Bollettino Notiziario

anno XLIV - N° 3 marzo 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, CNBO

IN QUESTO NUMERO

- **L'ecografia endoscopica compie 30 anni,** Giancarlo Caletti, Pietro Fusaroli, pag. 3
- **Alma Mater Studiorum Università di Bologna: Regolamento in materia di corsi professionalizzanti: Master Universitari, Corsi di Alta Formazione, Corsi di Formazione Permanente e Summer/Winter School,** pag. 9
- **Pubblicità informativa sanitaria tra libertà di L'abisso che separa la politica dalla società civile: Rapporto Annuale Eurispes**, pag. 14

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 Febbraio 2013
è stato consegnato in posta
il giorno 5/2/2013

SOMMARIO

ANNO XLIV - MARZO 2013 N° 3

ARTICOLI

L'ecografia endoscopica compie 30 anni • **3**

Alma Mater Studiorum Università di Bologna: Regolamento in materia di corsi professionalizzanti: Master Universitari, Corsi di Alta Formazione, Corsi di Formazione Permanente e Summer/Winter School• **9**

L'abisso che separa la politica dalla società civile: Rapporto Annuale Eurispes • **14**

ODONTOIATRI

Attività della Commissione Albo Odontoiatri **16**

NOTIZIE

Dalla pagina 17 alla 25

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **26**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **27**

CONVEGNI CONGRESSI • **28**

PICCOLI ANNUNCI • **31**

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

www.odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario
Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere
Dott. VITTORIO LODI

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

Consiglieri Odontoiatri
Dott. ANDREA DUGATO
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

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

Collegio dei Revisori dei Conti

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

L'ecografia endoscopica compie 30 anni

Giancarlo Caletti, Pietro Fusaroli

Dobbiamo questa geniale intuizione ad Eugenio Di Magno, italoamericano nato a Frosinone e divenuto Professore alla Mayo Clinic.
Verso la fine degli anni settanta lo studio morfologico del pancreas era ancora molto limitato: l'ERCP diagnostica era troppo rischiosa, la TC e la RM erano agli esordi e l'ecografia transaddominale aveva forti limiti nell'attraversare il tessuto adiposo ed osseo antistanti al pancreas.
Fu così che Di Magno progettò un gastroscopio flessibile alla cui estremità era collocata una sonda ecografica ad alta frequenza, nel proposito di portare la sonda ecografica nello stomaco e nel duodeno in modo che si trovasse il più vicino possibile all'organo da esaminare e ottenerne così una accurata esplorazione [1].
In Italia l'ecografia endoscopica (EUS) fu eseguita per la prima volta a Bologna nel 1982 nell'Istituto di Clinica Medica e Gastroenterologia diretto prima dal Prof. Giuseppe Labò e successivamente dal Prof. Luigi Barbara. L'unione infatti delle competenze endoscopiche di chi scrive (G. Caletti) ed ecografiche di Luigi Bolondi portarono a importanti risultati riconosciuti in ambito internazionale.
Proprio a Bologna si dimostrò in anteprima che la parete del tubo digerente (esofago, stomaco, duodeno e retto) veniva visualizzata dall'EUS in dettaglio (mucosa, sottomucosa, muscolare propria e sierosa) quasi come un preparato istologico [Figura 1]. Si dimostrò poi che nei tumori del tubo digerente l'EUS evidenziava le stesse modificazioni della parete che venivano viste al microscopio [2-3]. Da qui emerse subito la possibilità di effettuare in modo poco invasivo e senza particolari rischi una valutazione/stadiazione preoperatoria dei tumori digestivi [4].
Oggi esistono ecoendoscopi radiali e lineari. I radiali generano immagini a 360° attorno alla sonda e consentono di esplorare velocemente ampi tratti dell'apparato digerente fornendo immagini simili alla TC. Quelli lineari visualizzano zone più ristrette, ma in maggior dettaglio e soprattutto consentono di eseguire un'agoaspirazione (EUS-FNA) delle lesioni eventualmente riscontrate sotto diretto controllo ecografico [Figura 2].
Le frequenze impiegate in EUS variano da 5 a 20 MHz: le più basse, dotate di alta penetrazione, sono applicate allo studio delle strutture esterne alla parete intestinale; le più alte, dotate di basso potere di penetrazione ma di alta risoluzione, sono utili per uno studio accurato da vicino della struttura della parete dei visceri. Gli ecoendoscopi consentono anche lo

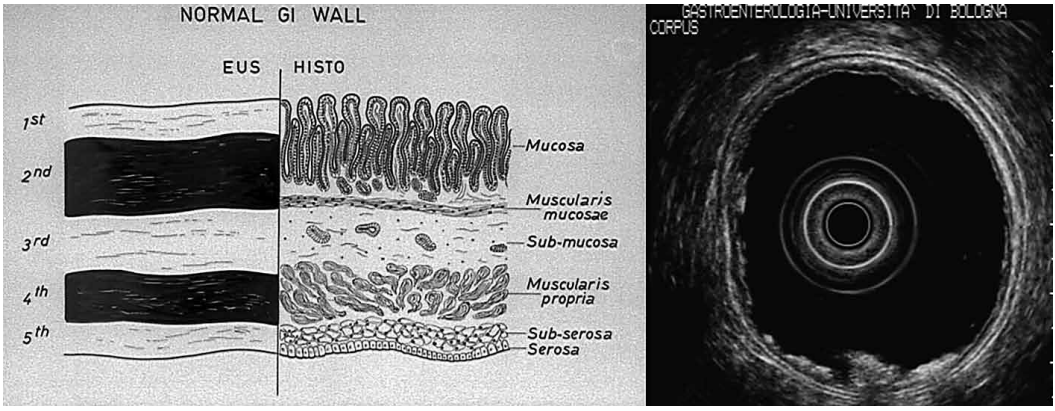

Figura 1. Corrispondenza tra gli strati istologici della parete gastrointestinale e l'immagine ecoendoscopica. Un esempio di parete gastrica normale osservata con ecoendoscopio radiale.

studio Doppler, power Doppler, armonica tissutale ed armonica di contrasto per il mezzo di contrasto e più recentemente l'elastografia. È possibile anche prelevare piccoli frammenti di tessuto tramite EUS-FNA (Fine Needle Aspiration) per una conferma istologica.
La diagnosi precoce dei tumori rappresenta il punto forte di questa tecnica. Infatti l'EUS modifica radicalmente l'approccio diagnostico e terapeutico nel 74% dei casi. In particolare, esso può divenire meno invasivo, rischioso o costoso nel 55% [5]. Si può, ad esempio, scegliere un trattamento palliativo, evitando l'intervento chirurgico radicale, in quei pazienti che non ne beneficerebbero perché l'EUS svela una neoplasia più avanzata di quanto sospettato.
Le principali indicazioni alla EUS sono le seguenti.

Stadiazione delle neoplasie del tratto gastrointestinale
L'EUS è superiore alla TC nella stadiazione del tumore (T) e dei linfonodi (N) delle neoplasie del tratto gastroenterico.
Una stadiazione accurata del *carcinoma esofageo e gastrico* è fondamentale per indirizzare il paziente verso una resezione chirurgica curativa, oppure a una radio-chemioterapia neoadiuvante eventualmente seguita da intervento chirurgico, o invece verso una terapia palliativa, ottimizzando così le risorse [6]. In questi tumori l''EUS è oggi la tecnica più accurata per la stadiazione locoregionale, con sensibilità per lo stadio T del 95% e per lo stadio N dell'80%. Grazie anche alla FNA l'EUS è in grado di rilevare e confermare eventuali metastasi (M), sia linfonodali che epatiche [7-8].
Un'altra condizione in cui è sempre necessario eseguire una EUS prima di iniziare la terapia è rappresentata dal linfoma primitivo gastrico [9-10]. Questo tumore maligno oggi è guaribile in un'altissima percentuale di casi e il suo trattamento non è più chirurgico ma radio o chemioterapico se non addirittura solo farmacologico. È stato infatti ampiamente dimostrato che in molti casi il linfoma MALT Helicobacter pylori positivo, in stadio iniziale, guarisce con la sola terapia eradicante dell'Helicobacter pylori, a condizione che sia stata eseguita una EUS per escludere stadi avanzati

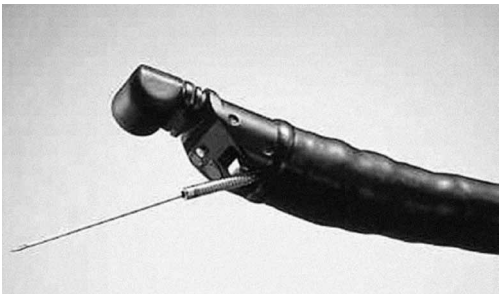

Figura 2. Un ecoendoscopio radiale con ago per EUS-FNA che fuoriesce dal canale operativo.

di malattia e coinvolgimento linfonodale [11]. In questi ultimi casi e in quelli in cui non è associato l'Helicobacter sarà raccomandata una chemioterapia, il cui esito potrà poi essere controllato eseguendo l'EUS e biopsie a intervalli semestrali. Utilissima si è poi dimostrata l'EUS anche nel dimostrare recidive precoci del linfoma gastrico o la incompleta risposta alla terapia. In tutte queste situazioni l'EUS consente di far riprendere o continuare la chemioterapia senza attendere che la neoplasia assuma dimensioni preoccupanti e difficilmente curabili.
Il *carcinoma rettale* è una delle indicazioni più classiche alla stadiazione con EUS, in quanto TC e RM non forniscono immagini così dettagliate. Gli stadi precoci potranno essere indirizzati alla chirurgia con intenti radicali, mentre gli stadi più avanzati richiederanno l'effettuazione di una radio-chemioterapia neoadiuvante. In quest'ultimo si potrà ripetere l'EUS dopo la terapia per valutare la possibilità di una resezione chirurgica.

Diagnosi differenziale delle lesioni sottomucose
Nel corso di un esame endoscopico sia nelle vie digestive superiori che inferiori si incontrano frequentemente delle tumefazioni ricoperte da mucosa normale. Esse possono essere attribuibili a compressioni dall'esterno della parete o più frequentemente, a lesioni benigne o maligne che si originano dalla sottomucosa o dalla muscolare propria *(leiomioma, tumore stromale gastrointestinale o GIST, tumore neuroendocrino, lipoma, pancreas ectopico, cisti, varici ecc.)*.
L'EUS permette di differenziare con chiarezza questi quadri patologici e può non solo accer-

tarne le dimensioni esatte ma anche formulare una diagnosi di sospetto istologico in base alla loro ecostruttura e allo strato della parete in cui originano [12].

Diagnosi e stadiazione delle neoplasie pancreatiche

I tumori del pancreas si possono dividere in tre grandi categorie, che differiscono sia per modo di presentazione clinica sia per prognosi: *adenocarcinomi, tumori neuroendocrini, tumori cistici*.

