e autoimmuni scrivono alla ministra Lorenzin • **10**

L'esercito delle sperimentazioni fantasma • **13**

NOTIZIE

Dalla pagina 15 alla 26

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **27**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **28**

CONVEGNI CONGRESSI • **29**

PICCOLI ANNUNCI • **31**

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

www.odmbologna.it

Si comunica agli iscritti che sono disponibili le nuove credenziali per l'accesso all'area riservata EBSCO. Per richiederle inviare una mail alla Segreteria dell'Ordine segreteria@odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario
Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere
Dott. VITTORIO LODI

Consiglieri Medici
Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO
Dott. ANGELO DI DIO
Dott. STEFANO FERRARI
Dott. OSCAR FINI
Dott.ssa MARINA GRANDI
Dott. GIUSEPPE IAFELICE
Dott. FLAVIO LAMBERTINI
Dott. STEFANO PILERI
Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA
Dott. STEFANO RUBINI
Dott. CLAUDIO SERVADEI

Consiglieri Odontoiatri
Dott. ANDREA DUGATO
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

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

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente:	Dott. FRANCO BENETTI
Componenti:	Dott. MARCO CUPARDO
	Dott. ALESSANDRO ZATI
Supplente:	Dott. FRANCESCO QUARANTA

Camicia di forza e Camicia di Nesso

Pietro Abbati

La lettura del corposo articolo del dott. Giandomenico Dodaro[1] esprime compiutamente la natura "impossibile" della condizione in cui mi/ci troviamo ad operare.
Non è difficile evincere la posizione dell'autore rispetto al tema trattato. Ritiene che la contenzione meccanica sia una pratica aberrante e degradante per la persona che la subisce e che dovrebbe essere abolita. Dello stesso avviso è la Direzione della nostra Azienda e il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale al punto da fare della sua abolizione un obiettivo per il 2014. Come si può non concordare con tale lodevole auspicio!
Ciò non toglie che la lettura dell'articolo susciti in me, che opero in uno degli SPDC che costituiscono quell'80% di SPDC dove viene operata la contenzione meccanica dei pazienti, una forte resistenza a considerarmi un "sequestratore di persone" (art. 605 c.p.) reo di "violenza privata" (art. 610 c.p.).
Abituato a considerare le resistenze un meccanismo di difesa mi costringo comunque a riflettere su questa possibilità ed a prenderla in considerazione.
Fortunatamente l'Autore mi offre qualche via di fuga e prevede situazioni in cui l'uso della coercizione conserva una qualche legittimità o perlomeno una attenuazione della colpa. "l'uso della forza fisica e della contenzione meccanica nell'ambito della procedura di TSO" se in queste situazioni non fosse ammesso l'impiego di una qualche forma di coercizione, l'obbligo della cura sarebbe destinato a rimanere scritto sulla carta" ma immediatamente dopo mi riprecipita nello sconforto quando precisa "... in questa situazione la legge 180 non autorizza medici ed infermieri ad utilizzare la forza fisica, ma subentra la specifica competenza della polizia municipale chiamata a provvedere alla esecuzione del provvedimento". Quindi quando la Polizia Municipale lascia l'Ospedale dopo avermi affidato il paziente e insieme agli infermieri somministro ad un recalcitrante (*stricto sensu!*) paziente delirante ed allucinato una fiala di antipsicotico, costringendolo a terra o sul suo letto per potergliela praticare, ricado insieme a loro nella infame categoria dei violenti sequestratori? Forse dovrei richiamare la Polizia Municipale, ma temo che avrei molte difficoltà a convincerli a venire anche citandogli l'importante articolo del dott. Dodaro. Forse potrei aspettare a somministrare la terapia e cercare di convincere il paziente della necessità di assumerla, ma se questo fosse stato possibile forse non sarebbe stato necessario scomodare il Sindaco o un suo delegato a sottoscrivere una ordinanza di TSO. Non posso neanche aprire la porta del reparto e dirgli che se non vuole assumere la terapia può tornare a casa sua perché "In seno alla giurisprudenza si starebbe definendo una posizione di garanzia che appare compatibile con la legge 180. L'operatore psichiatrico sarebbe incaricato di doveri di controllo in relazione a gesti auto o etero aggressivi del paziente..." quindi se uscito dal reparto dovesse fare o farsi male avrei evitato la patente di sequestratore violento ma dovrei rispondere in solido dei danni morali e materiali in sede civile e penale. E poi il paziente è in TSO e dovrei prima chiederne la revoca che, di per sé, implica che almeno una delle tre condizioni di Legge che l'hanno reso necessario sia venuta meno e invece non sono ancora riuscito a fargli assumere le terapie necessarie ed urgenti, non mi sembra che sia diventato più consapevole della sua malattia o almeno non più di qualche ora fa e certamente non sono in grado di appurare quali condizioni vi siano di adottare tempestivi ed idonei provvedimenti di cura extra ospedalie-

[1] Giandomenico Dodaro - *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*. Riv. It. Med. Leg. 2011;6:1483.

ra. Ed ecco che compare nella mia testa l'associazione con il povero Ercole, imprigionato dalla camicia di Nesso che, incollata alla sua pelle, lo brucia e lo spinge a far costruire la pira su cui gettarsi dopo aver consegnato il suo arco e le sue frecce a Filottete.
Certo nemmeno nei miei tempi migliori avrei potuto identificarmi con Ercole, figuriamoci adesso che il mal di schiena mi tormenta e mi rende doloroso qualsiasi movimento brusco. Però Ercole in questo caso potrebbe essere la forza delle istituzioni che ritiene di dover prevalere sulla volontà del paziente e che è incommensurabilmente maggiore di quella del paziente ma che nello stesso tempo si trova imprigionata in un vicolo cieco che la paralizza passando attraverso la mia povera schiena dolorante. Solo che se le cose vanno male chi ne paga le conseguenze sono io dal momento che sia che mi venga imputata la violenza privata perché ho "costretto il paziente" sia che mi venga imputata la responsabilità di qualche sciocchezza che il paziente commetta dopo che mi è stato affidato, il conto lo dovrò pagare io e non l'istituzione che in quel momento rappresento. Anzi, è sperimentalmente provato che l'istituzione, in caso di guai, si affretta ad avviare opportune indagini per accertare le mie responsabilità ed escludere le proprie. È un bel problema! Dovrò scegliere tra vivermi sequestratore e eventualmente omicida, colposo, ma comunque omicida. Fortunatamente la letteratura mi conforta nell'idea che i comportamenti violenti non sono più frequenti nelle persone affette da patologia psichiatrica piuttosto che nella popolazione generale.
Solo che i comportamenti violenti della popolazione generale non mi vengono imputati mentre quelli dei pazienti che mi vengono affidati sì dal momento che, come puntualmente mi ricorda il dott. Dodaro "... Rientra nel dovere giuridico del medico l'adozione delle più opportune misure atte a prevenire comportamenti violenti del paziente diretti contro sé o altri. Tale dovere può esplicarsi nella stessa maniera nei confronti del paziente in ricovero coatto o in ricovero volontario, posto che il consenso alle cure non costituisce un indice significativo su cui misurare l'aggressività o il rischio suicidario di un paziente. È per assolvere a tale dovere che il responsabile del servizio o l'operatore psichiatrico ha preso in carico il paziente".
Qualche paragrafo più in là il dott. Dodaro mi autorizza fortunatamente all'uso di "qualche presidio contenitivo " se il paziente tende a cadere dal letto. Lascia a me decifrare cosa si nasconda dietro l'insidioso "qualche". Paziente in preda ad un delirium da sospensione di farmaci analgesici che vede persone che escono dai muri che lo spaventano e che, nel disperato tentativo di difendersi da questi fantasmi si agita e si butta dal letto, che faccio gli metto "qualche bendina leggera leggera?"
Mi autorizza anche a "... far uso di qualche forma di pressione o coercizione, eventualmente anche fisica, nei confronti del paziente, in cui una certa forza si rilevi necessaria all'adempimento dei compiti professionali...". Il ritorno dell'insidioso "qualche" all'inizio della frase mi allarma di nuovo. Paziente di 26 anni senza mal di schiena, con intossicazione acuta da sostanze non ancora definite che presenta un delirio megalomanico e persecutorio e non si lascia avvicinare perché ritiene che noi lo vogliamo uccidere. Provo con la pressione e coercizione non fisica "dai noi ti vogliamo aiutare, non fare così" non funziona, continua a scaraventarmi addosso le sedie, "eventualmente" lo placco e gli faccio una fiala o due di antipsicotico? Ma anche ammesso che ci riesca, nonostante i miei quasi 60anni e il mal di schiena contro i suoi 26 anni pieni di anfetaminosimili e che le due infermiere in turno e il giovane infermiere, che ha lavorato fino a ieri in geriatria, riescano ad iniettargli due fiale di antipsicotico in una coscia mentre si divincola, dopo che faccio nelle due ore che servono per farlo calmare un po': gli metto "qualche bendina leggera leggera?".
Per fortuna "medici e infermieri non rientrano in quelle categorie di persone che per legge abbiano il dovere istituzionale di esporsi a pericolo in situazioni difficili..." altrimenti chissà cosa mi toccava fare!
Il guaio è che così non avrò conseguito l'obiettivo delle "contenzioni zero" e quindi mi calerà lo stipendio. Ma che ci dobbiamo fare: è colpa mia.

Pazienti affetti da malattie genetiche del metabolismo lipidico: una coorte negletta o il percorso elettivo per la prevenzione dell'arteriosclerosi?

Antonio V. Gaddi e G. Cenni

"Uniformare e fissare, nel tempo e nella memoria, i criteri di appropriatezza del nostro Sistema Salute" con queste parole inizia il primo dei Quaderni della Salute (QdS) del nostro Ministero della Salute [1]. E, aggiungiamo, uniformarli sulla base di solide considerazioni cliniche, della più recente e autorevole letteratura internazionale e partendo dal "paziente"[1]. Ciò consente alla comunità scientifica e medica nazionale e internazionale, di analizzare e discutere i criteri, utilizzando il rigoroso linguaggio della scienza.

Ottima iniziativa, finalmente ! Ma non recepita e neppure "interpretata" dalle Amministrazioni e dagli "esperti" cui era indirizzata. Esperti e Istituzioni che spesso stigmatizzano il fatto che la ricerca in Italia non sia ascoltata, salvo poi a ignorare tutto ciò che dalla buona ricerca scientifica internazionale (e italiana !) deriva, come nel caso in questione.

I "Criteri per l'appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale per l'assistenza alle malattie del sistema cardiovascolare", pubblicati sul primo volume dei QdS nel 2010, sono assolutamente attuali e rilevanti dal punto di vista clinico.

In particolare il documento riporta una tabella (Tabella I), atta a identificare con chiarezza, agli occhi del Medico di Medicina Generale, dello Specialista Ambulatoriale e Ospedaliero, quali malati meritano la massima attenzione diagnostico terapeutica da parte del SSN.

L'elenco previlegia le condizioni in cui, per le strutture sanitarie italiane (e in particolare quelle del SSN), è possibile fare la diagnosi e proporre azioni preventive o di cura realmente efficaci.

In altre parole: "*almeno*" tutti i cittadini che rientrano nelle categorie sopra indicate dovrebbero essere identificati e curati, non solo in base a considerazioni cliniche o per ragioni di carattere etico e giuridico, ma perché è il modo più appropriato per fare prevenzione[2] e indurre un miglioramento di qualità e quantità di vita e – con buona pace di tutti – *ridurre la spesa per ricoveri evitabili*.

Salta subito all'occhio che molti dei pazienti che vediamo tutti i giorni rientrano in più di una categoria (tipico il caso del malato con vasculopatia periferica, a livello ancora subclinico, associata a iperlipidemia familiare e iniziale diabete). Per alcune di queste malattie esistono reti di assistenza (diabete, malattia cardiovascolare[3] "clinicamente nota"), sebbene le risorse per la prevenzione e diagnostica precoce non siano equamente distribuite su tutti i pazienti più gravi o a maggior rischio.

La domanda che si pone è: in termini giuridici ed etici, così come in termini di appropriatezza e al fine di ridurre la spesa per ricoveri impropri o evitabili, siamo sicuri che esistono grandi differenze tra le condizioni elen-

[1] Come sottolineato nella prefazione del QdS n. 1 dall'allora Ministro della Salute, Prof. F. Fazio

[2] Usiamo qui la parola prevenzione in senso lato, generico. Nel testo del QdS n. 1 viene specificato quando prevenzione primaria, quando secondoaria, quando predizione individuale, quanto diagnodi precoce ecc

[3] Per malattia cardiovascolare, nel QdS, si intendono tutte le malattie del sistema circolatorio che vedono come origine prevalente l'arteriosclerosi, come la cardiopatia coronarica, gli accidenti cerebrovascolari, le malattie dell'aorta, dei vasi epiaortici, delle arterie renali e le arteriopatie periferiche e altre.

Tabella 6.1 Pazienti ad altissimo rischio cardiovascolare che richiedono interventi diagnostici o terapeutici mirati, di particolare intensità o di alta specialità (dal Piano Nazionale della Prevenzione 2009-2011)

a) Presenza di una malattia del sistema cardiovascolare clinicamente nota (compresi i quadri clinici transitori come attacco ischemico transitorio e angina pectoris)
b) Vasculopatia periferica, nefropatia su base vascolare (compresa la nefroangiosclerosi) e insufficienza renale cronica associate ad aumento del rischio; ictus silente; cardiopatia ischemica silente; disfunzione ventricolare sinistra asintomatica
c) Soggetti con ateromasia asintomatica (qualsiasi sede anatomica), in particolare se con segni di progressione maligna (placche vulnerabili). Aneurisma aortico, anche se di origine non ateromasica
d) Fattori di rischio multipli che determinano un aumento del rischio cardiovascolare globale assoluto a 10 anni del 20%, o tra il 4% e 19% se il paziente presenta un fattore di rischio maggiore non stimato dalla carta dell'Istituto Superiore di Sanità
e) Livelli notevolmente più elevati di singoli fattori di rischio, specie se associati a malattia dell'organo bersaglio
f) Diabete di tipo 2 e diabete di tipo 1 associato a microalbuminuria
g) Iperlipoproteinemie familiari e/o gravi; malattie metaboliche complesse e comorbilità metaboliche
h) Diatesi trombofiliche e altre condizioni di altissimo rischio genetico e/o metabolico
i) Soggetti con familiarità per malattie cardiovascolari precoci nel primo grado

Tabella 1

cate in tabella? Ovvero che alcune siano da privilegiare e altre no? Tra una diatesi trombofilica e una vasculopatia periferica in stadio I di Leriche, una sindrome del QT lungo, o un'insufficienza nefrovascolare iniziale, una ipercolesterolemia familiare omozigote, quale preferiremmo avere, se fossimo noi i pazienti? Perché l'una deve essere diagnosticata e curata e l'altra no? chi produce più danni, ad esempio tra i 70mila casi circa di morte improvvisa (da infarto, da aritmia,.... omissis...), chi induce più atti di chirurgica vascolare tardiva, se non ortopedica demolitiva[4]? La risposta è nella tabella stessa: sono tutte condizioni molto gravi !