L'*adenocarcinoma duttale* rappresenta il tipo più frequente di tumore solido ad origine dal pancreas esocrino. Esso costituisce nel mondo occidentale la quinta causa di morte per cancro e la seconda causa di morte per tumori gastrointestinali. La sopravvivenza media nelle forme avanzate è di circa 4-6 mesi e la sopravvivenza a cinque anni è inferiore al 5%. La sintomatologia iniziale è aspecifica e per tale motivo la neoplasia viene evidenziata quando è già in fase metastatica. L'EUS tuttavia riesce a visualizzare carcinomi di piccolissime dimensioni, non evidenziati da altre metodiche, consentendo pertanto una diagnosi precoce perlomeno in un certo numero di soggetti. Tra questi vanno annoverati chi presenta forte familiarità per adenocarcinoma del pancreas (2 o più familiari) o alcune sindromi genetiche tra cui la Peutz-Jeghers. È ormai accettato che questi individui debbano essere sottoposti a programmi di screening EUS con cadenza annuale per consentire la diagnosi precoce.

All'altro estremo della malattia, cioè nei casi di adenocarcinoma già avanzato all'esordio clinico, l'EUS dimostra sensibilità ed accuratezza elevate nella stadiazione locoregionale. In questo caso il primo valore aggiunto della EUS è rappresentato dalla FNA che consente la diagnosi tissutale di certezza, ritenuta indispensabile in campo oncologico per iniziare qualunque terapia. L'esecuzione della biopsia pancreatica è difficilmente eseguibile per via percutanea (TC o eco-guidata) a causa della posizione retroperitoneale dell'organo. Per contro il pancreas è facilmente raggiungibile per via EUS-guidata e risulta molto agevole eseguire prelievi tissutali con elevata accuratezza diagnostica sia a livello della lesione primitiva [Figura 3], sia di linfonodi peripancreatici e distanti, sia infine di sospette metastasi epatiche [13]. Nei pazienti in cui la stadiazione risulti troppo avanzata non si opterà per un intervento chirurgico, inutilmente mutilante e costoso, ma per chemioterapia, radioterapia o, infine, terapia palliativa (si veda più avanti circa l'utilità della EUS nella palliazione del dolore neoplastico).

I *tumori neuroendocrini*, che si originano dal pancreas endocrino, sono rari con un'incidenza annuale di circa 5 casi per milione. Essi sono comunemente distinti in funzionanti e non funzionanti in base alla capacità di produrre ormoni in grado di determinare una sindrome clinica (tipiche le crisi ipoglicemiche ricorrenti provocate dagli *insulinomi*). I tumori endocrini del pancreas possono essere benigni e maligni; in ogni caso la sopravvivenza è nettamente più lunga rispetto all'adenocarcinoma. Il problema maggiore è che i tumori neuroendocrini sfuggono ripetutamente alla diagnosi, a volte anche per anni, perché sono spesso molto piccoli. L'EUS è il mezzo diagnostico in grado di individuare tumori anche di 2-3 mm di diametro. L'uso del mezzo di contrasto consente una conferma diagnostica importante perché i tumori neuroendocrini sono ipercontrastati, cioè diventano bianchissimi e quindi facilmente individuabili. La terapia chirurgica in questi casi è risolutiva.

Le *cisti e pseudocisti* del pancreas costituiscono un gruppo eterogeneo di patologie, con comportamento biologico molto vario. Se ne annoverano di invariabilmente benigne *(pseudocisti, cistoadenoma sieroso)*, di pre-tumorali [*cistoadenoma mucinoso, neoplasia mucinosa intraduttale papillare (IPMN) dei dotti periferici*] e di francamente maligne *(IPMN del dotto principale, cistoadenocarcinoma)*. L'incidenza di tali formazioni appare in costante aumento infatti è sempre più frequente il riscontro occasionale di una lesione cistica del pancreas in pazienti asintomatici sottoposti a TC ed ecografia. Lo studio puramente ecografico con EUS non è sempre sufficiente a caratterizzare la natura delle cisti, per cui si ricorre alla FNA con prelievo del liquido cistico. L'esame dei valori di CEA ed amilasi all'interno del liquido cistico, unitamente alla morfologia, al sesso ed alla presentazione clinica consente spesso di clas-

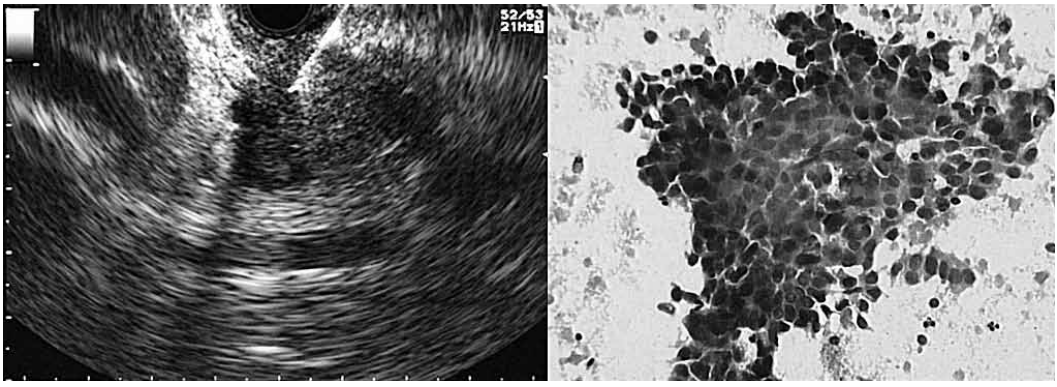

Figura 3. Un piccolo tumore pancreatico viene sottoposto a EUS-FNA: l'ago è ben visibile all'interno della lesione. Il preparato citologico, allestibile in pochi minuti, consente una diagnosi in tempo reale.

sificare correttamente le cisti pancreatiche ed identificare i pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico [14] o inviare a periodico follow-up. La prognosi delle neoplasie cistiche maligne dopo resezione chirurgica è nettamente migliore di quella dell'adenocarcinoma pancreatico, per cui è importante che la diagnosi sia effettuata correttamente. L'EUS costituisce in tal senso il miglior strumento diagnostico oggi disponibile.

Studio del coledoco e della colecisti

La calcolosi del coledoco è la principale causa di pancreatite acuta. L'ERCP consente sia la diagnosi che il trattamento della causa di questa grave malattia, ma essa può essere gravata da importanti complicanze. Inoltre i calcoli vengono emessi spontaneamente prima dell'ERCP e pertanto essa si dimostra inutilmente rischiosa. Il sospetto di litiasi del coledoco rappresenta quindi la principale indicazione all'EUS sia in elezione sia in urgenza, in quanto l'EUS visualizza la via biliare extraepatica in dettaglio come con l'ERCP, ma praticamente senza rischi.

In corso di pancreatite acuta l'EUS, che ha una sensibilità del 96% [15], è indicata per accertarne in modo sicuro l'eziologia biliare. Se l'EUS dimostra una via biliare libera da calcoli si eviterà di sottoporre il paziente ai rischi dell'ERCP.

È stato dimostrato infine che l'EUS è più sensibile della ecografia transaddominale nella diagnosi di piccoli calcoli della colecisti. In corso di EUS, eseguita per indagare le cause di una pancreatite acuta, non è infrequente osservare una litiasi colecistica non vista con altre metodiche per immagini, consentendo così di attribuire una eziologia biliare ad una pancreatite ritenuta fino a quel momento idiopatica.

Alcuni autori giapponesi hanno inoltre dimostrato che è possibile riscontrare carcinomi del coledoco e della colecisti in fase precoce [16].

Studio delle linfoadenomegalie e delle masse mediastiniche e addominali di n.d.d.

L'EUS è efficace nello studio delle linfoadenomegalie mediastiniche sia durante la stadiazione di neoplasie note, sia per valutare linfonodi ingranditi in assenza di una patologia primitiva nota. Prima di ricorrere alla chirurgia per un linfonodo sospetto, è opportuno effettuare una EUS-FNA per fare diagnosi differenziale tra malignità e benignità. L'EUS-FNA è nettamente più semplice e sicura della mediastinoscopia e della toracotomia anche in caso di masse voluminose [17]. Allo stesso modo, in caso di masse addominali, l'EUS-FNA è in grado di fornire una diagnosi differenziale tra eziologia infettiva, infiammatoria e tumorale, risparmiando una laparotomia esplorativa.

Stadiazione del carcinoma del polmone non a piccole cellule

La TC costituisce l'esame di riferimento per la diagnosi e la stadiazione del *carcinoma polmonare non a piccole cellule*. L'esplorazione accurata delle stazioni linfonodali mediastiniche con l'EUS dopo la TC può identificare piccoli linfonodi che possono essere sfuggiti. Pertanto

l'EUS viene eseguita per via transbronchiale con sonde apposite più sottili di quelle transesofagee. Nel caso di un reperto di linfonodi sospetti è possibile effettuarne un'agoaspirazione per l'esame citologico; l'EUS-FNA ha una sensibilità del 90%, una specificità del 100% e un'accuratezza > 90% [18]. L'EUS riveste a questo punto un ruolo determinante perché se il prelievo risulta positivo per metastasi nei linfonodi mediastinici contro-laterali alla neoplasia, l'approccio terapeutico al paziente cambia radicalmente, scartando la possibilità dell'intervento chirurgico in quanto inutile.

Terapie EUS guidate

Il progresso tecnologico ha portato allo sviluppo di veri e propri interventi che si svolgono interamente sotto guida EUS in tempo reale. Questa è attualmente l'area di maggiore sviluppo dell'EUS e sarà presto possibile iniettare farmaci all'interno delle neoplasie o confezionare anastomosi entero-enteriche e bilio-enteriche.

Le principali applicazioni terapeutiche attualmente validate da adeguati studi clinici sono:

Drenaggio di pseudocisti pancreatiche ed ascessi

Per ottenere un durevole effetto decompressivo delle raccolte peripancreatiche è necessario posizionare un drenaggio interno (gastrico o duodenale). Questo intervento si effettuava in passato come procedura endoscopica "alla cieca", quando vi era una tumefazione parietale nello stomaco o nel duodeno, ma le complicanze (perforazione e sanguinamento), non erano infrequenti. Con l'introduzione del drenaggio EUS guidato tale procedura è diventata più facile e sicura. Grazie agli eco-endoscopi di ultima generazione, a scansione lineare e con largo canale bioptico, è oggi possibile eseguire studio della parete, puntura e drenaggio interamente sotto guida eco-endoscopica in una unica seduta [19]. Con la stessa tecnica è possibile eseguire il drenaggio EUS-guidato di ascessi pelvici per via transrettale.

Neurolisi del plesso celiaco

Il dolore addominale associato al carcinoma pancreatico è trasmesso soprattutto attraverso il ricco plesso nervoso localizzato attorno al tripode celiaco. In certi casi anche i farmaci più potenti contro il dolore sono insufficienti a controllare i sintomi ed inoltre possono causare alcune complicanze. Inoltre la distruzione chirurgica del plesso celiaco è realizzabile solo in pochi pazienti, data la complessità dell'intervento e quindi non può essere certamente considerata di prima scelta. La terapia antalgica può essere eseguita in maniera mini-invasiva, iniettando etanolo e bupivacaina all'interno del plesso per via EUS guidata. Questa metodica ha raggiunto in tali pazienti ottimi risultati in termini di miglioramento sintomatologico, ed a parità di efficacia risulta più facile da eseguire, meglio tollerata e più sicura rispetto alla neurolisi percutanea eseguita sotto guida ecografica o radiologica [20].

Conclusioni

È quindi evidente che l'EUS è di enorme utilità per la diagnosi e cura di molte patologie digestive, in particolar modo dei tumori. Al tempo stesso essa è una metodica complessa che necessita di strumentazione costosa ed è di difficile apprendimento. L'EUS ha tuttavia un notevole pregio aggiuntivo che va segnalato in tempi di "spending review" in quanto essa può enormemente contribuire all'appropriatezza del trattamento di molte situazioni patologiche. Grazie alla sua elevatissima accuratezza può chiarire quali pazienti possano beneficiare di complesse e costose terapie chirurgiche e quali invece non ne possano beneficiare, orientando questi casi verso altri trattamenti, al limite solo palliativi.

EUS a Bologna e dintorni

L'U.O.C. di Gastroenterologia dell'Università di Bologna in convenzione con l'AUSL di Imola è attiva dal 2002 nel presidio ospedaliero di Castel San Pietro Terme. Recentemente è stato inaugurato il modernissimo polo endoscopico nel presidio di Imola. Questa struttura è sede del Master Universitario "Luigi Barbara" di 2° livello in Endoscopia Avanzata e in essa si effettua routinariamente l'EUS diagnostica ed operativa.

Per informazioni e prenotazioni si può telefonare allo 051 6955224/6955240 o inviare un fax allo 051 6955206 o inviare una email a: gastro.unibo@ausl.imola.bo.it

Bibliografia

1 Di Magno EP, Buxton JL, Regan PT, et al. Ultrasonic endoscope. The Lancet 1980;1:629-31.

2 Caletti GC, Bolondi L, Zani L, et al. Technique of endoscopic ultrasonography investigation: esophagus, stomach and duodenum. Scand J Gastroenterol 1986(suppl);123:S1-S5.

3 Caletti GC, Bolondi L, Labò G. Anatomical Aspects in Ultrasonic Endoscopy for the Stomach. Scand J Gastroenterol 1984; 19 (suppl 94):34-42.

4 Fusaroli P, Kypreos D, Alma Petrini CA, Caletti G. Scientific publications in endoscopic ultrasonography: changing trends in the third millennium. J Clin Gastroenterol 2011;45:400-4.

5 Nickl NJ, Bhutani MS, Catalano M et al. and the American Endosonography Club. Clinical implications of endoscopic ultrasound: the American Endosonography Club Study. Gastrointest Endosc 1996;44:371-377

6 Caletti G, Fusaroli P. The rediscovery of endoscopic ultrasound (EUS) in gastric cancer staging. Endoscopy. 2012;44:553-5.

7 Mocellin S, Marchet A, Nitti D. EUS for the staging of gastric cancer: a meta-analysis. Gastrointest Endosc 2011;73:1122-34.

8 Vazquez-Sequeiros E, Levy MJ, Clain JE, Schwartz DA, Harewood GC, Salomao D, Wiersema MJ. Routine vs. selective EUS-guided FNA approach for preoperative nodal staging of esophageal carcinoma. Gastrointest Endosc 2006;63:204-11.

9 Bolondi L, Casanova P, Caletti GC, Grigioni WF, Zani L, Barbara L. Primary Gastric Lymphoma versus Gastric Carcinoma: Endoscopic US Evaluation. Radiology 1987; 165: 821-826.

10 Caletti GC, Zani L, Bolondi L, Guizzardi G, Brocchi E, Barbara L. Impact of endoscopic ultrasonography on diagnosis and treatment of primary gastric lymphoma. Surgery 1988; 103: 315-320.

11 Caletti G, Zinzani PL, Fusaroli P, Buscarini E, Parente F, Federici T, Peyre S, De Angelis C, Bonanno G, Togliani T, Pileri S, Tura S; Italian Gastric Lymphona Study Group. The importance of endoscopic ultrasonography in the management of low-grade gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma. Aliment Pharmacol Ther 2002;16:1715-22.

12 Polkowski M. Endoscopic ultrasound and endoscopic ultrasound-guided fine-needle biopsy for the diagnosis of malignant submucosal tumors. Endoscopy 2005;37:635-45.

13 Harewood GC, Wiersema MJ. Endosonography-guided fine needle aspiration biopsy in the evaluation of pancreatic masses. Am J Gastroenterol 2002;97:1386-91

14 Tanaka M, Fernández-del Castillo C, Adsay V, Chari S, Falconi M, Jang JY, Kimura W, Levy P, Pitman MB, Schmidt CM, Shimizu M, Wolfgang CL, Yamaguchi K, Yamao K; International Association of Pancreatology. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. Pancreatology 2012;12:183-97.

15 Scheiman JM, Carlos RC, Barnett JL, et al. Can endoscopic ultrasound or magnetic resonance cholangiopancreatography replace ERCP in patients with suspected biliary disease? A prospective trial and cost analysis. Am J Gastroenterol 2001;96:2900-4

16 Park CH, Chung MJ, Oh TG, Park JY, Bang S, Park SW, Kim H, Hwang HK, Lee WJ, Song SY. Differential diagnosis between gallbladder adenomas and cholesterol polyps on contrast-enhanced harmonic endoscopic ultrasonography. Surg Endosc 2012 [Epub ahead of print]

17 Fritscher-Ravens A, Sriram PV, Bobrowski C et al. Mediastinal lymphadenopathy in patients with or without previous malignancy: EUS-FNA-based differential cytodiagnosis in 153 patients. Am J Gastroenterol 2000;95:2278-84.

18 Wallace MB, Fritscher-Ravens A, Savides TJ. Endoscopic ultrasound for the staging of non-small-cell lung cancer. Endoscopy 2003;35:606-10.

19 Freeman ML, Werner J, van Santvoort HC, Baron TH, Besselink MG, Windsor JA,Horvath KD, vanSonnenberg E, Bollen TL, Vege SS; International Multidisciplinary Panel of Speakers and Moderators. Interventions for necrotizing pancreatitis: summary of a multidisciplinary consensus conference. Pancreas 2012;41:1176-94.

20 Wyse JM, Carone M, Paquin SC, Usatii M, Sahai AV. Randomized, double-blind, controlled trial of early endoscopic ultrasound-guided celiac plexus neurolysis to prevent pain progression in patients with newly diagnosed, painful, inoperable pancreatic cancer. J Clin Oncol 2011;29:3541-6.

Autori:

Giancarlo Caletti, Pietro Fusaroli

UOC di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Università di Bologna/AUSL di Imola

Alma Mater Studiorum Università di Bologna - Regolamento in materia di corsi professionalizzanti: Master Universitari, Corsi di Alta Formazione, Corsi di Formazione Permanente e Summer/Winter School

Articolo 1 (Definizioni)
Ai sensi del presente regolamento, si intende:
a) per corsi professionalizzanti quelli previsti dall'art. 22 dello Statuto d'Ateneo, emanato con D.R. 1203/2011 del 13 dicembre 2011: Master di I e II livello, Corsi di alta formazione, Corsi di formazione permanente e Corsi intensivi;
b) per master universitario, d'ora innanzi master, il titolo rilasciato sulla base dell'art. 3 del D.M. 270/04, alla conclusione di corsi post lauream professionalizzanti di alta formazione, che di norma rilasciano 60 crediti formativi universitari e hanno una durata di un anno accademico;
c) per corso universitario di alta formazione, un corso post lauream professionalizzante da 10 a 25 crediti formativi universitari che si prefigge un perfezionamento o un approfondimento specialistico istituito sulla base dell'art. 6 della L. 341/1990; per corso universitario di formazione permanente, sulla base dell'art. 3 del D.M. 270/2004 e dell'art. 6 della L. 341/1990, un corso post lauream di aggiornamento professionale relativo a temi di attualità, da 20 a 120 ore, che può conferire da 4 a 15 crediti formativi universitari;
d) per Summer School / Winter School, un corso intensivo, che di norma è: residenziale, della durata da una a quattro settimane, connotato come internazionale e che conferisce da 2 a 6 crediti formativi universitari per la parte residenziale;
e) per cicli: livelli successivi in cui si articola il sistema dell'educazione superiore universitaria in Europa (in Italia: primo ciclo Laurea, secondo ciclo Laurea Magistrale, terzo ciclo Dottorato di ricerca e Scuola di specializzazione);
f) per corsi, i corsi di cui ai punti a), b) e c);
g) per istituzione dei corsi, la delibera con la quale gli Organi Accademici approvano il progetto;
h) per attivazione dei corsi, il provvedimento di emanazione del bando o avviso di concorso o di selezione per l'ammissione al corso;
i) per credito formativo universitario, d'ora innanzi credito, la misura di impegno complessivo di apprendimento, compreso lo studio individuale, richiesto ad uno studente in possesso di adeguata preparazione iniziale per l'acquisizione di conoscenze ed abilità nelle attività formative;
j) per percorso integrato: un percorso formativo progettato e realizzato in collaborazione tra più atenei;
k) per titolo congiunto, l'unico titolo rilasciato congiuntamente dagli atenei italiani o stranieri che, sulla base di apposite convenzioni, concorrono all'istituzione dei corsi;
l) per titolo doppio / multiplo, il titolo rilasciato sulla base di apposite convenzioni da ciascuna delle università italiane o straniere che concorrono all'istituzione dei corsi;
m) per uditori: partecipanti ammessi a frequentare i corsi anche se in mancanza dei titoli di accesso previsti, in quanto titolari di una solida esperienza professionale;
n) per comitato proponente: gruppo di almeno tre docenti o ricercatori dell'Università di Bologna che propongono un master;

o) per docente proponente: docente o ricercatore dell'Università di Bologna che propone un corso di alta formazione o un corso di formazione permanente o una Summer / Winter School.

Articolo 2 (Oggetto e finalità)
I corsi universitari oggetto di questo regolamento sono diretti di norma a chi sia in possesso di un titolo universitario almeno di primo ciclo e in nessun caso danno accesso a corsi collocati in cicli successivi a quelli del titolo richiesto a chi accede al corso stesso. L'Università di Bologna certifica crediti formativi universitari e ore di attività didattica esclusivamente nell'ambito dei corsi di I, II e III ciclo, nonché nell'ambito dei corsi disciplinati nel presente regolamento.

Articolo 3 (Tipologia, Titolo di accesso e Ammissione; Uditori e Durata)
1. L'Università di Bologna istituisce master universitari di I e II secondo livello, corsi di alta formazione, corsi di formazione permanente e Summer / Winter School.
2. Il titolo di accesso deve essere posseduto nel momento in cui viene perfezionata l'iscrizione, prima dell'avvio delle attività formative. Per l'accesso ai master di I livello è richiesto un titolo di primo ciclo, per i master di II livello un titolo di secondo ciclo. Per l'accesso ai corsi di alta formazione è richiesto almeno un titolo di primo ciclo. Di norma, per l'accesso ai corsi di formazione permanente ed alle Summer / Winter School è richiesto almeno un titolo di primo ciclo. Per tutte le tipologie di corsi, l'ammissione è subordinata al possesso del titolo di accesso e degli altri requisiti indicati nel bando o nell'avviso, nonché al superamento di una selezione volta a verificare il possesso di una adeguata preparazione. Le modalità della selezione sono stabilite dal Consiglio scientifico per i master e dal Direttore per tutti gli altri corsi, e sono indicate nei bandi o negli avvisi. I corsi di formazione permanente e le Summer/ Winter School possono non prevedere forme di selezione per la verifica della adeguata preparazione ed accettare gli iscritti fino al numero massimo previsto, purché in possesso dei requisiti di accesso. Il bando o avviso di concorso deve contenere i requisiti di accesso, gli eventuali titoli valutabili, le modalità di svolgimento della selezione, il numero minimo e massimo dei partecipanti al corso, il contributo che ogni studente dovrà versare per l'iscrizione nonché la data di scadenza per perfezionare le iscrizioni.
3. Il Consiglio scientifico per i master e il Direttore per gli altri tipi di corsi hanno facoltà di ammettere alla frequenza dei corsi uditori nella percentuale massima del 20% dei partecipanti. Gli uditori non sostengono esami e verifiche, non conseguono crediti e, al termine del corso, ricevono un certificato di frequenza o partecipazione. Per gli uditori è prevista una contribuzione ridotta.
4. Nei master, la didattica può essere organizzata in modalità part-time ed articolarsi conseguentemente su più di un anno accademico. Solo in presenza di accordi internazionali con altre università o di convenzioni con soggetti terzi possono essere istituiti master biennali, che prevedono attività formative di norma di 120 crediti. Qualora gli accordi internazionali o le convenzioni con soggetti terzi lo prevedano, i master possono prevedere una durata maggiore e rilasciare un numero di crediti superiore rispetto a quanto previsto.