I Colleghi inglesi qualche anno fa hanno scelto, ad esempio, di dentificare e curare TUTTI i cittadini affetti da ipercolesterolemia familiare, in considerazione dell'alta mortalità giovanile ad essa associata, e per questa ragione il servizio sanitario inglese ha attivato una rete di centri lipidologici ad hoc [2] [3], in analogia con altri paesi [4]; la letteratura ha sottolineato più volte la necessità di identificare queste gravissime malattie asintomatiche, arrivando a considerare le cardiopatie a base genetica (tutte !) *come uno dei settori più utili della genetica in medicina* [5].

In uno dei sacri volumi di riferimento per i medici e gli esperti in metabolismo [6], l'iperlipidemia familiare combinata, degna compare della ipercolesterolemia familiare, viene identificata, tra tutte le malattie metaboliche, come "la più grave e frequente causa" di ateromasia precoce nei paesi industrialzzati.

Le linee guida italiane e internazionali, sostanzialmente recepite anche in alcuni Piani Regionali di Prevenzione e dal Ministero [1] e tenute in considerazione finanche nell'ambito delle note AIFA[5], consigliano l'attuazione di misure diagnostiche precoci in strettissima cooperazione con i laboratori lipidologici in grado di effettuare specifici accertamenti analitici, dettagliatamente riportati nel documento ministeriale [1].

In buona sostanza, si dà seguito a quanto raccomandato dalla letteratura e dagli esperti del Gruppo di Studio delle Malattie Dismetaboliche e dell'Aterosclerosi e di altre società scientifiche [7,8] (www.gruppostudioaterosclerosi.it), confermate anche dalle linee guida europee di cardiologia, che sottolineano il ruolo di queste malattie metaboliche nel determinismo dell'infarto precoce e dell'ateromasia coronarica e poli-distrettuale. Inoltre l'uso appropriato della diagnostica di laboratorio nella Family Medicine, consente di iniziare, quando appropriato e in casi gravi, la dieta o la terapia preventiva nei giovani e nei bambini, come suggerito anche dalla letteratura più recente [9][10].

Quando l'alleanza tra clinica e laboratorio è stretta e fondata sul ragionamento clinico da

[4] Con centinaia di amputazioni di arto/i ogni anno nella nostra regione, delle quali l'85 % in iperlipoproteinemici o diabetici.

[5] Recentemente modificate e rese meno attinenti alla realtà clinica del malato e di di più difficile interpretazione per il Medico, e non del tutto attinenti alle segnalazioni della letteratura internazionale

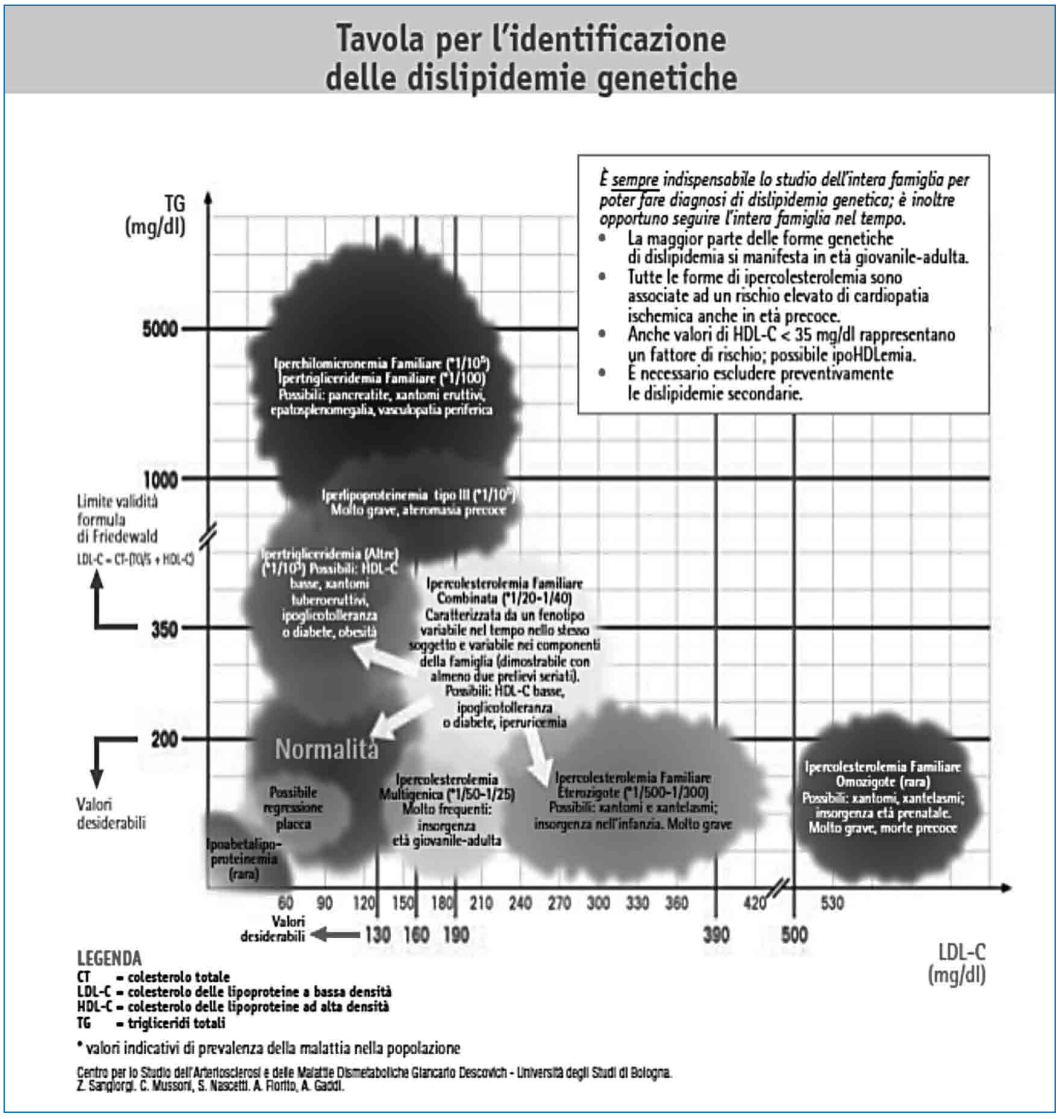

Figura 1

un lato e sul rigoroso controllo di qualità dei dati dall'altro, le formulazioni diagnostiche e le scelte terapeutiche risultano efficaci ed effettuabili anche nel setting della medicina generale, senza aggravio di tempo per il Medico. Attenzione Colleghi: non si propone di fare diagnosi delle famose "malattie di laboratorio" (guai a noi!) ma al contrario per integrare il dato clinico, la familiarità e il dato di laboratorio e formulare diagnosi di ben precise malatie genetiche con prognosi nota. E tutto ciò è facile!

La figura 1, pubblicata alcuni anni fa, oggetto di sperimentazioni aziendali con i MMG e a suo tempo (in varie edizioni) presentata ai MMG nell'ambito di convegni e corsi o attraverso opuscoli, fornisce un esempio di come dall'incrocio di pochi analiti, *assieme a criteri clinici*, si possano formulare diagnosti corrette. Si assume però che gli analiti siano quelli giusti e misurati in modo accurato: a titolo d'esempio, che LDLc sia proprio il colesterolo LDL e non coleserolo delle Lp(a) o di altre lipoproteine.

Oggi la genetica offre la possibilità di "misurare" predittori individuali di malattia grave in tempi molto brevi e con costi bassi e di identificare "in tempo reale" numerose delle

condizioni elencate nella tabella dei QdS del Ministero.

Questa che proponiamo non è la medicina predittiva cardiovascolare del futuro[6], ma quella del presente, con tempi e costi assolutamente risibili, e quindi attuabile *hic et nunc*.
Come spesso accade, azioni facili e utili, efficaci ed efficienti, trovano ostacoli nelle inerzie burocratiche. Nessuno chiede a chi amministra la sanità di trovare risorse e fondi oggi non pensabili, né di trasformarsi in clinico medico. *Ma di ascoltare il parere dei Medici, questo sì, anche per dare corretto seguito a quanto i piani di prevenzione insistentemente propongono.*
Facciamo qualche esempio: risparmiare su prestazioni di primo e secondo livello [1] utili alla diagnosi delle condizioni sub c), f), g), h) ed i) (della Tabella del Ministero della Salute), per non creare centri ad hoc oppure per non attivare convenzioni con i centri che hanno le strutture idonee, *determina in modo certo e prevedibile, una spesa tra le 5 e le 15 volte superiore* (tutta a carico del SSN) nei due anni successivi (se facciamo riferimento a pazienti di una certa età), o nel decennio successivo (se facciamo riferimento agli adulti).
Ed ecco che le famiglie in cui più membri hanno malattie genetiche del metabolismo lipidico non sono agevolate nelle microscopiche spese per la diagnostica precoce, e assieme sono esposte a disagio, danni e maggiori spese per le complicanze, che *sistematicamente* si verificano quando manca una strategia diagnostica e preventiva; divengono così coorti neglette, salvo trasferirsi in paesi dove questo tipo di diagnostica è facilmente accessibile e spesso garantita dello stato. Il documento ministeriale parla di "appropriatezza" e via elettiva per fare appropriatezza nella prevenzione delle MCV, ma questi pazienti restano negletti. E non parliamo qui di aspetti etici e giuridici...
Non è una prescrizione di statine [11], usualmente sottodosata e ottenuta giocando – a causa dell'assenza di criteri diagnostici hard – sull'interpretazione di una confusa nota 13, quella che risolve i problemi di queste Famiglie; e spesso non modifica neanche la prognosi (dosaggi inappropriati, goal non raggiunti, scarsa complicanze, presenza di fattori genetici aggiuntivi non curati ecc.)
Chiediamoci ora chi deve decidere quali pazienti sottoporre allo screening di lipidomica o a quello genetico diretto, oggi alla portata di tutti? Chi deve decidere quando il ricorso all'analita più inflazionato del momento (il famoso colesterolo totale[7]) non basta ?
La risposta è una e può essere una sola: noi Medici! Alcuni di noi sono già preparati, spesso a livello specialistico, altri si potranno documentare; tutti comunque hanno il discernimento clinico, la responsabilità del malato e che conosco bene i loro pazienti e le loro famiglie.
Non altri! Alle amministrazioni resta il compito di agevolare queste attività, non solo in quanto etiche e coerenti con il "nomos" (lo spirito della legge), non solo in quanto concordanti con quanto la scienza clinica suggerisce, ma anche in quanto appropriate e coerenti con le linee guida della migliore sanità pubblica.

Bibliografia

1. Boccanelli A, Cao, P.G., Chiariello, L., Chiesa, R, Cornalba, G.P., Gaddi, A.V., Gandini, G., Lenzi, G.L., Martelli, V., Musumeci, F., Oleari, F., Palumbo, F., Simonetti, G., Zangrillo, A. (2010) *Criteri per l'appropriatezza clinica tecnologica e strutturale nell'assistenza alle malatie cardiovascolari.* Quaderni della Salute, vol 1. Ministero della Salute, Rome
2. Taylor A, Patel K, Tsedeke J, Humphries SE, Norbury G (2010) *Mutation screening in patients for familial hypercholesterolaemia* (ADH). Clinical genetics 77 (1):97-99. doi:10.1111/j.1399-0004.2009.01279.x
3. Taylor A, Wang D, Patel K, Whittall R, Wood G, Farrer M, Neely RD, Fairgrieve S, Nair D, Barbir M, Jones JL, Egan S, Everdale R, Lolin Y, Hughes E, Cooper JA, Hadfield SG, Norbury G, Humphri-

[6] Prevenzione, predizione, probabilità, compessità, visione olistica, system medicine... forse ne discuteremo in futuro: qui basti precisare che ci riferiamo a *tutto ciò che è veramente utile per scongiurare malatie gravi e imminenti in soggetti asintomatici o paucisintomatici.*

[7] Il colesterolo totale è la somma di colesterolo VLDL, Lp(a), LDL, LDSsd, IDL, HDL ecc. che non ha, ovviamente, valore a livello individuale, anche se è stato molto utile nella storia dell'epidemiologia e lo è ancora un poco (ma poco !)..... per le carte del rischio...