Articolo 4 (Istituzione e attivazione)
1. I Dipartimenti e le altre Strutture e gli Istituti di Ateneo, di cui agli artt. 25 e 26 dello Statuto di cui al D.R. n. 1203/2011, e il Centro di studi avanzati di Buenos Aires possono proporre alle Scuole di riferimento, di concerto con gli altri Dipartimenti interessati, progetti di istituzione dei corsi oggetto del presente regolamento, anche in collaborazione con altre università o con soggetti terzi. Tali proposte sono presentate su iniziativa di almeno tre docenti (professori e ricercatori) di ruolo dell'Ateneo di Bologna per i master (comitato proponente) e di un docente di ruolo per tutti gli altri tipi di corsi (docente proponente).
2. Le proposte di corso indicano:
a) figure professionali obiettivo del corso, loro funzioni, risultati di apprendimento attesi e attività formative;
b) titoli di ammissione e requisiti di accesso;

c) modalità complessive di organizzazione della didattica con riferimento ai metodi ed alla valutazione del profitto;
d) piano didattico analitico, completo delle singole attività didattiche con l'indicazione dei Settori scientifico disciplinari e dei crediti laddove rilasciati, dei docenti responsabili degli insegnamenti, della proporzione di ore tenute da docenti di ruolo dell'Ateneo, e, nel caso siano previsti stage, dei soggetti terzi convenzionati;
e) sedi e date in cui si prevede di svolgere le attività didattiche;
f) risorse logistiche, di personale tecnico, di tutor e di docenza;
g) budget, numeri minimi e massimi di iscritti;
h) azioni che si adotteranno per l'assicurazione interna di qualità, in conformità alle indicazioni di Ateneo;
i) quant'altro richiesto nella circolare annuale che contiene la disciplina di dettaglio, incluso il calendario per la presentazione delle proposte.
3. Il comitato o il docente proponente devono preventivamente acquisire il parere favorevole da parte del Dipartimento di riferimento e degli eventuali Dipartimenti interessati per quanto riguarda la proposta in tutte le sue parti nonché la coerenza della medesima con l'offerta didattica dei corsi di studio del Dipartimento stesso e dei Dipartimenti interessati.
4. La delibera del Dipartimento, ad eccezione della delibera di istituzione e attivazione delle Summer / Winter School che non rilasciano crediti formativi universitari, è sottoposta al parere della Scuola di riferimento che propone l'istituzione dei corsi al Consiglio di Amministrazione, dopo aver acquisito il parere del Senato Accademico, ed è valida per tre anni accademici, previa valutazione dell'andamento nei tre anni precedenti. Negli anni successivi al primo, la proposta va comunque ripresentata, limitatamente alle parti modificate.

Articolo 5 (Gestione e organizzazione)
1. L'Ateneo cura direttamente l'organizzazione didattica e la gestione amministrativo/contabile del budget dei corsi, ovvero tramite enti convenzionati, secondo le norme in vigore.
2. In nessun caso l'organizzazione e la gestione amministrativo/contabile dei corsi può comportare oneri, anche impliciti o indiretti per l'Ateneo.
3. Quando l'organizzazione e la gestione amministrativo/contabile sono affidate a strutture dell'Ateneo, si richiede di prevedere nel budget del corso la quota necessaria a remunerare tali servizi.

Articolo 6 (Organi)
1. Organi del master sono il Direttore ed il Consiglio scientifico, organo dei corsi e delle Summer / Winter School è il Direttore.
2. Il Consiglio scientifico è costituito dai docenti del comitato proponente ed è responsabile di tutti gli elementi indicati nella proposta del corso di master, di cui all'art. 3. Il Consiglio scientifico può essere integrato con docenti di ruolo e ricercatori anche di altre università, che concorrono all'attivazione, nonché con esperti qualificati. In ogni caso, i docenti ed i ricercatori dell'Università di Bologna devono essere la maggioranza dei componenti. Un docente può far parte del consiglio scientifico di un solo master dell'Università di Bologna.
3. Il Direttore è un docente di ruolo (professore o ricercatore) dell'Università di Bologna o di una delle università che concorrono all'attivazione del corso, nel caso di percorsi formativi organizzati in collaborazione dalle sedi partner (che rilasciano titoli congiunti). Per i master, il Direttore è individuato all'atto della proposta tra i docenti proponenti, per gli altri corsi è il docente proponente. Il Direttore è responsabile dell'organizzazione complessiva del corso, del regolare svolgimento delle attività didattiche, inclusa la tenuta dei registri, e della conservazione dei relativi documenti, nonché dell'assicurazione di qualità.

Articolo 7 (Docenze e incarichi organizzativi)
1. Le docenze delle attività formative sono affidate a professori e ricercatori di ruolo dell'Università di Bologna, oppure conferite a professori e ricercatori di altre università.

Possono svolgere attività didattica nei corsi, in base a convenzioni stipulate con enti esterni, ovvero per contratto, esperti di alta e documentata qualificazione nelle materie previste nel piano didattico, individuati dal Consiglio scientifico, che provvederà a fissarne il compenso, nel rispetto delle compatibilità finanziarie previste dal budget del corso approvato.
2. I docenti e i ricercatori di ruolo dell'Università di Bologna possono svolgere attività didattica e organizzativa nei corsi una volta soddisfatti i compiti didattici nei corsi di studio, e possono essere retribuiti una volta assolto l'impegno didattico frontale previsto dall'Ateneo.

Articolo 8 (Finanziamento dei master e quote di gestione)
1. I master ed i corsi si autofinanziano con le quote di iscrizione e con altri contributi pubblici o privati.
2. Al termine del master o del corso, il Direttore trasmette agli uffici il conto consuntivo, redatto nei medesimi termini del budget preventivo, dove si indica anche l'impiego delle eventuali entrate ulteriori rispetto al minimo previsto.
3. Il Consiglio di Amministrazione stabilisce annualmente, per ciascun tipo di corso:
a) la composizione ed entità della quota fissa pro capite, che deve dare copertura almeno ai costi per bollo e assicurazione, nonché per la gestione dei servizi amministrativi erogati a favore dei corsi stessi;
b) la quota del prelievo dai proventi complessivi, che comprende le quote di iscrizione ed i contributi erogati a qualsiasi titolo in favore di master e corsi da aziende ed enti e istituti pubblici e privati, da destinare a favore del bilancio di Ateneo, tenendo conto che: nel caso dei master e dei corsi di alta formazione tale quota non può essere inferiore al 10%,. nel caso dei corsi di formazione permanente e per le summer/winter school che rilasciano crediti formativi universitari non può essere inferiore al 5%; le summer/winter school che non rilasciano crediti formativi universitari sono esenti dal pagamento della quota. Sono esenti da tale prelievo i contributi erogati da enti non lucrativi, quali Associazioni e Fondazioni, nonché da Enti pubblici territoriali, destinati a borse di studio o comunque alla riduzione delle quote di iscrizione, fino al 50% dei proventi complessivi del corso.
4. Possono essere previste quote di iscrizione scontate per gli uditori, con riduzione dei contributi fino a un massimo del 50% per i master e fino al massimo del 25% per gli altri tipi di corsi.
5. Le quote di iscrizione dei master sono versate di norma in due rate, quelle di tutti gli altri corsi in un'unica rata. Sono ammesse rateizzazioni diverse nel caso di master e corsi attivati presso le sedi estere dell'Ateneo.

Articolo 9 (Corsi in convenzione con altre università)
1. Ai sensi dell'art. 3, comma 10 del DM 270/2004, l'Università di Bologna promuove e gestisce anche percorsi formativi integrati organizzati in collaborazione con altri atenei italiani o esteri, che rilasciano certificazioni doppie, multiple o congiunte, sulla base di apposite convenzioni, che vanno presentate contestualmente al progetto del master o del corso.
2. Oltre a quanto già previsto per le proposte di master e corsi, di cui all'art. 3, comma 2, le convenzioni indicano puntualmente:
a) la tipologia del percorso e del titolo e le modalità di rilascio (doppio, multiplo o congiunto);
b) le procedure di candidatura, selezione ed iscrizione degli studenti;
c) i riferimenti alle normative nazionali che regolano i percorsi integrati offerti da più istituzioni e il rilascio dei titoli doppi, multipli e congiunti, ed al sistema nazionale di educazione superiore. Per i paesi che lo possiedono si farà riferimento al quadro nazionale delle qualifiche;
d) le modalità di valutazione del profitto degli studenti e le eventuali tabelle di riferimento per la conversione dei voti (per i master o corsi con università estere);
e) la responsabilità della gestione amministrativa delle carriere degli studenti e le modalità per gli eventuali trasferimenti di dati. L'accordo deve prevedere che lo studente si iscriva in una sola università, mentre nelle altre sedi è registrato automaticamente;

f) le responsabilità della gestione finanziaria e la definizione dei rapporti tra le parti per ogni aspetto finanziario. Master e corsi che ricevono finanziamenti su progetti vincolati a specifiche norme che regolano la gestione dei fondi sono tenuti in ogni caso a remunerare l'Ateneo con la quota fissa pro capite, con esclusione della quota parte a copertura della gestione dei servizi amministrativi, nei casi in cui tale gestione sia a carico degli atenei partner;
g) la composizione del corpo docente;
h) le modalità con cui si prevede di organizzare la mobilità di studenti e docenti;
i) le tipologie di certificazioni che si prevede di rilasciare.

Articolo 10 (Corsi in convenzione con soggetti terzi)
1. L'Università di Bologna può organizzare master e corsi anche in collaborazione con soggetti finanziatori terzi, pubblici o privati.
2. Le proposte sono accompagnate da una convenzione che definisce, oltre ai contenuti previsti di cui all'art. 3 comma 2, gli impegni reciproci, con particolare riferimento agli impegni finanziari, che assicurano la sostenibilità del master o del corso.

Articolo 11 (Diritti e doveri degli studenti)
Per quanto riguarda diritti e doveri degli iscritti ai corsi, nonché i provvedimenti disciplinari, si applica quanto previsto nel Titolo III del Regolamento Studenti, emanato con D.R. n. 899 del 26 giugno 2008 e successive modifiche.

Articolo 12 (Norme finali e transitorie)
1. Il presente regolamento entra in vigore dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale d'Ateneo.
2. Il presente regolamento a partire dalla sua entrata in vigore abroga il "Regolamento in materia di master universitari, corsi di formazione, formazione permanente, summer e winter school", emanato con D.R. 1416, del 16 novembre 2010, che continua ad applicarsi unicamente fino ad esaurimento dei corsi istituiti sino all'a.a. 2012/2013 incluso.

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

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

Bologna - via dell'Osservanza, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

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

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

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

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

L'abisso che separa la politica dalla società civile: Rapporto Annuale Eurispes

Eutanasia, testamento biologico, aborto, fecondazione assistita. Gli italiani non esitano a dirsi favorevoli. Ma la classe politica sembra sorda a questi temi.
Se domani si mettesse ai voti con un referendum una legge per consentire in Italia l'eutanasia, gli italiani direbbero in massa di sì. E lo stesso avverrebbe se l'oggetto della legge fosse il testamento biologico, oppure un alleggerimento delle norme che regolano la fecondazione assistita.
Su quelli che sono definiti temi etici, infatti, il popolo italiano è nel complesso decisamente più "avanti" e più "aperto" rispetto alla classe politica che pure esso stesso, eleggendola, ha delegato a rappresentarlo.
È quanto emerge dal Rapporto annuale Eurispes che ha fotografato anche questioni che ruotano intorno alla salute e alla malattia, oltre a confermare, tra le altre cose, un ulteriore calo di fiducia degli italiani nelle Istituzioni: per il 2013 il grado di sfiducia sale dal 71,6% del 2012 al 73,2%. L'aumento dei delusi, tra un anno e l'altro, passa dal 68,5% del 2011 al 73,2% del 2013 e, raffrontato con il 2010 (45,8%), quest'ultimo dato segna un incremento superiore al 27%.
Eutanasia e suicidio assistito - Due temi che non appaiono nell'agenda politica, ma che tra gli italiani non sembrano affatto tabù: tra il 2012 e il 2013, per esempio, si rafforza sensibilmente la maggioranza di coloro che si dichiarano favorevoli all'eutanasia, passati dal 50,1% all'attuale 64,6%. Quelli favorevoli al suicidio assistito (porre fine alla vita con l'intervento di un medico anche in assenza di malattie) sono, invece, ancora una minoranza, ma in crescita significativa: dal 25,3% dello scorso anno al 36,2% del 2013 (praticamente, da poco più di uno su quattro a oltre uno su tre); contrario, invece, il 63,8% degli italiani (ma lo scorso anno erano il 71,6%). Oltre la metà di coloro che sono politicamente orientati al centro ha espresso parere contrario all'eutanasia (54,4%). Tuttavia, si attesta oltre il 60% il parere positivo degli italiani delle altre aree politiche: il 74,6% si dichiara vicino alle idee della sinistra, il 68,9% a quelle di centro-sinistra, il 63,9% di destra e il 60,6% del centro-destra.
Testamento biologico - L'espressione della volontà dell'individuo di sottoporsi o no a cure mediche in futuro, quando potrebbe non essere in grado di intendere o di volere, registra un aumento di consensi superiore ai dieci punti percentuali: dal 65,8% del 2012 al 77,3% del 2013. I più propensi all'introduzione del testamento biologico sono coloro che si dichiarano di sinistra (83,8%) e centro-sinistra (82,1%); ma favorevoli sono anche, seppure in misura minore, gli italiani vicini alle aree di destra (77,9%) e di centro-destra (72,8%) e, con un livello di gradimento ancora inferiore, i centristi (64,4%).
Fecondazione assistita e aborto - La maggior parte degli italiani si dichiara favorevole alla fecondazione assistita: ben il 79,4% si dimostra propenso a individuare ulteriori possibilità per realizzare il desiderio di maternità. D'altra parte, l'eventuale interruzione di una gravidanza anche attraverso la somministrazione della pillola abortiva (entro i primi due mesi di gestazione, senza bisogno di intervenire chirurgicamente) registra un aumento dei consensi: dal 58% dello scorso anno all'attuale 63,9%. Sia per la fecondazione assistita sia per la pillola abortiva i favorevoli mai scendono sotto la maggioranza né per gli orientamenti politici né per le aree geografiche. I più favorevoli alla fecondazione assistita sono gli italiani che si dichiarano di sinistra (86,7%) e di centro-sinistra (86,4%), seguiti da coloro che si dichiarano di centro-destra (83,3%); con una distanza di circa dieci punti percentuali si ritrovano coloro che si dichiarano orientati a destra (72,1%) e al centro (71,1%). Si tratta prevalentemente di persone che vivono nelle

aree centrali (82,8%) e settentrionali del Paese (Nord-Est 81,4% e Nord-Ovest 80,8%); meno quelle che risiedono al Sud (76,6%) o nelle Isole (71,9%). Anche rispetto all'utilizzo della pillola abortiva RU-486, al Sud Italia e nelle Isole (rispettivamente 54,4% e 58,1%) sono meno favorevoli rispetto al Centro (72,1%) e al Nord (Nord-Est 67,6% e Nord-Ovest 65,6%). Anche in questo caso il parere positivo viene principalmente dagli italiani di sinistra (78%) e centro-sinistra (69,8%), mentre cala tra coloro che sono di destra (destra 65,6% e centro-destra 62,8%) e ottiene circa il 51,1% dei pareri positivi tra i centristi.

No alla vivisezione - Fortissimo il rifiuto di questa pratica: quasi nove italiani su dieci la respingono, aumentano dall'86,3% del 2012 all'87,3% di quest'anno. Il che testimonia, secondo Eurispes, una maggiore sensibilità verso il rispetto degli animali, piuttosto che «verso la ricerca spasmodica di eventuali successi legati alla sperimentazione dolorosa sugli esseri viventi».

Aspettativa di vita e mortalità - Dal 1975 al 2010 sia gli uomini sia le donne hanno visto crescere la loro aspettativa di vita di quasi dieci anni (rispettivamente 9,8 e 8,6). Nel contempo il numero di morti per le fasce di popolazione più avanzate è in costante calo: dal 1990 al 2009 sono diminuiti i decessi nelle fasce di età comprese tra i 50 e i 59 anni e tra i 60 e i 74 anni, mentre sono aumentati quelli delle persone con età pari e superiore ai 75 anni.

Le conseguenze della crisi economica sulla salute - Sebbene dal lato delle macro-evidenze economiche sia possibile evidenziare notevoli segnali di preoccupazione, sostiene Eurispes, queste non sembrano avere conseguenze dirette sugli indicatori dello stato di salute degli italiani.

L'alcol - Diminuisce il consumo giornaliero, passando dal 34,8% del 2001 al 26,7% del 2011. Aumentano, invece, il consumo fuori pasto e quello occasionale, che salgono rispettivamente dal 24,9% al 27,7% e dal 37,1% al 40,3%.

Il tabacco - Negli ultimi 14 anni la vendita delle sigarette in Italia ha avuto inizialmente una crescita, per poi diminuire. In particolare, dai 91 milioni di chili venduti nel 1998 si è arrivati a 85,5 milioni nel 2011. Rispetto ad altri Paesi europei, l'Italia si colloca al secondo posto per la vendita di tabacco, superata solo dalla Germania. Secondo l'indagine Doxa-Iss 2012, svolta durante il primo semestre del 2012, i fumatori in Italia sono 10,8 milioni, ovvero il 20,8% della popolazione.

Le droghe - Nel 2011 e nel primo semestre 2012 si è registrata una lieve crescita di uso di cannabis e stimolanti tra gli studenti, mentre sembrano in diminuzione i consumi di cocaina e allucinogeni. Per l'eroina si rilevano consumi minori, in generale, ma stabili al Sud e Isole e tra le donne.

Il gioco d'azzardo patologico (Gap) - Il dossier di Libera (Azzardopoli), ricorda il Rapporto Eurispes, stima una spesa pro-capite pari a 1.260 euro, di un fatturato legale di 76,1 miliardi di euro e di uno illegale di 10 miliardi. Inoltre, conta 708.225 persone dipendenti dal gioco d'azzardo e circa 2.000.000 di giocatori a rischio. I giocatori patologici giocano almeno tre volte alla settimana, spendendo mediamente da 600 euro in su. Circa il 65% di loro, però, spende mensilmente almeno il doppio: 1.200 euro.

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

L'oggi e il domani

Attività della Commissione Albo Odontoiatri

Nell'ambito delle attività della Commissione Albo Odontoiatri dell'OMCeO di Bologna, al fine di promuovere la formazione dei propri Iscritti, in data 24 novembre u.s., presso la sede dell'Ordine, si è tenuto un incontro sul tema "La prevenzione del contenzioso, ruolo della mediazione e ruolo dell'Ordine Professionale". Tale incontro si inserisce nel programma realizzato dalla Commissione Giovani Odontoiatri, coordinata dal Dott. Andrea Dugato, per aiutare i giovani Colleghi ad inserirsi nel mondo del lavoro in un momento particolarmente difficile come quello attuale. I Relatori, l'Avv. Giovanni Facci, ricercatore presso il nostro Ateneo, la Dott.ssa Maria Sofia Rini, esperta di Odontoiatria Legale e membro della Commissione sulle Problematiche Medico Legali del nostro Ordine, ed il Dott. Carlo D'Achille, hanno affrontato il tema fornendo consigli pratici al fine di prevenire il contenzioso e quando, sfortunatamente verificatosi, riuscire ad avere gli elementi documentali finalizzati a provare il proprio operato. Si è affrontato il tema delle linee guida alla luce delle ultime sentenze della Cassazione, il tema assicurativo ed il ruolo della mediazione, quando conviene e quando no. Unica nota dolente, la scarsa affluenza all'incontro, del tutto gratuito e di grande risvolto pratico. Si sottolinea nuovamente il tema della formazione, per affrontare la professione in un momento così drammaticamente difficile come quello attuale è assolutamente necessario mantenersi aggiornati, la formazione non è solamente un obbligo deontologico e di legge, ma è un grande investimento per la nostra professione. Al fine di agevolare le comunicazioni con gli Iscritti si esorta ad inviare la propria mail all'indirizzo segreteria@odmbologna.it specificando il proprio numero d'iscrizione all'Aldo Odontoiatri, questo, in particolar modo, per poter informarvi tempestivamente ed in modo efficace sulle iniziative ordinistiche per la formazione.