es SE (2010) *Mutation detection rate and spectrum in familial hypercholesterolaemia patients in the UK pilot cascade project.* Clinical genetics 77 (6):572-580. doi:10.1111/j.1399-0004.2009.01356.x
4. Watts GF, van Bockxmeer FM, Bates T, Burnett JR, Juniper A, O'Leary P (2010) *A new model of care for familial hypercholesterolaemia from Western Australia: closing a major gap in preventive cardiology.* Heart, lung & circulation 19 (7):419-422. doi:10.1016/j.hlc.2010.02.002
5. Burton H, Alberg C, Hall A, Sagoo GS, Stewart A, Inherited Cardiovascular Conditions S (2010) *Inherited cardiovascular conditions: the challenges of genomic medicine.* Heart 96 (6):474-476. doi:10.1136/hrt.2009.189159
6. Scriver CR, Beaudet, A.L., Sly, W.S., Valle, D. (1993) *The metabolic basis of inherited disease.* McGraw-Hill, New York
7. Gaddi A, Galetti C, Pauciullo P, Arca M (1999) *Familial combined hyperlipoproteinemia: experts panel position on diagnostic criteria for clinical practice. Committee of experts of the Atherosclerosis and Dysmetabolic Disorders Study Group.* Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases: NMCD 9 (6):304-311
8. Gaddi A, Cicero AF, Odoo FO, Poli AA, Paoletti R, Atherosclerosis, Metabolic Diseases Study G (2007) *Practical guidelines for familial combined hyperlipidemia diagnosis: an up-date.* Vascular health and risk management 3 (6):877-886
9. Elis A, Zhou R, Stein EA (2013) *Treatment of familial hypercholesterolaemia in children and adolescents in the last three decades.* Cardiology in the young:1-5. doi:10.1017/S1047951113000528
10. Espinheira Mdo C, Vasconcelos C, Medeiros AM, Alves AC, Bourbon M, Guerra A (2013) *Hypercholesterolemia--a disease with expression from childhood.* Revista portuguesa de cardiologia: orgao oficial da Sociedade Portuguesa de Cardiologia = Portuguese journal of cardiology: an official journal of the Portuguese Society of Cardiology 32 (5):379-386. doi:10.1016/j.repc.2012.09.008
11. Poluzzi E, Strahinja P, Lanzoni M, Vargiu A, Silvani MC, Motola D, Gaddi A, Vaccheri A, Montanaro N (2008) *Adherence to statin therapy and patients' cardiovascular risk: a pharmacoepidemiological study in Italy.* European journal of clinical pharmacology 64 (4):425-432. doi:10.1007/s00228-007-0428-8

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

L'oggi e il domani

I malati rari e autoimmuni scrivono alla ministra Lorenzin

Gentile Ministro,
gentili Presidenti e Dottori,
Inviamo questa comune proposta alle sedi istituzionali, da noi individuate come riferimento per la promozione della salute e il governo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), al fine di contribuire al bene comune ed alla piena realizzazione del dettato costituzionale che sancisce la tutela della salute a tutti i livelli e classi sociali ed conseguente il diritto di ciascun cittadino ad essere curato in modo adeguato. Questa lettera è scritta da due rappresentanti di una categoria di malati 'speciali' ma vi preghiamo di considerarla scritta da migliaia di mani Invisibili, le mani dei malati Rari e Autoimmuni.
Le malattie rare non sempre colpiscono dalla nascita o nella prima infanzia, oltre il 50% si manifesta nell'età adulta. Inoltre, se quasi tutte le malattie genetiche sono malattie rare, queste ultime non tutte sono genetiche. Esistono malattie infettive rarissime, così come autoimmuni per cui la causa è tutt'oggi sconosciuta.
Rappresentiamo gruppi di persone che hanno patologie uguali o completamente diverse l'una dall'altra, con sintomi e iter diagnostici differenti o simili che incidono profondamente sulla loro qualità di vita. Molte malattie rare e autoimmuni ledono corpo e mente, accompagnandosi a deficit sensoriali, motorie e mentali, oltre a rendere la persona più vulnerabile sul piano psicologico, sociale ed economico. Il paziente si sente perso e la famiglia diventa il solo e unico punto di riferimento con un carico emotivo ed economico non indifferente.
Siamo pazienti stanchi di vagabondare da uno studio medico all'altro e stanchi di intraprendere i così detti "viaggi delle speranza" fuori regione di appartenenza, gravosi sia sul piano economico che fisico. Sfiniti di rispiegare all'infinito disturbi e di sottoporsi a terapie inappropriate. Combattiamo per anni contro malattie molto insidiose e bizzarre, che non permettono diagnosi precise, celeri o definitive. Questo perché le malattie seppur simili, hanno sviluppi e decorsi completamente diversi. Sottoposti ad esami costosi a volte inutili ed invasivi che invece di agevolare la diagnosi peggiorano il quadro e la sintomatologia. Alla difficoltà di diagnosi si affianca la diversità dei protocolli terapeutici non solo da regione a regione, ma anche da ospedale a ospedale, anche nella stessa città o nella area territoriale di competenza di una stessa ASL. Questo si riversa negativamente sugli esiti delle cure e quindi sui risultati ottenuti o ottenibili.
Esistono numerose associazioni di pazienti che si organizzano e tra loro si danno consigli, si aiutano. Diventano dei veri esperti della patologia. Queste associazioni di pazienti e questi gruppi sono importantissimi perché creano una rete tra i malati mentre è difficile che un medico possa incontrare nella sua vita professionale tanti casi.
Grazie a questa rete e allo scambio di esperienze abbiamo capito l'importanza di avere un approccio multidisciplinare nella gestione della malattia. Stiamo parlando di malattie particolari e difficili nella loro sintomatologia, per cui non è possibile trattare un paziente che ha una malattia sistemica rara e autoimmune, come una qualsiasi malattia localizzata o localizzabile e non comunicare con gli altri specialisti che hanno in carico il paziente e peggio ancora sobbarcare il paziente di quest'onere rischiando di riportare diagnosi sbagliate o di omettere dati significativi sulla malattia.
Tale gestione, devastante sul piano fisico e psicologico, non fa altro che peggiorare la situazione o ritardare di anni le diagnosi che in media vanno già dai 10 ai 20 anni. Eppure di "patologie difficili", che comprendono pure la malattie orfane - quelle abbandonate dalla ricerca e dalla medicina - se ne fa un

gran parlare. Si ripete che la ricerca deve attivarsi per trovare una cura, che le istituzioni dovrebbero impegnare più fondi per coinvolgere più medici e biologi, che le case farmaceutiche dovrebbero investire maggiormente in tale settore.
Cosa chiediamo allora noi malati rari e autoimmuni? Chiediamo che gli organi competenti, in collaborazione con rappresentanti delle associazioni dei pazienti, definiscano linee guida e protocolli uniformi di gestione per le malattie rare e autoimmuni, da realizzare in ogni regione. La nostra esperienza ci conferma che sono necessarie.
- Prevedere Equipe multi specialistiche disciplinari (immunologo, reumatologo, ematologo, gastroenterologo, dermatologo, oculista, otorino, urologo, nefrologo, ginecologo, cardiologo, endocrinologo, neurologo, psicologo, ortopedico, fisioterapista, oncologo, terapista del dolore e genetista) presso ospedali o altre strutture sanitarie pubbliche o private accreditate in grado di garantire una presa in carico integrata e globale, a 360°, della malattia, superando il limite dei Centri di riferimento per malattie rare, che già esistono come "sportelli regionali", perché le attività di questi nostri attuali interlocutori istituzionali si limita alla segnalazione amministrativa delle diverse professionalità e delle modalità di un possibile contatto con esse, lasciando al paziente l'onere improprio di realizzare in modo autonomo il difficile raccordo tra i diversi professionisti. Dare uno spessore clinico e non meramente amministrativo ai Centri di Riferimento, contribuirebbe ad evitare ritardi o, peggio, diagnosi errate, consentendo risparmi in termini economici per il paziente e per il SSN, favorirebbe la comprensione della dinamica di processi morbosi che ancor oggi ancora mostrano lati molto oscuri, ridurrebbe in modo significativo fattori iatrogeni migliorando la qualità della vita dei pazienti.
- Uniformare la preparazione e l'esecuzione di esami diagnostici invasivi come la gastrosco-

Responsabilità civile Professionale del Medico

Con la sua iscrizione all'Ordine dei medici, Lei ha diritto per tre anni alla copertura assicurativa per la Responsabilità civile Professionale del Medico con la speciale Formula Young, di Assicuratrice Milanese.

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

-NESSUNO SCOPERTO PER DANNI A PERSONE.
-TUTELA LEGALE PENALE E CIVILE ILLIMITATA.
-MASSIMALE DI GARANZIA €2.000.000,00.

PREMIO € 250,00

N.B.: La responsabilità civile Professionale Formula Young è riservata esclusivamente ai medici nei primi tre anni di iscrizione all'ordine Professionale e cessa alla prima scadenza annuale oltre tale limite.

Per informazioni :

GAFEMAR SRL
VIA RAMENGHI, 12 40133 BOLOGNA 05119980051 info@gafemar.it
Riferimento: Giuseppe Verardi 3384058137
Gafemar srl è un Intermediario Assicurativo iscritto al Registro IVASS (RUI) al n. A000348325

pia o la colonscopia che, ancora in molti ospedali, vengono eseguite senza sedazione, sottoponendo il paziente ad uno stress inutile, giustificandosi dietro al fatto che per la sedazione occorre un anestesista e quindi un impegno di risorse umane ed economiche. Questo è falso, perché abbiamo provato posti dove la sedazione viene fatta eccome, ed è una semplice infiltrazione di Valium per endovenosa, senza la necessità di anestesisti e soprattutto senza indurre il pazienti a torture dalle metodiche a dir poco medievali.

- Introdurre nei centri prelievi di biglietti dedicati ai pazienti con malattie rare e autoimmuni per evitare le lunghe code in sala d'attesa con il rischio di contrarre virus o quant'altro che possa peggiorare anche drasticamente la salute del paziente.
- Uniformare nei laboratori degli ospedali i valori di riferimento negli esami del sangue per agevolare il paziente e i medici nella gestione della malattia.
- Inserire le malattie rare ancora in attesa di riconoscimento
- Introdurre nelle commissioni mediche incaricate per il riconoscimento dell'invalidità e della inabilità al lavoro di uno specialista competente nelle malattie rare e autoimmuni.
- Realizzare una forte azione formativa per promuovere, nel personale delle Equipe Cliniche afferenti ai Centri di riferimento, lo sviluppo di specifiche competenze tecnico-scientifiche e relazionali.

Come malati rari siamo i primi a comprendere la difficoltà nel districarsi in questo mondo, ma siamo certi e sicuri che molte delle difficoltà sono autoprodotte dal sistema di gestione.

Siamo disponibili in prima persona come malati, ad incontrare i responsabili dei vari dipartimenti della salute del nostro paese per cominciare a stilare un progetto che porti al più presto a quanto sopra descritto. Siamo altrettanto certi che vi farete carico di studiare questa nostra proposta, al fine di individuare la migliore soluzione, per arrivare a semplificare la nostra vita, ma siamo altrettanto pronti ad andare avanti presso le sedi competenti per non lasciar cadere nel vuoto questo nostro progetto.

Distinti saluti.

Referenti
Deborah Capanna
Referente regionale della Liguria
di SIMBA onlus
Fernando GCAA

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

L'esercito delle sperimentazioni fantasma

Ci sono almeno 250 mila persone nel mondo che hanno preso parte a un trial clinico che è stato chiuso dai promotori senza che i suoi risultati siano stati resi pubblici alla comunità scientifica. 250 mila volontari, l'equivalente della popolazione di Venezia, che hanno subito gli effetti collaterali di un trattamento, hanno pensato di contribuire ai progressi della medicina, hanno riposto le speranze in una cura senza che ciò recasse benefici a nessuno.

La denuncia arriva dalle pagine del "British Medical Journal" che ha pubblicato il 29 ottobre un ampio studio dal titolo: "Non-publication of large randomized clinical trials: cross sectional analysis" BMJ 2013; 347 doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6104 http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6104 che si inserisce in una lunga campagna della rivista a favore della pubblicazione di tutti i risultati dei trial clinici, anche di quelli che non hanno sortito i risultati sperati dai promotori. E da cui emerge che un terzo delle sperimentazioni cliniche di grandi dimensione realizzate negli ultimi anni è finito nell'oblio, senza che i risultati fossero pubblicati su nessuna rivista scientifica.

«I trial clinici randomizzati sono uno strumento essenziale per il progresso delle conoscenze mediche», spiegano i ricercatori. «Sono resi possibili dal desiderio dei partecipanti di esporsi in prima persona al rischio di sottoporsi a trattamenti dall'efficacia non provata, alla randomizzazione, all'assegnazione in cieco [a un braccio o l'altro dello studio]. La giustificazione etica di questi rischi è che la società può beneficiare delle conoscenze derivanti dal trial», aggiungono. «Poiché i rischi del coinvolgimento in un trial possono essere significativi e poiché i partecipanti spesso non traggono nessun beneficio diretto dalla partecipazione al trial, sono state messe a punto diverse misure per proteggere i partecipanti prima e durante il trial».

Il problema è che a lungo nessuno ha pensato alle garanzie da offrire ai partecipanti al termine dello studio. Almeno fino alla fine degli anni Novanta, quando negli Stati Uniti è stato istituito un registro dei trial clinici per fornire un accesso pubblico alle informazioni su tutte le sperimentazioni realizzate in territorio americano. Qualche anno più tardi questo registro diventa ClinicalTrials.gov <http://ClinicalTrials.gov>, il più grande database sui trial clinici al mondo ed entra in vigore l'obbligo di rendere pubblici tutti i risultati delle sperimentazioni con determinate caratteristiche (per esempio quelle che comportano l'impiego dei farmaci).

La pubblicazione di tutti i risultati non è un'idea balzana venuta in mente a qualche purista del metodo scientifico. Serve, per esempio, per evitare che i ricercatori o gli sponsor cedano alla tentazione di pubblicare i risultati solo quando sono positivi. Così facendo si altera in maniera decisiva la conoscenza su un farmaco o un qualunque intervento medico. Inoltre si «viola l'obbligo etico che si ha nei confronti dei partecipanti», spiegano i ricercatori. Infatti «quando i risultati di un trial restano non pubblicati i benefici sociali che possono aver motivato alcuni a partecipare allo studio restano irrealizzati».

Sulle dimensioni del sommerso della ricerca si discute da tempo. Ma ci sono pochi numeri certi. Per questa ragione, il team ha passato in rassegna tutti i trial clinici con più di 500 partecipanti registrati su ClinicalTrials.gov <http://ClinicalTrials.gov> e completati prima del gennaio 2009. Successivamente ha verificato se i risultati di quelle sperimentazioni fossero stati pubblicati su riviste scientifiche interrogando i principali database medici. Risultato: dei 585 trial registrati 171 (il 29 per cento) non erano mai stati pubblicati su riviste scientifiche. Dell'80 per cento di questi non erano presenti i risultati nemmeno su ClinicalTrials.gov <http://ClinicalTrials.gov>.