Carlo D'Achille

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'esposizione agli olii essenziali abbassa la pressione

L'esposizione agli olii essenziali abbassa la pressione e può aiutare a prevenire i problemi cardiaci. Lo afferma uno studio pubblicato dall'"European Journal of Preventive Cardiology", secondo cui però gli effetti benefici scompaiono se l'aromaterapia dura più di un'ora. Lo studio dell'università di Taipei ha coinvolto cento lavoratori di centri benessere specializzati in aromaterapia, esposti per due ore agli effluvi dell'olio essenziale di bergamotto. Ai soggetti studiati sono stati misurati la pressione e il battito cardiaco diverse volte durante l'esposizione. Tra 15 e 60 minuti la pressione è scesa rispetto alla linea di base di 2,1 millimetri di mercurio e il battito cardiaco di 2,21 battiti al minuto. Da 75 a 120 minuti invece l'effetto si ribalta, con la pressione che sale di 2,19 millimetri e il cuore di 1,7 battiti, sempre rispetto alla linea di base: "Un'esposizione prolungata – spiegano gli autori – si è rivelata quindi rischiosa, anche per soggetti giovani come quelli studiati". http://cpr.sagepub.com/content/early/2012/11/21/2047487312469474.abstrac

***

Allarme pazienti e medici, rischi con farmaci generici in terapie salvavita

L'allarme arriva dai pazienti trapiantati italiani e dai medici della rete trapiantologica: il passaggio non controllato dai farmaci originali ai farmaci generici per la terapia immunosoppressiva post-trapianto mette a rischio la salute di pazienti 'fragili' come i pazienti trapiantati, che possono andare incontro a rigetto e alla perdita d'organo. Lo indica la Sito, Società italiana trapianti d'organo, che spiega come in futuro, l'eventuale scelta di alcune Regioni di rimborsare solo il costo del farmaco generico potrebbe "determinare pericolose rincorse al farmaco con il prezzo più basso, come anche inaccettabili differenze territoriali nella tutela della salute, obbligando di fatto i medici di quelle regioni a esporre i propri pazienti a tutti i rischi connessi al cambio di terapia".
L'impatto delle possibili ricadute di un uso non controllato dei farmaci generici nella terapia immunosoppressiva dei trapianti è stato valutato nel corso del Forum "Trapianti e terapie: i diritti insostituibili dei pazienti", promosso dalla Sito, che ha coinvolto alcuni dei più importanti trapiantologi italiani insieme a rappresentanti dei pazienti, delle istituzioni e delle Regioni.
"Alcuni immunosoppressori, come tacrolimus, rientrano nella categoria dei farmaci a basso indice terapeutico: anche lievi modificazioni della concentrazione plasmatica di questi farmaci possono comportare gravi conseguenze in termini di tossicità o perdita di efficacia", afferma Pasquale Berloco, presidente dal Sito. "In questo particolare ambito terapeutico, la sostituzione di un farmaco originale con un generico, o quella di un generico con un altro generico, deve essere prescritta da un medico esperto del trapianto e valutata nel suo rapporto rischio/beneficio poiché ogni sostituzione deve essere seguita da controlli dei livelli plasmatici del farmaco e sostituzioni ripetute e consecutive devono assolutamente essere evitate".
In Italia sono circa 3.000 ogni anno le persone sottoposte a trapianto d'organo, con risultati paragonabili a quelli dei principali Paesi europei, grazie all'elevata efficienza dei Centri trapianto. "Le percentuali di successo sono ormai elevatissime, con una sopravvivenza d'organo a un anno che è del 91,9% per il rene, dell'83,5% per il cuore e dell'81,6% per il fegato", afferma Alessandro Nanni Costa, direttore Centro nazionale trapianti.
"Sono ottimi – continua – anche i dati relativi al reinserimento dei pazienti trapiantati nella vita sociale: i pazienti italiani sottoposti a trapianto che lavorano o sono nelle condizioni di farlo, sono il 90,3% per il trapianto di cuore, 78,2% per il trapianto di fegato e 89,8% per il trapianto di rene". Per i pazienti trapiantati i farmaci immunosoppressori hanno un ruolo salvavita. Da oltre un anno nei prontuari terapeutici sono stati introdotti i farmaci immunosoppressori equivalenti, la cui efficacia e sicurezza sono in generale garantite da normative che ne disciplinano l'immissione in commercio. Ma in alcune situazioni particolari l'uso dei generici comporta dei rischi.
"La sostituzione di alcuni farmaci immunosoppressori con un equivalente presenta rischi oggettivi e specifici nella terapia post-trapianto, afferma, a nome dei pazienti, Anna Maria Bernasconi,

presidente Associazione nazionale emodializzati – dialisi e trapianto (Aned). "Per questi farmaci, le differenze tra dosi efficaci e quelle associate a tossicità sono minime e il passaggio non controllato da un farmaco originatore all'equivalente può fare la differenza per la sopravvivenza dell'organo: rischiare di perdere un trapianto ha ricadute umane, sociali e di spesa sanitaria ben più gravi di un relativamente modesto risparmio nella terapia farmacologica", conclude Bernasconi.

***

I farmaci contro l'asma influenzano la crescita dei bambini

I bambini che fanno uso di farmaci inalatori contro l'asma, da adulti avranno una statura leggermente inferiore rispetto ai piccoli che non hanno utilizzato questi medicinali. Sono i risultati di uno studio della Washington University School of Medicine di St. Louis, Usa, che è stato presentato a Vienna, lo scorso settembre, in occasione del Congresso della European Respiratory Society (Ers), e contemporaneamente pubblicato online sul "New England Journal of Medicine". L'indagine ha coinvolto più di 1.000 bambini fra i 5 e i 12 anni, trattati per asma da lieve a moderata per più di quattro anni in otto centri. Sono stati divisi in tre gruppi: uno ha ricevuto budesonide due volte al giorno, un farmaco corticosteroide per via inalatoria; il secondo ha ricevuto nedocromile, medicinale non-steroideo per via inalatoria; il terzo gruppo ha ricevuto un placebo. I ricercatori hanno poi seguito 943 piccoli a intervalli regolari fino all'età adulta: le femmine fino ai 18 anni, i maschi fino ai 20. Ebbene, l'altezza media ''da grandi'' è risultata di circa 1,2 centimetri minore nel gruppo che aveva assunto budesonide, rispetto ai pazienti che avevano ricevuto nedocromile o placebo. I bimbi che hanno sperimentato la crescita più lenta avevano tra i 5 e gli 11 anni quando hanno iniziato a utilizzare budesonide. "Se un bambino non cresce come dovrebbe – dice Robert Strunk, a capo dello studio – potrebbe essere utile ridurre la dose di steroidi. Ma noi pensiamo che il centimetro di altezza in meno in età adulta debba essere soppesato con il beneficio dei corticosteroidi per via inalatoria nel controllo dell'asma persistente''. ''Per ridurre al minimo le preoccupazioni sugli effetti sulla altezza in età adulta – consiglia Strunk – occorre usare la dose minima efficace per controllare i sintomi dell'asma".

***

I microciglia proteggono il cervello dall'Alzheimer

I microglia, cellule immunitarie del cervello, potrebbero avere un ruolo nel proteggerlo dall'Alzheimer. Lo afferma uno studio dell'University of Easter Finland, che lo ha reso noto in un comunicato. I depositi di placche amiloidi, le proteine responsabili dell'Alzheimer, fanno cominciare un'infiammazione nel cervello che 'accende' i microglia, che possono interferire con le cellule cerebrali o persino eliminarle. Tuttavia, spiegano gli autori, è possibile fermare questa attivazione anche senza rimuovere le proteine. I ricercatori hanno trattato dei topi geneticamente modificati per sviluppare l'Alzheimer con delle immunoglobuline umane (Ivig), ottenendo sia la soppressione dell'attivazione dei microglia e la promozione della sopravvivenza dei neuroni dell'ippocampo, dove si deposita la memoria. "Questi studi hanno rivelato qualche nuovo meccanismo molto importante – spiegano gli autori – secondo cui il trattamento con anticorpi umani può essere d'aiuto ai pazienti con Alzheimer". http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0958-9/urn_isbn_978-952-61-0958-9.pdf

***

Il diabete raddoppia il rischio di problemi all'udito

Il diabete può rovinare anche l'udito, infatti i diabetici hanno un rischio più che raddoppiato di andare incontro a problemi di udito rispetto ai non diabetici, soprattutto i pazienti più giovani. È quanto emerso da un maxi-studio pubblicato sul "Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism" da Chika Horikawa dell'università di Niigata. Gli esperti nipponici hanno analizzato i dati di un totale di 13 precedenti studi esaminanti il legame tra diabete e perdita di udito, pubblicati tra 1977 e 2011.

Hanno analizzato complessivamente dati riguardanti 7.377 diabetici e 12.817 persone sane. Il diabete è una malattia legata a non poche complicanze tra cui, ad esempio, problemi retinici che alla lunga rovinano la vista. Infatti ai pazienti diabetici è sempre consigliato di sottoporsi a controlli periodici della vista per prevenire eventuali danni. Restava dibattuto il legame tra diabete e problemi di udito. Gli esperti hanno visto che effettivamente questo legame esiste e che i diabetici rischiano il doppio di soffrire di problemi di udito; i pazienti più giovani hanno un rischio quasi triplicato (2,61 volte in più). È importante dunque che i diabetici si sottopongano a controlli periodici dell'udito anche se non è ancora chiaro in che modo la malattia lo danneggi. http://jcem.endojournals.org/content/early/2012/11/08/jc.2012-2119.abstract?sid=a4af906e-e388-4eae-92fe-c6ddd00fb62f

***

Dagli USA uno studio sull'origine della corteccia cerebrale

I ricercatori hanno gettato luce sui processi che, gradualmente, costruiscono la corteccia cerebrale, uno dei più "antichi" strati del cervello umano. Gli scienziati del Cold Spring Harbor Laboratory, come si legge su "Science", hanno seguito la migrazione delle cosiddette "cellule candelabro" nel cervello di alcuni topolini durante il suo sviluppo. In questo modo, Hiroki Taniguchi e colleghi hanno osservato in che modo il cervello costruisce i suoi circuiti. Gli scienziati hanno seguito lo sviluppo di questi neuroni specializzati, che aiutano a regolare la comunicazione fra le cellule "piramidali", e hanno trovato che questi si originano dall'area cerebrale nota come zona ventrale germinale. Una volta stabilite, le cellule candelabro seguono uno specifico percorso di sviluppo e mantengono la loro identità anche dopo essere state trapiantate in altre regioni del cervello. La scoperta conferma che le cellule candelabro sono dei neuroni che formano le connessioni con altri tipi di neuroni e suggerisce che queste cellule specializzate contribuiscono ad assemblare i circuiti cerebrali corticali.

***

La caffeina non influisce sul diabete tipo 2

Un ampio studio su più di 100mila persone ha confermato il legame tra le bevande zuccherate e il diabete di tipo 2, ma non è riuscito a stabilire se la eventuale presenza di caffeina abbia qualche influenza sullo sviluppo della malattia. A portarlo avanti per due decenni l'università di Harvard, che ha pubblicato i risultati sul "Journal of Clinical Nutrition". I soggetti, sia uomini che donne, sono stati seguiti per 22 anni, e per quelli che bevevano più bibite gassate il rischio di diabete è risultato maggiore del 23 per cento, indipendentemente dalla presenza di caffeina. I bevitori di caffè, sia caffeinato che decaffeinato, hanno mostrato un rischio leggermente inferiore rispetto agli altri: "La caffeina non fa differenza per niente – spiega l'autore principale, Frank Hu – forse il caffè porta qualche beneficio, ma la caffeina in sé non sembra avere nessun effetto".