«Abbiamo identificato circa 250 mila persone per le quali non siamo in grado di trovare nella letteratura scientifica i risultati della sperimentazione a cui hanno preso parte», scrivono i ricercatori. Perché ciò è avvenuto? Per i ricercatori la ragione risiede nella «discrepanza tra i risultati osservati e quelli desiderati o nella protezione della proprietà intellettuale», aggiungono. Ragioni che dovrebbero cedere il passo «all'obbligo etico nei confronti dei partecipanti di pubblicare i risultati delle sperimentazioni», concludono.
Tuttavia, oltre all'etica ci sono altre ragioni per cui la pubblicazione dei dati è essenziale. L'hanno spiegata numerose associazioni scientifiche (tra cui lo stesso Bmj group) che nei mesi scorsi hanno lanciato on line sul sito www.alltrials.net una petizione per rendere obbligatoria la pubblicazione dei risultati di tutti i trial clinici.
«L'informazione su cosa è stato fatto e su cosa è stato trovato [nelle sperimentazioni non pubblicate] si è persa per sempre e ciò produrrà peggiori decisioni sui trattamenti, la perdita di un'occasione per fare buona medicina e, probabilmente, nuovi trial clinici analoghi e non necessari su persone e animali».

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

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

Bologna - via dell'Osservanza, 19

Centralino:
tel. 051 580395

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

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

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

Ambulatorio Centro Nuove Dipendenze
(gioco d'azzardo patologico, Internet, ecc.)
Tel. 329.0887517
Coordinatrice Dott.ssa Arianna Torroni
Medico Chirurgo Specialista in Psichiatria

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

***

Scoperti 48 nuovi geni legati all'insorgenza della sclerosi multipla

Uno studio condotto dall'International Multiple Sclerosis Genetics Consortium ha permesso di individuare 48 nuove varianti genetiche che influenzano il rischio di sviluppare la sclerosi multipla. Grazie a questa scoperta, ora sono 110 le varianti genetiche note associate alla sclerosi multipla. Al lavoro, pubblicato su *Nature Genetics*, hanno partecipato anche scienziati italiani dell'Irccs San Raffaele di Milano e dell'università degli Studi del Piemonte Orientale di Novara. I geni individuati confermano il ruolo del sistema immunitario all'origine della patologia e mostrano una sovrapposizione con geni già noti per essere coinvolti in altre malattie del sistema immunitario. La nuova ricerca si presenta come "il più grande studio internazionale mai condotto in ambito di genetica di sclerosi multipla". Ha coinvolto 193 scienziati di 84 gruppi di ricerca in 13 Paesi, e ha ricevuto fondi da oltre 40 enti e associazioni di pazienti, compresa la Fondazione italiana sclerosi multipla (Fism). È stato analizzato il Dna di 29.300 persone con sclerosi multipla e 50.794 controlli sani. La Fism ha finanziato la tipizzazione e l'analisi del genoma di mille italiani con sclerosi multipla e mille controlli sani, presso l'università di Novara e l'Istituto di via Olgettina.
http://www.nature.com/ng/journal/vaop/ncurrent/full/ng.2770.html

***

La depressione femminile può dipendere dalla tiroide

Sei milioni di italiani sono colpiti da una malattia tiroidea e la più frequente è l'ipotiroidismo, una patologia che colpisce soprattutto le donne (6-7 volte in più degli uomini) e causa stanchezza cronica, depressione, dolori muscolari, secchezza della pelle e disturbi intestinali. Sintomi comuni a tante altre patologie e per questo solo a una paziente su cinque viene diagnosticata e trattata in modo corretto. È quanto emerge dal Forum Internazionale "Novità per l'Ipotiroidismo" organizzato a Gubbio dalla Fondazione IBSA per la Ricerca Scientifica. "L'ipotiroidismo interessa il 5% delle donne italiane e si manifesta in modo lento e graduale – sottolinea Paolo Vitti, Direttore di Endocrinologia, Università di Pisa –. Troppe volte il medico di medicina generale non ipotizza che dietro ad un malessere femminile ci sia la tiroide, ghiandola endocrina posta alla base del collo. Quindi prescrive all'assistita esami generici come l'emocromo, invece degli ormoni tiroidei e la diagnosi di malattia tiroidea arriva in ritardo. Tutto questo mentre la ricerca medica prosegue e sta portando a terapie sempre più efficaci e personalizzate". "La principale novità, nella lotta contro questa malattia, è la possibilità di utilizzare una terapia sempre più adatta ad ogni singolo paziente – afferma Domenico Salvatore del Dipartimento di Endocrinologia, Oncologia Molecolare e Clinica dell'Università Federico II di Napoli –. Bisogna quindi personalizzare il trattamento e capire quanto ormone somministrare. Una dose sbagliata può provocare disturbi psico-fisici a livello cerebrale come astenia, difficoltà nel mantenere la concentrazione, deficit cognitivo e depressione. Per troppo tempo si è pensato che bastasse una pastiglietta al giorno per risolvere tutti i problemi della tiroide. Ora sappiamo che non è così e dobbiamo quindi aggiornare le nostre conoscenze". L'ipertiroidismo è "una patologia sempre più diffusa, ma al tempo stesso molto sottovalutata e sotto diagnosticata", ricorda Vitti. Per questo – afferma il Direttore Silvia Misiti – obiettivo della Fondazione è potenziare la ricerca, informare i medici di famiglia sulle novità in campo scientifico e offrire un punto di incontro internazionale per ricercatori, appassionati, studenti, famiglie, medici e pazienti.

***

Un test del suicidio da sudore mano. Messo a punto da team ricercatori svedesi e tedeschi

Messo a punto un test per scoprire se un paziente depresso ha serie intenzioni di suicidarsi: l'esame si basa sulla misura dell'attività delle ghiandole sudoripare della mano in risposta a stimoli esterni. Messo a punto da un team di ricercatori svedesi e tedeschi il test è spiegato sul *Journal*

of Psychiatric Research. Gli esperti hanno coorelato una condizione definita di iporeattività (bassa reattività agli stimoli) con le reali intenzioni uccidersi di un individuo depresso.

***

Sport già ad elementari previene diabete. Dovrebbe però essere insegnata da docenti di attività fisica

Nuova conferma sull'utilità della ginnastica a scuola per la salute dei ragazzi, insegnata però da docenti di attività fisica e non dagli stessi maestri, arriva dall'Australian National University di Canberra con uno studio pubblicato sul *Medicine & Science in Sport Exercise*. L'indagine dimostra che i bimbi che avevano svolto 2 ore la settimana di ginnastica con un insegnante di attività fisica (metà del campione) avevano migliorato l'insulino resistenza, prevenendo patologie come il diabete.

***

Dall'Australia uno studio sulle virtù terapeutiche del veleno degli insetti

La Scolopendra, volgarmente chiamata centopiedi, è un tipo di artropode che spesso troviamo nei boschi. Negli ultimi anni, anche la medicina Occidentale, alla stregua di quella Orientale, comincia a valutare l'utilizzo di alcuni composti chimici provenienti dal regno animale. Il centopiedi, in particolare, si è rivelato utile nel trattamento del dolore cronico, alla pari della morfina, evitandone però gli avversi e noti effetti collaterali – anche pesanti. A suggerire l'utilità del veleno di Scolopendra è uno studio australiano e cinese recentemente pubblicato su *PNAS, Proceedings of the National Academy of Sciences*, che ha trovato in questo artropode una piccola proteina – più precisamente un peptide – in grado di alterare la funzione dei canali nervosi. "Gli artropodi predatori velenosi come i millepiedi, gli scorpioni e i ragni, elaborarono un paio di centinaia di milioni di anni fa il modo migliore per uccidere un insetto che è quello di colpire il loro sistema nervoso. Per tale motivo abbiamo deciso di studiare il veleno dei millepiedi", spiega il co-autore Glenn King, dell'Università di Istituto del Queensland for Molecular Bioscience. Veleno che, va precisato, viene utilizzato già da moltissimo tempo in Medicina Tradizionale Cinese. Allo stato attuale in Occidente ci sono soltanto 6 farmaci a base di veleno approvati per l'uso, di cui solo uno – tratto dal veleno di lumache marine predatrici (lumache a cono) – è utile nel trattamento del dolore. L'utilizzo, tuttavia, non è semplicissimo perché, come sottolinea King, per utilizzare tale veleno è necessario inserire un piccolo dispositivo impiantabile nel midollo spinale, affinché sortisca effetti positivi. I peptidi della Scolopendra, al contrario, sembra possano essere utilizzati per essere somministrati per via endovenosa, sottocutanea e, probabilmente in futuro, anche oralmente. La necessità di trovare una cura efficace e di semplice somministrazione per il trattamento del dolore cronico è di vitale importanza visto che i farmaci attualmente disponibili non sono privi di effetti collaterali; anzi, ne hanno fin troppi – senza considerarne la dipendenza. Tutto ciò accade anche per i farmaci da banco (OTC) come quelli l'ibuprofene, l'aspirina e la codeina. Quelli a base di oppioidi, poi, sono ancora peggio: l'organismo facilmente ci si abitua, creando assuefazione, per cui sono necessarie dosi sempre più elevate affinché abbiano effetto. "Quando si inizia ad assumerli, il recettore oppioide si autoregola, ciò significa che abbiamo bisogno di prendere il farmaco in dosi sempre maggiori per ottenere gli stessi effetti. Quindi ne assumiamo sempre di più", precisa King. Un docente di Clinica della Deakin University afferma che lo studio condotto sul veleno della Scolopendra ha offre interessanti sviluppi. "Un farmaco che si è rivelato come un bloccante selettivo del Nav1.7 [un canale di ioni di sodio che interviene nel meccanismo del dolore] sarebbe forse un antidolorifico perfetto, in quanto selettivamente ed efficacemente impedisce la generazione di segnali di dolore dal tessuto, mentre non interessa le altre funzioni nervose – scrivono i ricercatori –. Ci sono persone che nascono con i canali Nav1.7 non funzionali e queste persone hanno una totale incapacità di percepire il dolore, senza altri problemi di rilievo a parte la perdita di sensibilità dell'olfatto. Dimentichiamoci di utilizzare oppiacei per alleviare il dolore, questo nuovo farmaco potrebbe significare non aver più alcun dolore da alleviare. Sarebbe una classe di farmaci del tutto nuova". A questo punto non resta altro che testare il prodotto anche su esseri umani, visto che lo studio è stato condotto solo su modello animale. Prima, però, probabilmente verrà eseguito su un tipo di roditori

ancora più simili – in termini di salute – all'uomo.
http://www.pnas.org/content/early/2013/09/25/1306285110.abstract?sid=2dd37f50-1939-47e6-860a-791128fbc2b1

***

Poco sale, molti minerali e cucinare a casa per salute cuore. Dieta 'dash' riduce ipertensione e insufficienza cardiaca

Bastano 21 giorni di con pochissimo sale e molti minerali, come potassio, magnesio, calcio ed antiossidanti per ridurre la pressione del sangue e l'insufficienza cardiaca, con effetti simili ai farmaci. Lo dimostrano i medici dell'università del Michigan che hanno sperimentato un particolare regime alimentare, da loro ideato e perfino cucinato nel laboratorio di cucina metabolica annesso al dipartimento. La dieta si chiama 'dash', dietary approaches to stop hypertension' ed è stata valutata su 13 pazienti di 60-70 anni di età affetti da insufficienza cardiaca e pressione alta. I risultati sono stati presentati i giorni scorsi al congresso della Heart Failure Society of America, ad Orlando e pubblicati su *Circulation Heart Failure*. La dieta dash si basa sul consumo di cibi preferibilmente cucinati e consumati a casa e al massimo 1,150 milligrammi di sale al giorno invece che i 4 mg che consumano in media gli uomini e i 3 mg delle donne (medie americane). "I cibi consumati fuori casa contengono troppo sale" precisa Scott Hummel del dipartimento di medicina interna che ha condotto lo studio. "Al posto del sodio la nostra dieta include molto potassio, magnesio,calcio e antiossidanti.
Dopo 21 giorni abbiamo ottenuto risultati simili a quelli che si ottengono con i farmaci per l'ipertensione" afferma Scott. Precisa lo specialista: "Il nostro studio, benché su un campione limitato, dimostra che l'alimentazione può migliorare il rilassamento del ventricolo sinistro del cuore, ridurre l'indurimento delle pareti del cuore e migliorare il flusso sanguigno fra cuore e arterie". I ricercatori precisano che non si tratta di una dieta 'fasi da te' ma di un regime alimentare che va attentamente prescritto e monitorato dei medici.

***

Atlante Sclerosi Multipla, 2,3 mln malati nel mondo. Donne 2 volte più a rischio, 5% pazienti la sviluppa prima dei 18 anni

Sempre più persone con Sclerosi Multipla nel mondo: nel 2013 il numero dei pazienti ha toccato quota 2,3 milioni, il 9,5% in più rispetto al 2008, quando risultavano essere 2,1 milioni. È quanto emerge da Atlas, la più vasta indagine mondiale della malattia, la cui nuova versione è stata presentata al congresso dell'European Committee for Research and Treatment in Multiple Sclerosis (Ectrims), tenutosi a Copenhagen. Il nuovo 'Atlante' fornisce anche i dati sulla prevalenza di sclerosi multipla nei bambini: fino al 5% dei pazienti sviluppa la malattia prima dei 18 anni. E conferma che le donne hanno una probabilità due volte più alta di avere la Sclerosi Multipla rispetto agli uomini, e in alcuni Paesi addirittura tre volte più alte.
L'Italia figura fra i Paesi con una prevalenza di sclerosi multipla pari a meno di 100 persone su 100.000 abitanti, la fascia più bassa. In Italia la Scelrosi Multipla colpisce 68 mila persone.
Da Atlas emerge anche che il numero di neurologi in tutto il mondo è aumentato del 30% e che la fornitura di apparecchiature di risonanza magnetica, che sono fondamentali per la diagnosi precoce e il trattamento della sclerosi multipla, è raddoppiata negli ultimi 5 anni nei Paesi emergenti. Le terapie sono in parte o interamente finanziate dai Governi nel 96% dei Paesi ad alto reddito, ma la quota scende a zero nei Paesi a basso reddito. L'Atlante (Atlas) della Sclerosi Multipla 2013 è stato pubblicato dalla Federazione Internazionale Sclerosi Multipla (MSIF) con sede a Londra, aggiornando la prima versione pubblicata nel 2008. L'Atlas della Sclerosi Multipla 2013 mostra che ci sono più persone con Sclerosi Multipla in tutto il mondo rispetto a quanto è stato precedentemente stimato e, che nei Paesi a basso reddito, non vi è alcun finanziamento pubblico per i farmaci e per il trattamento. Ecco perché si chiede più ricerca scientifica per vincere la malattia e dare qualità di vita ai malati e si chiede di rendere i trattamenti più accessibili a tutti. Con questa nuova edizione dell'Atlas della Sclerosi Multipla si ha un quadro molto più chiaro di dove sono le lacune e dove

sono stati fatti dei miglioramenti per la diagnosi e il trattamento. È evidente che esistono disparità non solo tra Paesi sotto sviluppati ed emergenti, ma all'interno dei Paesi stessi.