***

Italiani 'campioni' di Facebook per info su salute. L'82% di chi naviga lo fa su temi sanitari, soprattutto sul social network

Hanno utilizzato una community on line, un gruppo su social network o condotto una qualsiasi attività legata alla salute utilizzando il web.
Sono i 'social health user', gli utilizzatori di risorse sociali in linea per parlare e confrontarsi su temi sanitari, che in Europa nel 2012 risultano essere il 72% di chi ha una connessione, dai 18 anni di età in su.
Ma l'Italia è ampiamente sopra la media: l'82% dei connazionali che si collegano regolarmente a internet fa parte di questa categoria.
E predilige Facebook, secondo la ricerca Cybercitizen Health Europe 2012 di Manhattan Research. L'indagine ha coinvolto 3.020 'navigatori' in Francia, Germania, Italia, Spagnia e Regno Unito.
Ne è emerso che, sempre in media, il 44% degli utenti del web usa i social network per fini legati alle informazioni sulla salute, il 33% legge o posta testimonianze in rete e il 34% si serve di ri-

cerche on line per conoscere meglio l'argomento desiderato. Spagna e Italia sono i Paesi in cui si usa di più il web (83 e 82%) e in particolare Facebook a questo scopo, mentre in Germania (76%) si preferisce navigare alla ricerca di indagini e ricerche su temi di salute.
In Francia il 71% degli utenti internet naviga per informazioni su argomenti legati al benessere, mentre nel Regno Unito il 56%.

***

In crescita le gravidanze a rischio

Punte di eccellenza ma anche difetti organizzativi e strutturali: mortalità materna e infantile in calo, aumento delle gravidanze a rischio, poco uso dell'anestesia epidurale e troppi piccoli punti nascita. È quanto emerge dall'indagine conoscitiva appena conclusa e votata dalla commissione Sanità del Senato sui punti nascita. In Italia, secondo i dati dei Cedap (Certificati di assistenza al parto), nel 2008 sono stati registrati circa 600mila parti. Il numero medio di figli per donna è stato di 1,42 figli. Le regioni meno prolifiche sono Sardegna, Molise e Basilicata. L'età media della madre è di 32,4 anni per le italiane, di 28,9 anni per le straniere. La mortalità materna è diminuita negli anni, passando da 133 per 100mila nel 1955 a 1,6 e 2 nel 2006-2007. Il rapporto di mortalità materna più basso appartiene all'Emilia-Romagna, il più alto alla Sicilia. Ad aumentare le gravidanze a rischio c'è anche il diffondersi delle tecniche di procreazione assistita, per l'aumento di gravidanze multiple, delle nascite premature, e dell'età della donna al primo figlio. Si è registrato un aumento dei bambini nati sotto le 28 settimane (1,4% nel 2011) o sotto la 34ma settimana (4,9%). Circa i punti nascita, il 67% dei parti avviene in strutture dove si fanno almeno mille parti l'anno (il 37,3% del totale), il 9,11% dei parti invece si fa in centri che ne fanno meno di 500. Su 158 punti nascita con meno di 500 parti l'anno, 112 (70,9%) sono al Sud, mentre dei 30 punti nascita con più di 2500 parti solo 3 sono al Sud, 23 al Centro-Nord.
Quanto al parto senza dolore, l'indagine rileva che quello che attualmente si fa è lasciato alla buona volontà delle strutture. Non esiste alcun incentivo economico e c'è una resistenza al diffondersi dell'analgesia, da attribuire secondo la relazione a fattori culturali (in un Paese cattolico il parto è legato ad un concetto di sofferenza biblica), la scarsa informazione su questa tecnica e la carenza di personale.

***

Il rischio di obesità si calcola con una formula

Uno studio dell'Imperial College London pubblicato su "PLoS ONE", descrive come, con un semplice calcolo matematico, può essere previsto il rischio di diventare obesi durante l'infanzia, praticamente sin dalla nascita del bambino. La formula, disponibile grazie a un calcolatore che si può trovare online, stima il rischio in base al peso alla nascita, all'indice di massa corporea dei genitori, al numero di persone che vivono in casa, alla professione della madre e al suo status di fumatrice oppure no. I ricercatori hanno sviluppato la formula usando dati provenienti da uno studio che ha seguito 4.000 bambini finlandesi nel 1986; gli studiosi hanno scoperto che le informazioni non genetiche, al momento della nascita, erano da sole sufficienti a predire il rischio obesità nell'infanzia, e la formula è stata validata con successivi test in Italia e negli Usa. ''Tutti i dati che abbiamo usato erano ben noti fattori di rischio per obesità infantile,ma questa è la prima volta che vengono usati insieme per predire, al momento della nascita, le probabilità che il bambino diventi obeso'', ha spiegato Philippe Froguel, che ha condotto lo studio http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0049919

***

In gene obesità un riparo a depressione. Rischio ridotto per chi è predisposto a chili di troppo

Il gene con il peso maggiore sulla predisposizione all'obesità, FTO, riduce il rischio individuale di depressione. La scoperta, grazie all'analisi del Dna di decine di migliaia di persone, è della McMa-

ster University di Hamilton e indica per la prima volta in maniera convincente un legame genetico con la depressione. Secondo quanto riferito su "Molecular Psychiatry", avere la mutazione 'pro-obesità sul gene FTO riduce dell'8% il rischio depressione.

***

In aumento farmaci che interagiscono con pompelmo. Attualmente 85 prodotti a rischio, pericoli anche con altri agrumi

Cresce il numero di farmaci che possono avere gravi effetti negativi se assunti, anche a distanza di tempo, con il pompelmo. Ma i medici spesso non sono a conoscenza di questo fenomeno, ammonisce uno studio che appare sul "Canadian Medical Association Journal". L'articolo, una revisione da parte dei ricercatori che hanno scoperto questo fenomeno più di 20 anni fa, al Lawson Health Research Institute di Londra, mira proprio ad aiutare i 'camici bianchi' a capire meglio e a prevenire gli eventi indesiderati provocati dall'assunzione di questo frutto mentre si è in cura con alcuni medicinali. Gli effetti collaterali comprendono insufficienza renale acuta, insufficienza respiratoria, emorragie gastrointestinali, soppressione del midollo osseo nei pazienti immunocompromessi, tossicità renale, fino alla morte improvvisa. Molti dei farmaci che interagiscono con il pompelmo, ricordano gli esperti, sono ampiamente prescritti e sono essenziali per il trattamento di condizioni mediche gravi o comuni. Il team londinese ha calcolato che attualmente sono in commercio più di 85 farmaci che possono interagire con il pompelmo. Ma solo tra il 2008 e il 2012 si è passati da 17 a 43 prodotti a rischio, un incremento superiore a 6 nuovi farmaci l'anno dovuto soprattutto all'introduzione di nuove entità chimiche e formulazioni. Il problema, evidenziano gli autori, è che a meno che gli operatori sanitari siano a conoscenza della possibilità di questi eventi avversi, è difficile che emergano e che il paziente associ l'aver mangiato o bevuto del pompelmo con l'evento avverso. Quindi, c'è una mancanza di conoscenza di questa interazione nella comunità sanitaria in generale. Degli 85 prodotti in commercio, 43 possono avere gravi effetti collaterali. E non è solo 'colpa' di questo frutto: conseguenze possono esserci anche con il consumo di alcuni tipi di arance, spesso utilizzate nella marmellata, il lime e con tutti gli agrumi che contengono lo stesso principio attivo del pompelmo, il furano-cumarine. Si tratta di un composto chimico che provoca l'inibizione irreversibile dell'enzima Cyp3a4, coinvolto nel metabolismo di oltre il 50% dei farmaci comunemente prescritti. I medicinali 'a rischio' hanno tre caratteristiche: sono somministrati per via orale, hanno una biodisponibilità da molto bassa a media (la dose che viene assorbita nel flusso sanguigno) e il loro metabolismo avviene nel tratto gastrointestinale a opera proprio dell'enzima Cyp3a4. Nel caso di prodotti con biodisponibilità molto bassa, l'ingestione di una dose normale di pompelmo può essere analoga al consumo di dosi multiple del farmaco. Questa interazione può verificarsi anche se il frutto si consuma molte ore prima di prendere il farmaco. Un esempio: la simvastatina, se presa in combinazione con un bicchiere da 200 ml di succo di pompelmo al giorno per 3 giorni, produce una concentrazione del 330% del farmaco nel sangue rispetto all'acqua.

***

Rumore non danneggia solo l'udito, sale pressione e cala libido

Tv troppo alta, frastuono del trapano o colpi di martello, motori di auto e aerei, ma anche musica troppo alta nell'iPod. I rumori cittadini possono provocare non solo stordimento, mal di testa e problemi all'udito, ma anche altri effetti importanti, e spesso insospettati, su altre parte del nostro organismo. Quando è eccessivo, infatti, il rumore "provoca un aumento della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e dell'attività di tiroide". Ma anche "una riduzione della libido e della fertilità", l'aumento della frequenza respiratoria e dell'insorgenza di ulcere peptiche e duodenali. A indagare sugli effetti, uditivi e non, del rumore è un articolo pubblicato su "Prevention and Research" e firmato da Simone De Sio del Dipartimento di Medicina legale, Unità di Medicina del lavoro della Sapienza di Roma, diretta da Francesco Tomei, e da colleghi dello stesso ateneo.
"Il rumore – ricordano gli studiosi – viene definito come suono sgradevole ed è uno tra gli agenti fisici più diffusi, sia in ambito lavorativo che extra lavorativo. Provoca una serie di alterazioni a

carico delle strutture neuro-sensoriali dell'orecchio interno e può creare danni anche ad altri organi ed apparati, interferendo con l'omeostasi dell'organismo e rappresentando uno dei principali componenti dell'inquinamento ambientale". A livello psicologico può causare "depressione, ansia, aumento dell'aggressività, disturbi del sonno, senso di fastidio, stress e modificazioni in senso peggiorativo delle capacità cognitive". Oltre a eccitabilità, mal di testa, fatica mentale. "Il rumore è senza dubbio uno degli agenti fisici più diffusi sia in ambito lavorativo che extra lavorativo: per avere un'idea degli effetti, "il tic-tac di un orologio, mediamente, ha un'intensità di 20 dB; un concerto rock e alcune attività lavorative possono superare i 100 dB; un aereo al momento del decollo supera i 120 dB e, quindi, la soglia del dolore".
Non è soltanto l'intensità a determinare eventuali danni alla salute, ma anche la durata dell'esposizione al rumore e la sua frequenza. Nel caso di esposizione acuta a livelli di rumore intensi e di breve durata, come le esplosioni, "i sintomi possono essere: dolore acuto, senso di stordimento, vertigini e ipoacusia di vario grado; all'esame audiometrico – spiegano gli autori – si può evidenziare un deficit della funzione uditiva che può essere temporaneo o permanente". Nel caso di esposizione prolungata, i sintomi possono essere suddivisi in 4 fasi: sensazione di 'orecchio pieno' e di stordimento; deficit uditivo irreversibile pur in assenza di sintomi; deficit uditivo conclamato e, infine, deficit uditivo generalizzato.
La buona notizia è che "è possibile intervenire promuovendo un'azione di protezione acustica", cioè fornendo opportuni dispositivi di protezione individuale e portando avanti "un'opera di formazione e informazione della popolazione sui possibili rischi da rumore", raccomandano gli autori. Ad esempio, suggeriscono, negli ambienti di lavoro è buona norma:
1) Evitare cause di rumorosità (ove non sia possibile predisporre silenziatori, rivestimenti fonoassorbenti etc.);
2) Stabilire una razionale collocazione delle macchine;
3) Isolare lavorazioni particolarmente rumorose;
4) Isolare le strutture portanti (pavimenti o pareti);
5) Insonorizzare i reparti rumorosi mediante materiale fonoassorbente;
6) Isolare l'operatore, se necessario, in una cabina insonorizzata e tecnicamente adeguata;
7) Intervenire sull'organizzazione del lavoro (rispettare i tempi di esposizione, le pause e l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale);
8) Sostituire eventuali parti danneggiate di macchine, attrezzi o impianti;
9) Aumentare la frequenza e l'accuratezza della manutenzione e della lubrificazione delle attrezzature;
10) Fornire opportuna segnaletica nelle zone a rischio;
11) Effettuare una corretta opera di formazione ed informazione dei lavoratori sui rischi e le tecniche da seguire per evitare danni.