***

Dieta mediterranea e diabete

La dieta mediterranea e le diete povere di carboidrati possono proteggere dal diabete di tipo 2.
È quanto emerge da uno studio condotto da ricercatori del dipartimento di Epidemiologia dell'IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e pubblicato sulla rivista *Diabetologia*.
Il gruppo di ricerca ha analizzato i dati di 22.295 persone già arruolati per un altro studio. Dopo essere stati seguiti attivamente per 11 anni, si sono verificati 2.330 casi di diabete di tipo 2. Le informazioni sui consumi alimentari, raccolte tramite questionario, hanno permesso ai ricercatori di definire per ogni soggetto un punteggio da 0 a 10 che stima l'aderenza alla dieta mediterranea e un punteggio che misura i carboidrati disponibili nella dieta in termini di carico glicemico.
Le persone che avevano un punteggio di dieta mediterranea sopra a 6 avevano un rischio di diabete ridotto del 12% rispetto a chi aveva un punteggio minore di 4, e coloro che erano nel livello più alto di carico glicemico avevano un rischio aumentato del 21% rispetto a chi era nel livello più basso. Inoltre, una dieta che combinava aderenza alla dieta mediterranea e basso carico glicemico riduceva il rischio di diabete del 20%.
«Il ruolo della dieta mediterranea nel controllo del peso è ancora controverso, e, in molti studi condotti nei Paesi mediterranei, l'aderenza alla dieta mediterranea non era associata alla variazione di peso», ha commentato la prima firmataria dello studio, Marta Rossi dell'Istituto Mario Negri e dell'Università di Milano. «Ciò suggerisce che la protezione conferita dalla dieta mediterranea contro il diabete non avviene tramite il controllo del peso, ma attraverso altri fattori dietetici che caratterizzano la dieta mediterranea».
«Una peculiarità della dieta mediterranea e una possibile spiegazione del suo effetto protettivo è l'uso dell'olio extravergine di oliva, ricco di grassi monoinsaturi e povero di grassi saturi», ha precisato Federica Turati, dell'IRCCS Istituto Mario Negri.
Per quanto riguarda i carboidrati, il direttore del dipartimento di Epidemiologia del Mario Negri Carlo La Vecchia sostiene che «una dieta con un alto carico glicemico porta a rapidi aumenti di glucosio e conseguenti aumenti dei livelli di insulina nel sangue. L'aumentata richiesta di insulina porta a lungo andare ad un progressivo declino funzionale delle cellule beta del pancreas, e, come conseguenza, ad un'alterata tolleranza al glucosio e una maggiore resistenza all'insulina, fattore predittivo del diabete».
Mediterranean diet and glycaemic load in relation to incidence of type 2 diabetes: results from the Greek cohort of the population-based European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)

***

L'acido folico per la prevenzione di specifiche patologie congenite

L'acido folico è una vitamina del gruppo B (B9) e non viene prodotto dall'organismo, ma deve essere assunto con il cibo. Nelle donne in età fertile è stato riconosciuto come essenziale per la prevenzione delle malformazioni neonatali, in particolare per quelle a carico del tubo neurale. L'Aifa, Agenzia Italiana del Farmaco ha inserito l'acido folico a 400mcg, nell'elenco dei farmaci a rimborsabilità totale (classe A). "Basterebbe assumere l'acido folico a 400mcg per un periodo più lungo rispetto ai soli mesi iniziali della gravidanza, per contrastare i difetti del tubo neurale nei nascituri: una soluzione possibile potrebbe essere quella di incentivare l'assunzione di tale vitamina nel periodo in cui la donna inizia ad essere sessualmente attiva, senza utilizzare una contraccezione sicura, e promuovere campagne informative anche nei corsi di educazione sessuale delle scuole" ha dichiarato Maria Pia Pisoni, rappresentante dell'Associazione Spina Bifida e Idrocefalo Niguarda nel corso di un incontro con la stampa tenutosi a Milano nei giorni scorsi. Nicola Colacurci, delegato dell'Associazione Ginecologi Universitari Italiani e professore ordinario

di ginecologia e ostetricia presso la II Università degli Studi di Napoli ha aggiunto: "In una realtà come quella dell'Unione Europea in cui la pratica della fortificazione degli alimenti con acido folico risulta non percorribile, le linee guida mondiali e quelle italiane suggeriscono la supplementazione, a mezzo farmaco con il dosaggio di 400mcg, come l'unica per una reale e affidabile prevenzione di specifiche patologie congenite.

***

Camminare previene il cancro al seno. Studio dimostra che 7 ore camminata a settimana riducono rischio

Camminare un'ora al giorno tutti i giorni della settimana riduce il rischio di cancro al seno del 14%. È la scoperta frutto di una ricerca riportata sulla rivista *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. Lo studio è stato condotto dai ricercatori dell'American Cancer Society, coordinati da Alpa Patel, e ha coinvolto 73.615 donne in menopausa tra 50 e 74 anni arruolate dall'American Cancer Society tra il 1992 e il 1993. Ogni due anni le donne sono state sottoposte a check up e questionari.

***

Nel 'DNA-spazzatura' scoperta la causa di tumori e malattie genetiche

Uno studio con partecipazione dell'Istituto di genetica e biofisica del Cnr, pubblicato su *Science*, rivela le regioni del genoma che non codificano per proteine varianti con un ruolo potenziale nello sviluppo di vari tipi di cancro. Lo stesso approccio potrà essere applicato per identificare mutazioni responsabili di altre patologie. A differenza della regione che codifica proteine, dove si trovano 23.000 geni, la regione non-coding che costituisce il 98% del genoma umano non è ancora ben compresa, tanto che in passato è stata considerata un 'DNA-spazzatura'. A partire da studi recenti che hanno evidenziato la funzione di questa regione nella regolazione delle proteine, uno studio pubblicato su 'Science' e che conta tra i primi firmatari Vincenza Colonna dell'Istituto di genetica e biofisica del Consiglio nazionale delle ricerche (Igb-Cnr) di Napoli ha identificato le regioni del genoma che non codificano per proteine rilevanti dal punto di vista funzionale, scoprendone il ruolo potenziale nello sviluppo di vari tipi di tumore. Le regioni del DNA che codificano proteine e contengono geni importanti per la sopravvivenza e la salute umana subiscono una selezione 'negativa': la loro variabilità genetica è cioè ridotta affinché la funzione di tali geni si conservi inalterata. "In questa ricerca si è cercato di identificare le regioni non codificanti del genoma definite 'ultrasensitive' dove, così come nelle regioni protein-coding, le mutazioni che risultano dannose vengono rimosse e le mutazioni benefiche subiscono al contrario una selezione 'positiva' affinché la loro frequenza aumenti nelle popolazioni", spiega Vincenza Colonna dell'Igb-Cnr. "Tali mutazioni sottoposte a selezione positiva sono molto rare ma hanno effetti importanti: in questo lavoro dimostriamo per la prima volta che alcune di esse si trovano in regioni non-coding centrali per la regolazione genica".
La ricerca ha identificato in queste regioni del genoma le singole basi del DNA che, se modificate, causano gravi alterazioni funzionali e che, se la regione svolge una funzione centrale in un network di geni, possono avere gravi ripercussioni e causare malattie. Queste informazioni sono state implementate in un sistema informatico che ha gerarchizzato le varianti sulla base del loro potenziale impatto patologico. Il sistema è stato applicato a 90 genomi estratti da tumori del seno, della prostata e del cervello e ha identificato 100 potenziali mutazioni in regioni non codificanti. "Ad esempio, in genomi derivanti da cellule colpite dal cancro del seno è stata identificata la mutazione di una singola base del DNA che sembra avere un grande impatto sullo sviluppo tumorale", prosegue Colonna. "La ricerca ha combinato la lista di varianti genetiche identificate dal 1000 Genomes Project e l'informazione sulle regioni non-coding fornita da Encode Project", dice Ekta Kurana della Yale University. "Al di là di questa prima applicazione sui genomi del cancro, questo metodo può essere adattato a qualsiasi mutazione responsabile di malattie genetiche che si trovi in regioni non-coding", conclude Chris Tyler-Smith del Wellcome Trust Sanger Institute. "Siamo

entusiasti del potenziale di questo metodo per l'identificazione di mutazioni sia legate a malattie sia benefiche in questa parte del genoma importante e ancora non totalmente esplorata".

***

La qualità di un ospedale è riassunta bene in tre dati

I tassi di mortalità per tre malattie – l'infarto miocardico acuto, lo scompenso di cuore e la polmonite – possono essere usati al posto della mortalità generale nella valutazione pubblica della performance ospedaliera, almeno secondo uno studio della Harvard School of Public Health pubblicato su *Jama Internal Medicine*. «Rendere pubblici i risultati di efficienza è una strategia centrale per migliorare la qualità delle cure ospedaliere statunitensi» dice Marta McCrumricercatrice al Department of Health Policy and Management e primo autore dell'articolo. «La rendicontazione pubblica offre ai consumatori le informazioni per scegliere dove curarsi, dando un feedback agli ospedali sulle proprie prestazioni e fornendo alle organizzazioni che pagano le spese sanitarie, quali assicurazioni private oppure Medicare e Medicaid, parametri di qualità per l'acquisto di prestazioni». La mortalità è tra i più rilevanti risultati di efficienza sanitaria degli ospedali, e la sua comunicazione al pubblico è importante: a partire dal 2014, il Centers for Medicare & Medicaid Services userà i tassi di mortalità per infarto, scompenso e polmonite come misura di qualità nel suo programma di acquisto di prestazioni ospedaliere. Ma la domanda è: misurare i decessi per tre sole malattie campione è sufficiente per aiutare i consumatori a valutare le performance ospedaliere? E ancora: come si correlano questi dati con altri indicatori di qualità come i volumi di prestazioni e la presenza di insegnamento universitario? Per chiarire la questione i ricercatori di Harvard hanno usato i dati Medicare su 6.670.859 ricoveri effettuati in 2.322 ospedali per acuti nel periodo 2008-2009. «Abbiamo confrontato la qualità delle prestazioni ospedaliere misurata sulla mortalità per infarto, scompenso e polmonite con quella aggiustata sulla mortalità per altre malattie comuni, 9 mediche e 10 chirurgiche. Abbiamo inoltre esaminato il rapporto tra mortalità e altri indicatori di qualità come volumi di prestazioni e presenza di insegnamento» spiega McCrum. Morale: i top performer per mortalità sulle tre malattie lo erano anche per i tassi di mortalità globale. Viceversa, il volume di prestazioni e lo stato di insegnamento avevano solo una scarsa correlazione con la mortalità ospedaliera complessiva. «Questi risultati sostengono gli sforzi nazionali di miglioramento della qualità ospedaliera concentrati su tre condizioni rese pubbliche per riflettere la performance globale di ogni struttura» conclude la ricercatrice. Jama Intern Med. 2013;173(11):1-7.
http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1700429

***

Autismo: potrebbe essere causato dalla cancellazione di geni

Un gruppo di scienziati dell'Icahn School of Medicine at Mount Sinai ha scoperto che le persone a cui è stato diagnosticato un disordine dello spettro autistico (Asd) hanno una maggiore probabilità di avere cancellazioni di geni rispetto alle altre. La ricerca è stata pubblicata sull'*American Journal of Human Genetics*. A condurre lo studio Joseph D. Buxbaum e il suo gruppo di studiosi, che hanno usato potenti tecnologie di sequenziamento genetico. I risultati delle analisi condotte su 811 individui e un totale di 22mila geni umani suggeriscono che la cancellazione dei geni potrebbe comportare un cattivo collegamento e una alterata attività dei neuroni.

***

Stress materno prenatale e inquinamento atmosferico condizionano il comportamento del bambino

La combinazione dello stress psicologico materno durante la gravidanza con l'esposizione all'inquinamento atmosferico ha un impatto avverso sullo sviluppo del comportamento dei bambini. Sono questi i risultati di uno studio condotto dal Columbia Center for Children's Environmental Health e dalla Mailman School of Public Health e pubblicato sulla rivista *Pediatrics*. Secondo i

ricercatori, la 'demoralizzazione' materna, una misura dello stress psicologico in grado di colpire la capacità della madre di affrontare situazioni difficoltose, è stato legato a molti problemi comportamentali nel bambino. Gli effetti della demoralizzazione sono maggiori fra i bambini con alti livelli di esposizione pre-natale a idrocarburi policiclici aromatici (Pah) tipici dell'inquinamento atmosferico. "Lo studio ha mostrato che una combinazioni di elementi di stress fisici e psicosociali durante lo sviluppo del feto amplificano l'effetto di ogni esposizione'', ha spiegato Frederica Perera, che ha collaborato allo studio.
http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/10/02/peds.2012-3844.abstract

***

Sottoscrizione modulo di consenso e difetto di informazione

La finalità dell'informazione che il medico è tenuto a dare è quella di assicurare il diritto all'autodeterminazione del paziente, il quale sarà libero di accettare o rifiutare la prestazione medica. È irrilevante la qualità del paziente al fine di stabilire se vi sia stato o meno consenso informato, potendo essa incidere solo sulle modalità di informazione, in quanto l'informazione deve sostanziarsi in spiegazioni dettagliate ed adeguate al livello culturale del paziente, con l'adozione di un linguaggio che tenga conto del suo particolare stato soggettivo e del grado delle conoscenze specifiche di cui dispone. Il consenso deve però essere sempre completo, effettivo e consapevole ed è onere del medico provare di aver adempiuto tale obbligazione, a fronte dell'allegazione di inadempimento da parte del paziente. La Corte di Cassazione ha accolto il ricorso proposto da un paziente esercente la professione di avvocato al quale era stato fatto sottoscrivere dalla segretaria un modulo prestampato.

***

Aea, 96% europei in città respira troppe polveri killer

Oltre il 90% degli europei che vive in città respira un livello troppo elevato di polveri ultrafini (fino al 96% dei cittadini Ue per le Pm 2,5) e di ozono (fino al 98%). A suonare l'ennesima campanella di allarme è l'ultimo rapporto dell'Agenzia europea dell'ambiente (Aea), riferendosi per il periodo 2009-2011 alle soglie limite dall'Organizzazione mondiale della sanità, spesso più severe rispetto a quelle dell'Ue. Nonostante il calo degli inquinanti registrato nell'ultimo decennio, i livelli di particolato e ozono rimangono problematici. L'Italia e in particolare la Pianura Padana è fra le aree maggiormente colpite da questa minaccia, che non risparmia nemmeno le aree rurali. Primo indiziato delle emissioni killer il traffico, poi l'industria, l'agricoltura e le abitazioni. Il commissario europeo all'ambiente, Janez Potocnik, si dice "pronto a rispondere" all'emergenza con l'arrivo di nuove regole entro l'anno.
Maglia nera in Europa sul fronte dell'ozono è Padova, con 104 giorni di superamenti nel 2011, seguita da Pavia, Reggio Emilia, Treviso e Parma, Verona e Varese. Sono 23 le città italiane che si piazzano nei primi 30 posti di questa classifica Ue. Il Belpaese detiene il record assoluto sul fronte dell'ozono, segnando valori oltre tre volte più elevati rispetto alla soglia limite. Nord Italia e Sud della Francia risultano le aree più colpite nell'Ue da questo inquinante.
"L'inquinamento dell'aria sta provocando danni alla salute umana e agli ecosistemi" spiega Hans Bruyninckx, direttore esecutivo dell'Aea, secondo il quale "per arrivare ad un percorso sosteniile, l'Europa dovrà essere ambiziosa e andare oltre l'attuale legislazione". "La qualità dell'aria è al centro delle preoccupazioni per tante persone" afferma il commissario europeo all'ambiente, Janez Potocnik, che si dice "pronto a rispondere" con l'arrivo di nuove regole entro l'anno. L'Italia nel 2011 è stato anche fra i Paesi europei a superare più spesso il limite Ue della media annuale per le Pm10 e Pm 2.5, insieme a Polonia e Slovacchia. Per quanto riguarda le polveri sottili (Pm10), al dodicesimo posto della classifica Ue c'è Monza (121 giorni di sforamenti nel 2011), tallonata da Brescia (113), poi Cremona (109), Vicenza (107), e Torino (105), Padova (93) e Venezia (85). Anche nei siti rurali la tendenza non è positiva: il numero di centraline che ha rilevato superamenti per le particelle sottili fra 2009 e 2011 in Europa è più che raddoppiata, con un aumento significativo delle concentrazioni registrato in Italia, insieme ad Austria, Repubblica Ceca, Germania, Olanda e Polonia. Il bollettino dell'Aea include anche valori oltre il limite annuale del biossido di azoto (Nox) in 26 stazioni di rilevamento rurali, di cui 16 in Italia, seguita da Austria, Belgio, Francia, Germania

e Olanda. Gli italiani segnano anche i pochi eccessi nei livelli orari e giornalieri di anidride solforosa (So2), con Spagna, Bulgaria e Romania.

***

Identificata una difesa del cervello contro l'Alzheimer

Identificato un percorso utilizzato dal cervello per cercare di proteggersi dalla tossicità del morbo di Alzheimer. Lo ha annunciato un team di ricercatori della University of Western Ontario. La scoperta potrebbe essere sfruttata per futuri trattamenti. Gli studiosi hanno dimostrato che la tossicità del peptide beta-amiloide, principale colpevole dell'insorgenza della malattia, può essere diminuita impedendo l'interazione con la proteina prionica. Dai dati è emerso che quando la fosfoproteina 1 interagisce con la proteina prionica, impedendo l'interazione con il peptide beta-amiloide, protegge i neuroni. Aumentando o diminuendo i livelli della fosfoproteina 1 è possibile ridurre o incrementare la vulnerabilità dei neuroni agli attacchi del peptide. L'aumento della proteina nei topi è, infatti, risultato associato ad una mitigazione e riduzione della tossicità del beta-amiloide. La ricerca è stata pubblicata sul *Journal of Neuroscience*. http://www.jneurosci.org/content/33/42/16552.abstract?sid=f626180d-85b7-496f-a694-50dbc6913d57

***

Alimenti: cavoli e broccoli proteggono da radiazioni, studio su animali

Esperti, possibile uso per pazienti in radioterapia e vittime disastri nucleari
Da cavoli, cavolfiore e broccoli uno 'scudo' anti radiazioni. I poteri antiossidanti delle verdure sono noti ormai da tempo, ma gli scienziati del Georgetown Medical Center negli Stati Uniti hanno scoperto che le proprietà benefiche dei vegetali appartenenti alla famiglia delle crucifere vanno oltre a quanto si potesse immaginare, e lo dimostrano in uno studio su topi e ratti pubblicato su "Pnas". La molecola anti-radiazioni contenuta in queste verdure è il di-indolilmetano (Dim), già noto per avere effetti anticancro. I ricercatori americani per 2 settimane hanno irradiato dei ratti con dosi letali di raggi gamma: ad alcuni di questi roditori sono state fatte iniezioni quotidiane di Dim 10 minuti dopo l'esposizione alle radiazioni, e "tutti i ratti non trattati sono morti – afferma l'autore dello studio Eliot Rosen – mentre la metà di quelli trattati sono sopravvissuti per altri 30 giorni dopo la somministrazione delle radiazioni". La molecola sarebbe dunque in grado di prolungare la vita di topi sottoposti a dosi letali di radiazioni. Da un secondo studio effettuato dal team americano su topi, la molecola sembrerebbe inoltre avere effetto protettivo anche qualora somministrata 24 ore prima o fino a 24 ore dopo l'esposizione a radiazioni. Secondo gli esperti il composto, che si è già dimostrato sicuro nell'uomo, "potrebbe proteggere i tessuti sani in pazienti sottoposti a radioterapia per il cancro, ma potrebbe anche proteggere le persone dalle conseguenze letali di un disastro nucleare". In particolare, lo studio ha dimostrato che nei topi irradiati e poi trattati con Dim, la riduzione di globuli rossi, globuli bianchi e piastrine indotta dalle radiazioni era notevolmente inferiore che nei topi non trattati.

***

Allergie da latte vaccino, colpito il 3% dei bambini

Cresce il numero di bambini colpiti da allergia da proteina del latte vaccino (Plv): circa il 3%, con meno di un anno di vita e neonati allattati al seno a causa del passaggio delle 'sostanze nocive' dalla dieta della mamma al latte. Sono i dati diffusi da Paidoss (l'Osservatorio Nazionale sulla Salute dell'Infanzia e dell'Adolescenza) in occasione del 2nd International Conference and Exhibition on Probiotics & Functional Foods, appena conslusosi a Orlando (Florida, Usa)
Spesso sottovalutate o misconosciute per la variabilità della sintomatologia (che può interessare più distretti), o per le manifestazioni assimilabili anche ad altre cause, le allergie da proteine da latte vaccino – le Plv non sottoposte a processo di idrolizzazione, lo ricordiamo, sono contenute non solo nello stesso latte ma anche nel lattosio, nel latte artificiale in polvere e in altri prodotti

simili – possono avere invece esiti anche importanti e pericolosi. Si va dai ricorrenti disturbi gastrointestinali con vomito, rigurgito e dolori addominali, a episodi che coinvolgono le vie aeree con tosse insistente, secrezione nasale e difficoltà respiratorie, fino a reazioni cutanee con eczemi, orticarie, angioedemi (edema delle labbra o delle palpebre) e, nei casi più gravi, arrivare allo shock anafilattico. Implicazioni, queste, che richiedono fin da subito un corretto approccio clinico e laboratoristico con test per le IgE specifiche o un prick test cutaneo con latte vaccino naturale o con formula proteica, per definire con certezza il tipo di allergia alle proteine del latte vaccino e impostare la terapia giusta.
La rigorosa esclusione delle Plv rimane tuttora la strategia di trattamento più sicura per combattere l'allergia, affiancata, in caso di diagnosi certa, dall'impiego di una formula sostitutiva (Ens) con idrolizzati di caseina o di proteine del siero, in relazione all'età del bambino e all'eventuale presenza di altre allergie alimentari. La dieto-terapia, al fine di risolvere gli episodi di rigurgito senza lattosio ed evitare le intolleranze secondarie, prevede anche l'introduzione di una miscela di carboidrati a base di maltodestrine altamente digeribili.
"Le proteine del latte vaccino – spiega Giuseppe Mele, presidente di Paidoss – contenute anche nei latti artificiali, anche in polvere, comunque non sottoposte a processo di idrolizzazione, rappresentano una delle cause principali di allergia alimentare nei bambini piccoli con un picco di prevalenza del 2-3% nel primo anno di vita, mentre nei neonati allattati al seno materno insorge a causa del passaggio di queste sostanze dalla dieta materna al latte. In caso di diagnosi accertata con esami specifici per le IgE specifiche o un prick test cutaneo da eseguirsi non prima dei 3 mesi, occorre eliminare dalla dieta le proteine da latte vaccino e, a seconda dell'età del bambino, della sintomatologia e dell'eventuale presenza di altre allergie alimentari, introdurre una formula sostitutiva estensivamente idrolizzata (Ens), con idrolizzati di caseina o di proteine del siero quale una fonte di azoto utile a ridurre il carico antigenico, e una miscela di carboidrati a base di malto destrine altamente digeribili per risolvere gli episodi di rigurgito senza lattosio e evitare le intolleranze secondarie".
La dieta di esclusione con l'impiego di una formula terapeutica che va scelta anche in base al residuo potenziale allergenico, alla composizione della formula, ai costi, alla disponibilità, al gradimento del bambino e all'efficacia, "è indicata almeno per 6 mesi o fino all'età di 9-12 mesi. I bambini con reazioni immediate gravi, IgE mediate, devono rimanere in dieta di esclusione per 12 o anche 18 mesi prima di riprendere un'alimentazione normale previa ripetizione del test per le IgE specifiche".

***

Online il primo motore di ricerca per la scelta dell'ospedale più adatto

Online il primo motore di ricerca in Italia per scegliere l'ospedale migliore per i propri bisogni. È un portale che mappa l'offerta sanitaria nazionale Regione per Regione e aiuta il cittadino a trovare il luogo di cura più adatto per sé e i propri cari. Si chiama doveecomemicuro.it http://doveecomemicuro.it ed è frutto di due anni di lavoro di un team di ricercatori coordinato da Walter Ricciardi, direttore del dipartimento di Sanità pubblica dell'Università Cattolica-Policlinico A. Gemelli di Roma. Nel nostro Paese una persona che debba sottoporsi a un intervento al ginocchio oppure togliere la colecisti, o sapere il luogo più sicuro dove partorire, o ancora conoscere l'ospedale migliore in cui eseguire un bypass coronarico, finora non aveva possibilità di orientarsi nella giungla di ospedali, cliniche, presidi sanitari, policlinici universitari. Da oggi ha invece a disposizione una guida cui far riferimento per scegliere dove curarsi: le risposte alle sue domande sono a portata di mano, basta qualche click per individuare la struttura migliore per le sue esigenze di paziente. "L'obiettivo – ha spiegato Ricciardi – era realizzare un supporto informativo rivolto ai cittadini attraverso un'iniziativa cosiddetta di 'public reporting', capace di rafforzare il principio di responsabilità sociale all'interno del Ssn, secondo cui i decisori e le organizzazioni sanitarie devono rispondere delle proprie azioni e performance verso i cittadini, in termini di trasparenza comportamentale, amministrativa, gestionale, strategica ed economica. Le evidenze scientifiche dimostrano che riportare pubblicamente le performance di una certa struttura incoraggia attività volte al miglioramento della qualità delle prestazioni offerte a livello del singolo ospedale. Non a caso alcune esperienze internazionali hanno messo in evidenza

una lieve riduzione della mortalità per le diverse patologie in presenza di attività di public reporting". Il sito www.doveecomemicuro.it <http://www.doveecomemicuro.it/>

***

Cresce il consumo di integratori alimentari

Cresce costantemente il consumo di integratori alimentari, quasi 158 milioni di confezioni vendute in un anno, da agosto 2012 ad agosto 2013, con aumento del 4,3%.
Aumenta di pari passo anche il valore di mercato, che supera i 2,2 miliardi annui, crescendo del 5,8%, a fronte di un lieve aumento del prezzo al pubblico per confezione: in media 13,90 euro nel 2012, 14,30 euro oggi.
Una grande opportunità per le aziende del settore, anch'esse in crescita: quelle con un fatturato di almeno 250mila euro erano 372 nel 2009, sono 511 oggi.
I più richiesti sono quelli per l'apparato gastro-intestinale, al primo posto per i consumi (il 27% del totale) e al cui interno i 'probiotici' rappresentano il 57% dei prodotti acquistati in questo segmento. In farmacia avviene il 90% delle vendite.
Sempre più sensibili al tema della prevenzione di malattie attraverso l'uso di integratori anche i medici di medicina generale: 8 su 10 li consigliano.

***

Con il portale diseasecard più informazioni sulle malattie genetiche

Un articolo pubblicato sul *Journal of Biomedical Informatics* descrive un nuovo portale internet pubblico dedicato alle informazioni sulle malattie rare chiamato Diseasecard. Gli autori dell'articolo affermano che Diseasecard è una fonte di informazioni "leggera", che copre le malattie genetiche rare e che è stata sviluppata con le ultime tecnologie semantiche del web; ritengono che questo portale possa offrire l'accesso unificato a una rete globale di ricercatori, medici, pazienti e bioinformatici. Con un accesso in-context che copre oltre 20 risorse eterogenee distinte, Diseasecard è in grado di fornire l'accesso alle conoscenze scientifiche più rilevanti per quanto riguarda una determinata malattia, sia per mezzo di identificatori comuni diretti o tramite la ricerca full-text di tutte le risorse collegate. Gli autori sostengono, inoltre, che le caratteristiche orientate all'utente di Diseasecard e la possibilità di interrogazione diretta consenta a tutti di includere i dati relativi alle malattie rare o genetiche in sistemi informativi nuovi o già esistenti.
http://bioinformatics.ua.pt/diseasecard/about%3Bjsessionid=86921E3D472C333577226F5EFCF6BE1F

***

Dormire male da piccolini predispone i bimbi a soffrire di disturbi del comportamento tra cui iperattività, problemi di condotta, difficoltà con i coetanei.

È quanto rivela un grosso studio su oltre 10 mila bimbi condotto da Yvonne Kelly della University College di Londra e pubblicato sulla rivista *Pediatrics*.
''Abbiamo considerato un'ampia gamma di difficoltà comportamentali – spiega Kelly – tra cui iperattività, problemi di condotta, problemi con i coetanei e difficoltà emotive e per tutti questi disturbi abbiamo trovato un legame con la tendenza del bambino ad andare a letto ad orari irregolari''.
''Abbiamo osservato gli orari a cui i bimbi andavano a letto a 3 fasi dell'infanzia, cioè a 3, 5 e 7 anni – spiega ancora – e trovato che, a tutte queste età, andare a dormire ad orari irregolari risulta legato a difficoltà comportamentali. Abbiamo visto che questi effetti si sommano tra loro durante l'infanzia – afferma Kelly – nel senso che i bimbi che sia a tre, sia a 5 sia a 7 anni vanno a letto ad orari disordinati hanno disturbi del comportamento peggiori rispetto ai bimbi che hanno ritmi irregolari solo a 3 e 5 anni o solo a 3 anni. Vediamo anche che questi effetti sono reversibili – conclude – nel senso che bambini che passano da avere orari irregolari a orari regolari mostrano miglioramenti

nel loro comportamento''. Questo studio mostra ancora una volta che la prima infanzia è un periodo critico per lo sviluppo del cervello e che il sonno incide tantissimo sullo sviluppo stesso.

***

Il Prozac ringiovanisce i neuroni della corteccia cerebrale

Il Prozac riesce a ringiovanire i neuroni della corteccia prefrontale, aiutando il cervello a recuperare la perdita di plasticità causata dal trascorrere dell'età. Dagli esperimenti in laboratorio effettuati sui topi da un team di ricercatori della Fujita Health University è emerso che la fluoxetina, uno dei farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina più utilizzati in commercio, riduce l'espressione della parvalbumina e delle reti perineuronali, marcatori molecolari della maturazione espressi in un determinato gruppo di neuroni adulti. E non solo: il farmaco aumenta anche l'espressione di un marcatore "immaturo", che appare generalmente in via di sviluppo nei cervelli giovani nella corteccia prefrontale. Risultati che suggeriscono che alcuni tipi di neuroni adulti possono parzialmente recuperare uno status di giovinezza, la cosiddetta induced-youth, o iYouth, in particolare nella corteccia prefrontale, area connessa in modo critico a memoria, processi decisionali, comportamenti sociali così come a patologie psichiatriche legate a deficit di queste funzioni. Lo studio è stato pubblicato su *Molecular Brain*.

***

L'anatomia del cervello influenza l'acquisizione del linguaggio infantile

Uno studio, condotto da Jonathan O'Muircheartaigh e colleghi della Brown University e del King's College di Londra e pubblicato sul *Journal of Neuroscience*, ha scoperto importanti dettagli sul modo in cui l'anatomia del cervello influenza l'acquisizione del linguaggio nei bambini. Gli scienziati hanno evidenziato che l'esplosione dell'acquisizione del linguaggio che si verifica solitamente nei bambini fra i 2 e i 4 anni non si riflette in sostanziali cambi nell'asimmetria cerebrale. Le strutture che supportano le abilità linguistiche tendono a localizzarsi nella parte sinistra del cervello e per questo i ricercatori si aspettavano di vedere più mielina che si sviluppava in quell'emisfero durante il periodo critico dell'acquisizione linguistica. Ma non è questo quello che accade. "C'era uno sbilanciamento di mielina, rispetto all'età di un anno, ma nella parte destra anche all'età di un anno. Piuttosto che crescere, queste asimmetrie rimanevano costanti nel corso del tempo", ha spiegato O'Muircheartaig.
http://www.jneurosci.org/content/33/41/16170.abstract?sid=500dc6d1-5c49-4968-bb0e-a46a2e6fcd7c

***

L'inquinamento ruba tre anni di vita a chi abita in Pianura Padana

Ogni anno nel mondo muoiono 800 mila persone a causa dell'inquinamento e arrivano addirittura a 1,3 milioni se si considera anche l'inquinamento indoor, ovvero quello all'interno delle abitazioni: «Non molti meno di quelli causati dal virus dell'Aids. È un numero alto, che preoccupa anche perché, dal 2004, è cresciuto del 16%». A ricordare e commentare i numeri dell'Organizzazione mondiale della sanità è Pier Mannuccio Mannucci, direttore scientifico della Fondazione Ca' Granda Policlinico di Milano, che il 21 ottobre ha organizzato nel capoluogo lombardo l'incontro "RespiraMi", con la partecipazione di importanti esperti internazionali.
La causa dell'aumento potrebbe essere individuata nella composizione delle polveri sottili, che gli esperti ipotizzano sia cambiata nel corso degli anni. «Gli studi epidemiologici – precisa infatti Mannucci – sembrano indicare che il PM10 con cui abbiamo a che fare oggi sia più nocivo di quello di 15-20 anni fa. L'effetto è stato rilevato a Milano, ma anche in altre città italiane, e potrebbe essere legato a una presenza più importante della componente ultrafine».
Preoccupa anche un inquinante salito alla ribalta solo da pochi anni, ma già accusato di provocare gran parte degli effetti nocivi attribuiti complessivamente alle polveri: il black carbon, composto da atomi singoli o da piccole catene di carbonio, ha la capacità di attrarre e aggregare una grande varietà di molecole tossiche e di veicolarle nell'organismo.

Maglia nera alla Pianura Padana. Il programma Clean Air For Europe della Commissione europea ha valutato gli effetti del PM2,5 derivato dalle attività umane sull'aspettativa di vita, concludendo che, in media, ogni cittadino dell'Unione vive 8,6 mesi in meno a causa delle polveri fini. Il primato negativo spetta alla Pianura Padana: qui, in media, le polveri sottili accorciano l'esistenza anche di 2-3 anni.
Purtroppo, il cammino degli inquinanti non si ferma ai polmoni: le polveri più fini e alcuni gas, infatti, attraversano le membrane delle cellule che rivestono gli alveoli, penetrano nel sangue e si diffondono a diversi organi. Le prime conseguenze, allora, sono a carico del cuore e dei vasi.
Pier Alberto Bertazzi, direttore della Clinica del lavoro del Policlinico di Milano, ha presentato all'incontro (promosso dalla Fondazione Menarini) i risultati di una ricerca in Lombardia in cui si documenta il legame tra il superamento dei livelli soglia di Pm_{10} e NO_2, e il numero di decessi che si registrano ogni anno per cause cardiache, malattie cerebro-vascolari e problemi respiratori. «Una riduzione del 20% delle concentrazioni di questi due inquinanti è raggiungibile – sostiene – e determinerebbe una riduzione della mortalità a breve termine e dei ricoveri ospedalieri del 30%».
Attenzione agli ambienti chiusi. Da non trascurare, infine, l'inquinamento indoor, dato che nei luoghi chiusi la maggior parte delle persone trascorre ogni giorno il 90% del proprio tempo: qui, in media, l'inquinamento è maggiore che all'aperto. «Un aspetto critico e un po' sottovalutato riguarda poi gli edifici di nuova costruzione, dove – osserva Mannucci – verrebbe naturale pensare che l'inquinamento sia più contenuto. Non è così, un po' perché pitture, stucchi, colle e altri materiali edili emettono la maggior parte delle sostanze tossiche che possono sprigionare nella prima fase della loro vita e un po' perché i metodi costruttivi che favoriscono il risparmio energetico, sempre più diffusi e incentivati, hanno come rovescio della medaglia quello di limitare il ricambio dell'aria».

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 7 novembre 2013

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ARICO' EMANUELA SERENA	Via S.Petronio Vecchio, 42/2 – Bologna	340/28.069.13 347/45.46.632
ARRIVABENE ALESSANDRA	Via A.Frank, 4 – Casalecchio di Reno	051/56.81.11 349/14.79.511
BARDHI XHILDA	Via Achillini, 4 – Bologna	388/16.42.389
BASILE GIULIA	Via Fermi, 29 – Casalecchio di Reno	329/89.35.595
BENTINI FRANCESCO	Via Massarenti, 35/2 – Bologna	338/71.47.705
BERTOLDO GAIA	Via Goito, 9/2 – Bologna	349/35.98.668
BERTONCELLI MARCO	Via Mengoli, 31/2 – Bologna	051/08.27.645 339/22.98.893
BERTONCELLI SARA	Via R.Mondolfo, 9 – Bologna	340/54.22.924
BETELLI GIACOMO	Via Toscana, 26 – Modena	059/39.27.35 393/46.75.013
BOLDRINI ROSELLA	Via Calamosco, 5/3 – Bologna	348/39.93.932
CALO' EMANUELA	Via Bentivogli, 9 – Bologna	320/70.48.442
CAMPORESI BEATRICE	Via Ferrara, 8 – Bologna	051/46.23.62 347/64.50.186
CANESTRI NICCOLO'	Via De Gessi, 3 – Bologna	333/52.73.647
CANINI ANDREA	Via Vizzani, 27 – Bologna	051/30.27.78 320/17.97.177
CASACCI FABIO	Via Vivaldi, 65 – Imola	0542/68.17.09 328/54.60.593
CENTOFANTI FRANCESCA	Via Irnerio, 39 – Bologna	338/17.84.656
CERESONI GIOVANNA	Via De' Griffoni, 8 – Bologna	389/83.44.221
CLEMENTE MICHELE	Via F.Albani, 23 – Bologna	333/66.01.995
CORAZZA FRANCESCA	Via Varthema, 30 – Bologna	348/54.40.152
CORAZZA FRANCESCO	Via Dagnini, 36 – Bologna	347/11.89.193
CROCI LUCA	Via Polago, 27 – Carpineti	334/31.72.899
D'ADAMO ANTONIO	Via Genova, 2/4 – Bologna	340/91.58.482
DEMURTAS SAUDINA	Via Montanari, 20 – Bologna	329/63.37.930
DOLCI MARCO	Via Provinciale Sala 1715 – Cesena	0547/32.90.19 349/00.25.236
DONATI DANILO	Via Mazzini, 79 – Bologna	348/04.53.127
FIN ALESSANDRA	Via C.Primodì, 1 – Bologna	347/01.46.494
FIRINU ANTONELLA	Via Albertoni, 5 – Bologna	348/72.21.665
FORLANI LUDOVICA	Via A.Murri, 65/3 – Bologna	051/39.70.56 339/81.60.997
FRANCAVILLA FRANCESCA	Via S.Marco, 24 – Perugia	338/54.12.368
GIOVANARDI GIULIA	Via Palagi – Bologna	338/86.44.672
GIUNTA RAFFAELE ALBERTO MARIA	Via Galetti, 6 – Bologna	333/31.60.783
GNUDI ELENA	Via Pizzardi, 19 – Bologna	051/41.29.313 328/65.72.143
GRASSO MERIMMA	Via S.Levante, 30/3 – Calderara di Reno	320/78.69.236
GRECO FRANCESCA	Via Libia, 62 – Bologna	320/60.30.716
GUIDOTTI JACOPO MARIA	Via Riva Reno, 29 – Bologna	051/52.15.43 329/23.23.034
KOLLETZEK MATTIA	Via Curiel, 18 – Bologna	051/61.47.650 333/42.37.634
LABOMBARDA MARCELLO	Via Gramsci, 9 – S.Lazzaro di Savena	051/45.51.27 340/54.91.883
LAI EMANUELE	Via della Resistenza, 24 – Bazzano	051/83.19.28 347/68.39.429
LAZZARINI MARCO	Via Volta, 20 – Ozzano dell'Emilia	051/79.68.65 349/57.73.723
LONETTI CARLO	Via Massarenti,114 – Bologna	340/30.09.554
MASI CHIARA	Via Pelagi, 15 – Bologna	339/80.97.895
MIRARCHI MARIATERESA	Via L.T.Montanari, 25 – Bologna	338/40.83.900
MONTEFIORI MICHELA	Via Pagnina, 10/A – Mordano	0542/51.193 348/09.31.664
NALDI GIUSEPPE	Via Poggiolo, 21 – Monterenzio	329/07.12.495
NYASSALA DANG GEORGES	Strada Maggiore, 13 – Bologna	389/83.54.934

NUVOLA GIACOMO	Via Zaccherini Alvisi, 7 – Bologna	380/39.24.972
ODORICI GIULIA	Via S.Mamolo, 73 – Bologna	333/69.83.021
PACELLA GIUSEPPINA	Via Galeotti, 18 – Bologna	320/04.38.116
PALAMAI CHIARA	Via Libia, 60 – Bologna	051/62.17.622 339/49.82.802
PALLADINO CAROLINA SERENA	Via G.Mazzini, 95/6 – Bologna	329/17.58.326
PANCALDI GIOVANNI	Via Darwin, 21 – Bologna	347/79.35.306
PERRONE LILIANA GIGLIOLA	Via Cencetti, 6 – Bologna	339/33.41.277
PINOTTI ELETTRA	Via del Lavoro, 34/13 – Casalecchio di Reno	051/59.08.86 328/02.85.161
RAMACIERI ANGELA	Via G.La Pira, 4 – Bologna	349/43.46.866
RAME PAOLO	Via Mascarella,116 – Bologna	051/48.47.052 320/46.10.534
RAVALDI ELISA	Via Fluno, 118 – Mordano	0542/52.279 339/80.63.339
RICCI LORENZA	Via Tibaldi, 8 – Bologna	051/37.75.12 339/19.08.670
ROVELLI CHIARA	V.lo Bolognetti, 15 – Bologna	349/55.47.895
SALCE GREGORIO	Via Zamboni, 59 – Bologna	348/54.67.522
SAMAAN IBRAHM	Via del Porto, 38 – Bologna	320/48.69.674
SARTI DANIELE	Via M.Conti, 53 – S.Lazzaro di Savena	328/41.58.003
SCHIAVONE GIULIA	Via Pizzardi, 14 – Bologna	329/30.93.544
SCIASCIA VALERIO	Via Palazzo,191 – Maiolo	333/97.68.660
SINA BESMIR	Via A. Murri, 144 – Bologna	320/78.87.486
SORAVIA ELENA	Via Gaudenzi, 9 – Bologna	340/25.10.388
STAGNO ANNA MARIA	Via Ricasoli – Palermo	327/54.48.429
STEFANI GIULIA	Via S.Stefano, 47 – Bologna	338/45.23.888
SUTTI ENRICO	Via Vela, 11 – Bologna	349/27.01.004
TIRATERRA ELISA	Via Saffi, 7 – Narni (TN)	329/30.96.808
TOSKA SAIMIR	Via Valleverde, 19 – Pianoro (Bo)	348/24.34.633
UBIALI ANDREA	P.zza Mickicwicz, 6 – Bologna	347/37.61.653
VALLI VITORIO	Via S.Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23
VERRI FILIPPO	Via P.Neruda, 17 – Bologna	340/34.82.385
VIRGILI MEDEA	Via N.Bixio Scota, 9 – Bologna	320/87.58.253
ZAMBELLI MADDALENA	Via Venturoli, 1 – Bologna	329/14.16.870

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ARICO' EMANUELA SERENA	Radiodiagnostica	340/28.06.913 347/45.46.632
BAGNATO FRANCESCA	Medicina Interna	338/39.99.669
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16 340/85.50.870
CASSATA CLAUDIA	Medicina Fisica e Riabilitazione	347/13.25.571
CENTOFANTI FRANCESCA	Nefrologia	338/17.84.656
CESARI MARIA PAOLA	Diabetologia	340/00.27.110
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
FALZONE FRANCESCA	Neurologia	329/82.30.056
FELICIANGELI ALESSANDRO	Ortopedia e Traumatologia	051/62.38.198 339/45.01.422
FERRARI PAOLO	Odontoiatra	347/24.54.664
FORLANI GIULIA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	333/98.85.260
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MESSINA SAVERINA	Ortognatodonzia	320/61.06.068
MINELLI PAOLO	Pediatria	
MURANO PAOLA	Ginecologia ed Ostetricia	328/33.92.615
PACILLI PASQUA	Cardiologia	340/46.89.135
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23
VENTURI RAFFAELA	Patologia Clinica	349/74.60.558

Giornata del Medico e dell'Odontoiatra

Bologna, 1 dicembre 2013 - ore 10,00

Savoia Hotel Regency, Via del Pilastro, 2 – Bologna

I Medici che hanno compiuto nel 2013 il 50° anno di Laurea verranno insigniti della Medaglia d'Oro di benemerenza. I Colleghi che per oltre mezzo secolo hanno onorato la professione nei vari campi dell'attività medico - chirurgica sono:

1. ALESSI DOTT. ALESSIO
2. BARBANTI BRODANO DOTT. GIUSEPPE
3. BIANCHI DOTT. EZIO
4. BIAVATI DOTT. GIANNINO
5. BONFIGLIOLI DOTT. GIUSEPPE
6. BOVANI PACINI DOTT.SSA IVA
7. BOVENZI DOTT.SSA MARIA CRISTINA
8. BRANDOLIN DOTT. PAOLO
9. CESARI DOTT.SSA LIA
10. CORONA BORTOLO DOTT. GIOVANNI
11. FARNE' DOTT. FERNANDO
12. FERRAMOSCA PROF. BRUNO
13. FERRARI DOTT. GIUSEPPE
14. FINI DOTT.SSA ANNA MARIA
15. FRIZZIERO PROF. LUIGI
16. GALLINGANI DOTT. GERARDO
17. GAVELLI PROF. GIAMPAOLO
18. GENNARI DOTT.SSA MARIALISA
19. GOVONI DOTT. MAURIZIO
20. GUERRESI PROF. ERNESTO
21. KINDT DOTT. GIUSEPPE
22. LANDINI DOTT. PIERLUIGI
23. LELLI DOTT.SSA ANNA
24. LENA DOTT. CESARE
25. MAGISTRETTI DOTT. MARCO
26. MARTINELLI PROF. GERARDO
27. MARZOT PROF. GABRIELE
28. MORSELLI DOTT. VITTORIO
29. NAVALESI DOTT. GIAMMAURO
30. NOVELLO PAGLIANTI DOTT. FRANCESCO
31. PALERMO DOTT. LUIGI
32. PASQUALI DOTT. LIBERO
33. PELUSI PROF. GIUSEPPE
34. PENSABENI DOTT. LUCIANO
35. POPPI DOTT. MASSIMO
36. POPPI DOTT. VITTORIO
37. RAFFI PROF. GIOVANNI BATTISTA
38. RUGGERI PROF. ALESSANDRO
39. SANGIORGI DOTT.SSA LUIGIA
40. SASSI DOTT. GIUSEPPE
41. SETTEPANI DOTT. ROSARIO
42. SGARZI DOTT. ANGELINO
43. STELLA DOTT. MARIO
44. TAMPIERI DOTT.SSA MARTA
45. TASSONI PROF.SSA PAOLA
46. TIBURTINI DOTT. TEODORO
47. TONTI DOTT. RAFFAELE
48. VALENTINI DOTT. GIORGIO
49. ZANONI DOTT. ANTONIO

Arresto cardiaco: una sfida per molti attori

Venerdì, 17 Gennaio 2014

Bologna - Royal Hotel Carlton

Sessione I
L'ARRESTO CARDIACO EXTRAOSPEDALIERO
Moderatori: Giuseppe Di Pasquale, Giovanni Gordini (Bologna)

Sessione II
WORK-UP CARDIOLOGICO NEL PAZIENTE SOPRAVVISSUTO AD ARRESTO CARDIACO
Moderatori: Francesco M. Bovenzi (Lucca), Pietro Sangiorgio (Bologna)

Sessione III
DOPO L'ARRESTO CARDIACO: PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE
Moderatori: Luigi Padeletti (Firenze), Biagio Sassone (Cento, FE)

Sessione IV
ARRESTO CARDIACO: ASPETTI ORGANIZZATIVI
Moderatori: Pier Camillo Pavesi, Stefano Urbinati (Bologna)

SEDE
Royal Carlton Hotel
Via Montebello, 8 - Bologna

RESPONSABILI DELL'EVENTO
Giuseppe Di Pasquale U.O di Cardiologia
Giovanni Gordini U.O di Rianimazione/118
Erga Cerchiari U.O di Anestesia e Terapia Intensiva Ospedale Maggiore, Bologna

SEGRETERIA SCIENTIFICA
Giuseppe Di Pasquale
Gianni Casella

Gaetano Barbato
Valeria Carinci
Unità Operativa di Cardiologia - Ospedale Maggiore - Largo Bartolo Nigrisoli, 2 - 40133 Bologna - tel. 051-6478202 - fax 051-6478635 - giuseppe.dipasquale@ausl.bo.it

ISCRIZIONI
L'iscrizione è gratuita e va effettuata sul sito www.iec-srl.it,
cliccando sull'evento prescelto.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
I&C s.r.l.
Via A. Costa, 202/6 - 40134 Bolognatel. 051-6144004 - fax 051-6142772alessandra.bolognini@iec-srl.it

Corso di Floriterapia Clinica

Bologna, 26 Gennaio, 23 Febbraio, 23 Marzo, 27 Aprile, 18 Maggio, 1 Giugno 2014.
Obbiettivi: Si propone di fornire al medico le evidenze scientifiche e le competenze per l'efficace gestione con la Floriterapia dei disturbi emotivi, psicosomatici e somatopsichici nella pratica clinica della medicina di base e specialistica. Il corso, finalizzato all'immediata applicazione, si svolge attraverso lezioni frontali, case-study, role-pay e supervisioni cliniche.
Segreteria Organizzativa: Società Italiana di Floriterapia - Tel. 051 441020 – 333 3857130
e-mail: info.sif@libero.it

Ragazza italiana di 29 anni cerca lavoro come segretaria presso studio meduco. Massima serietà e disponibilità, sia part-time che full-time. Per info chiamare il 340.3515170.

Offresi mezze giornate a specialisti in studio medico in S. Lazzaro-centro. Ottima posizione. Tel. 335/6571046.

Affittasi in zona di prestigio, via Dante angolo via Carducci, stanza arredata in studio medico, con sala d'attesa e servizi in comune, a medici specialisti, per giornate o mezze giornate. Per informazioni tel. 051/301977.

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

Pietramellara-Stazione centrale affitto a colleghi studio medico ristrutturato a nuovo: attesa, bagno, studio: 600 euro al mese. Altro studio: attesa, bagno, 3 camere: 1100 euro al mese. Garage pubblico sottostante. Tel. 051/440376 ore ufficio o 348/8126096.

In contesto signorile ed esclusivo, in palazzina stile liberty fine '800 in perfette condizioni, vendesi ufficio nuovo (mai usato) elegantemente rifinito, posto su 2 livelli (piano terra e primo) mq.110 circa, dotato di ascensore privato al piano, ingresso (sala attesa), reception, 3 vani, disimpegno e bagno. Risc.aut. e impianto di climatizzazione. volendo garage e cantina adatto per studio legale/notarile e studio medico/ambulatorio - classe energetica c ep tot = 21,60 kwh/mc/anno. Tel. 349/0078910.

Offresi giornate a dermatologo, dietologo, medico di base in studio medico sito in Toscanella di Dozza (BO). Ottima posizione, grande bacino d'utenza, ampio parcheggio. Per info tel. 339/8957314.

Affittasi a meici di base e/o specialisti, ampio locale arredato per studio medico con sala d'attesa e servizi, su via Garibaldi, in bel contesto e con parcheggi pubblici liberi (non a pagamento). Per informazioni cell. 335/5263991.

Affittasi garage di m 3x4 (12 mq) in via Mazzini alle spalle del S. Orsola. Contattare il cell. 328/5396295.

Vendesi appartamento libero di 65 mq situato in una trasversale di via Dagnini, comodo agli autobus e confinante con il parco della "Lunetta Gamberini". L'appartamento, al terzo piano con ascensore, è composta da ingresso, tinello con angolo cottura arredato e finestra più portafinestra sul balcone, due camere, bagno e cantina. Ristrutturato di recente. Con impianto di condizionamento. per info chiamare 328/6543190.

Via Boldrini - Bologna - Affittasi studio medico e/o dentistico composto da ingresso, ampia sala attesa, studio medico, bagno con antibagno, archivio e posto auto. in ottime condizioni e dotato di aria condizionata. Per informazioni tel. 051/6494401 ag. Tecnocasa.

A Bologna, zona Mazzini-Emilia Levante, affitto uno studio a norma di legge, con l'uso comune dei servizi e della sala d'attesa a odontoiatra o medico specialista. Per info tel. 338/6712081.

Montecalvo (Rastignano) vendesi Villa Pietravista di 340 mq su due livelli con giardino di 1400 mq, garage doppio, oltre tre posti auto di proprietà. Anno di costruzione 1995. Per info 335/5853223.

Cedesi studio dentistico a Bologna zona Mazzini-Fossolo, autorizzato e attrezzato. Semplice subentro a condizioni vantaggiose con cessione dell'attività e del contratto d'affitto. In bell'appartamento al piano terra, condivisione degli spazi comuni e delle spese con medico di diversa specialità. Ampio parcheggio sia pubblico che privato. Tel. 338/2630785 ore serali.

Vendesi a Bologna, via Mazzini Adiacenze Trento Trieste (S. Orsola), in strada privata, nel verde e nella zona più servita della città, in deliziosa porzione di palazzina su

due livelli di mq 200 con giardino di proprietà di 570 mq composta da: ingresso su ampio e luminoso salone, cucina abitabile, 5 camere di cui una con balcone, 3 bagni, ripostiglio e deposito di mq 30, riscaldamento e fornitura di acqua con impianto autonomo: possibilità di dividere in due unità con entrata indipendente. ACE in rilevamento. trattative riservate: tel. 338/6166733 - 349/7299805.

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

Affittasi ambulatori a medici, psicologi, laureati area medica, odontoiatri (studio attrezzato ed autorizzato), in studio medico nel centro storico di Bologna, angolo p.zza Galileo, adiacente a garage pubblico con libero accesso sirio autorizzato. Tel.: 3355431462.

In studio medico, zona Mazzini vicino Ospedale Malpighi, affittasi a Medici per attività libero professioniale un'ampia stanza disponibile per tutta la settimana. Possibilità di avere 2 stanze. Prezzo interessante, spese contenute. Telefonare al mattino allo 051.6021603.

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.

Via Boldrini - Bologna - Affittasi studio medico e/o dentistico composto da ingresso, ampia sala attesa, studio medico, bagno con antibagno, archivio e posto auto. in ottime condizioni e dotato di aria condizionata. Per informazioni tel. 051/6494401 ag. Tecnocasa.

Medico Chirurgo Odontoiatra, pluriennale esperienza, collaborerebbe presso studi odontoiatrici e/o poliambulatori odontoiatrici e non, come direttore sanitario, o odontoiatra, a Bologna e zone limitrofe; chirurgia, conservativa e protesi. Per informazioni tel. 345 6963982.

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