***

Onu, 7.500 morti giorno per scarsa igiene. 'Word toilet day', obiettivo copertura non possibile entro 2015

Ogni giorno nel mondo muoiono 7.500 persone per la mancanza di servizi igienico-sanitari, e di queste 5.000 sono bambini sotto i 5 anni. In occasione del 'World Toilet Day', in cui si richiama l'attenzione sulla sfida per l'igiene personale, le Nazioni Unite sottolineano come tale diritto sia uno degli 'Obiettivi del Millennio' stabiliti dall'Onu per ridurre la povertà. Obiettivo che tuttavia non verrà raggiunto, come auspicato – entro il 2015. I numeri sono tuttora drammatici.

***

Peso nascita predice sviluppo cervello. Più capacità a risolvere conflitti se bebè è di 2-4,5 kg

I neonati che pesano di più sapranno risolvere prima i conflitti e le situazioni difficili e hanno un maggiore sviluppo di alcune aree del cervello addette alla risoluzione dei conflitti cognitivi, rispetto ai bambini che pesano meno. Lo sostengono i ricercatori del dipartimento di psicologia

dell'Università di Oslo che, con i neurologi della California University di San Diego, hanno condotto uno studio pubblicato su "Proceedings of the National Academy of Sciences".

***

Nuovo test per diagnosi cancro prostata. Marker consente discriminare tumore in pazienti con Psa elevato

Arriva un nuovo e semplice esame diagnostico, attraverso un test sul sangue, per la diagnosi precoce del tumore alla prostata e per evidenziare l'aggressività tumorale. Un nuovo marker consente infatti di discriminare meglio il tumore prostatico in pazienti con Psa elevato e permettere in tal modo di limitare il numero di biopsie non necessarie. Si tratta del proPsa, ora disponibile presso il Servizio di Patologia Clinica dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, diretto da Laura Conti.

***

Messo a punto un farmaco antiepilessia che brucia i grassi

Una sostanza prodotta dal corpo umano mentre brucia i grassi potrebbe costituire un nuovo metodo per trattare l'epilessia. Lo afferma uno studio dell'University College di Londra pubblicato dalla rivista "Neuropharmacology", che dimostra come sugli animali il trattamento sia migliore di quelli tradizionali. L'idea per la nuova terapia, spiegano i ricercatori, è venuta dall'osservazione che una dieta speciale detta chetogenica, con un alto contenuto di grassi e pochi carboidrati, aiuta i bambini con epilessia grave resistente ai farmaci. Ad agire sono gli acidi grassi che si producono quando si digerisce questo tipo di cibo, e i ricercatori hanno identificato quelli più efficaci, pronti per essere trasformati in farmaci, testandoli con successo sugli animali in attesa di poter effettuare trial sull'uomo. L'utilizzo di una 'pillola' eviterebbe gli effetti collaterali della dieta, che vanno dalla crisi ipoglicemica al ritardo della crescita: "L'epilessia colpisce 50 milioni di persone nel mondo, e approssimativamente un terzo di queste è resistente ai farmaci – scrivono gli autori dello studio – questa scoperta offre un approccio totalmente nuovo per bambini e adulti".

***

Un terzo dei cancri mammari non necessita di trattamenti

Circa un terzo di tutti i cancri alla mammella individuati mediante screening di routine in donne americane in salute non necessitano di essere trattati. A dirlo, uno studio del Regional Cancer Center in Bend, Oregon pubblicato sul "New England Journal of Medicine". Lo studio ha esaminato gli effetti della mammografia sull'incidenza del cancro fra il 1976 e il 2008 nelle donne americane con più di quarant'anni. Gli autori hanno concluso che più di un milione di donne a cui è stata diagnosticata la malattia potrebbero non sviluppare mai i sintomi. Nel solo 2008, stimano i ricercatori, più di 70mila donne avevano diagnosi di tumori di questo tipo, costituendo il 31 per cento di tutti i casi di cancro al seno diagnosticati in donne ultraquarantenni. "I nostri studi sollevano seri interrogativi circa il valore dello screening mammografico. Il danno delle 'overdiagnosi' è probabilmente più grandi di quanto previsto: le donne si sottopongono a trattamenti che includono chirurgia, radiazioni, ormoni, chemioterapia per anomalie che avrebbero potuto non causargli nessuna malattia", scrivono gli scienziati.

***

I cani individuano con l'olfatto i tumori polmonari

I cani hanno una sorprendente abilità di individuare con l'olfatto il tumore ai polmoni e, secondo i risultati di un progetto pilota condotto in Austria, potrebbero essere sfruttati per la diagnosi precoce della malattia. "I cani non hanno problemi a identificare i pazienti affetti da tumore", ha affermato Peter Errhalt, capo del reparto di pneumologia dell'ospedale di Krems, nel Nord dell'Austria, uno degli autori dello studio. Dalla ricerca è emerso che i cani hanno una percentuale di successo

del 70% nell'identificare un tumore da 120 campioni di alito, un risultato così "incoraggiante", afferma ancora Errhalt nello studio, che partirà una ricerca di due anni e 10 volte più vasta. I risultati fanno il paio con i peculiari comportamenti osservati nei cani quando si trovano in presenza di pazienti oncologici oltre ad essere sostenuti da studi più circoscritti fra cui uno condotto nel 2011 in Germania. L'obiettivo ultimo non è di portare i cani negli ospedali ma di identificare quale odore i cani sniffano, ha spiegato Michael Mueller dell'ospedale Otto Wagner di Vienna che ha collaborato al progetto. Questo in seguito potrebbe aiutare gli scienziati a riprodurre una sorta di "naso elettronico" che potrebbe risultare utile nella diagnosi precoce del cancro, facendo aumentare nettamente il tasso di sopravvivenza, ha aggiunto Mueller.

***

La prescrizione con principio attivo non fa risparmiare. Lo affermano esperti dell'Istituto Bruno Leoni

La nuova disciplina sulla prescrizione dei farmaci che comporta l'obbligo, per i medici, di indicare nelle ricette solo il principio attivo, incoraggiando il ricorso ai medicinali generici "non comporta alcun risparmio per la spesa sanitaria". È quanto riporta nel nuovo Briefing Paper dell'Istituto Bruno Leoni 'La ricetta del ministero. Gli effetti collaterali delle nuova disciplina delle prescrizioni', Serena Sileoni, fellow dell'Istituto, che ha analizzato la norma prevista dalla spending review. "L'obiettivo pare quindi essere non legato a risparmi per le finanze pubbliche, bensì alla volontà di avvantaggiare una parte della filiera farmaceutica (i produttori di farmaci generici, per i quali la scadenza brevettuale è passata) a svantaggio di un'altra (i produttori di farmaci innovativi, che mantengono nel proprio portafogli prodotti che pure hanno superato i termini della tutela brevettuale)". Secondo Sileoni, "in sostanza, il rimborso del Ssn è già fissato al prezzo più basso tra quelli dei farmaci equivalenti in commercio e la spesa pubblica relativa resta quindi sganciata dal tipo di prescrizione effettuata. Quello che ora cambia è soltanto il fatto che la possibilità data prima al paziente di conoscere i generici a disposizione, con l'aiuto del medico e del farmacista, diviene ora un obbligo a carico di questi ultimi, senza che risultino effetti benefici per la spesa pubblica e vantaggi di certezza e sicurezza sanitaria per i pazienti".
Il lavoro "dimostra come questo approccio tradisca scarso rispetto per la libertà di scelta del medico e possa generare piccoli e grandi inconvenienti per farmacisti e pazienti", dichiara Alberto Mingardi, direttore generale dell'Ibl. "Soprattutto, però, non si capisce perché il governo debba scegliere di avvantaggiare un comparto, i genericisti, anziché un altro, i produttori di farmaci branded, senza che ve ne sia un vantaggio diretto per il sistema sanitario nazionale. Questa non è politica sanitaria: è piuttosto politica industriale. E come tutte le politiche industriali, è pericolosa nel momento in cui sostituisce alla libertà di scelta il giudizio dei pubblici poteri". In conclusione, si propone di "approfondire l'analisi delle zone grigie degli studi di bioequivalenza, al fine di trovare metodi affidabili sotto il profilo dell'efficacia clinica della comparazione dei farmaci equivalenti con i farmaci originali; estendere la comparazione dell'equivalenza alle classi di farmaci equivalenti di un originale, tra di loro; modificare le liste di trasparenza, corredandole degli esiti degli studi di bioequivalenza, degli esiti di eventuali indagini successive all'Aic, della composizione degli eccipienti, del confronto dei generici tra loro; chiarire i profili di responsabilità dei medici rispetto alle problematiche nascenti dall'assunzione di farmaci generici, laddove sia stato prescritto il solo principio attivo.

***

Il sonno notturno aumenta la resistenza al dolore

Uno studio pubblicato sulla rivista "Sleep" ha scoperto che allungando la durata del sonno notturno si può amplificare l'efficacia delle terapie antidolore e aumentare la resistenza dei pazienti che soffrono di dolore cronico. È quanto hanno scoperto alcuni ricercatori dello Sleep Disorders Center di Los Angeles che hanno eseguito dei test su 18 volontari che sono stati divisi in due gruppi. Il primo ha dormito come al solito, nei partecipanti del secondo gruppo la durata del sonno notturno è stata, invece, fatta aumentare fino a raggiungere le dieci ore. Nel corso delle tre settimane di

follow-up i ricercatori hanno osservato che nelle persone che dormivano più a lungo la resistenza al dolore poteva aumentare anche del 25%. Timothy Roehrs, dello Sleep Disorders and Research Center presso l'Henry Ford Hospital di Detroit che ha preso parte alla ricerca, ha spiegato che questo è il primo studio che collega direttamente un sonno notturno prolungato ad una migliore gestione del dolore e consiglia di tener presente questo dato quando si deve affrontare il dolore cronico o un intervento chirurgico. In Italia 13 milioni di persone convivono con il dolore cronico e anche se dal 2010 esiste una legge che riconosce il diritto di questi pazienti a ricevere trattamenti antidolore, assistenza e cure palliative, il 41% di essi dichiara di non ricevere trattamenti adeguati alla loro condizione. http://www.journalsleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=28718

***

Balduzzi, lo stile di vita degli italiani non è salutare

La salute degli italiani risente del loro stile di vita. La relazione sullo stato sanitario del paese 2011, presentata ieri a Roma dal Ministro della salute Renato Balduzzi, fotografa una situazione in cui obesità, sedentarietà e dipendenze si estendono ad ampie fasce della popolazione.
Complessivamente, le principali cause di decesso restano le malattie cardiocircolatorie (224.830, pari al 38%) e i tumori (174.678, il 29,7%), ma emergono con chiarezza le conseguenze di comportamenti non salutari, a partire dal fumo, che uccide dalle 70 alle 83 mila persone all'anno.
Sedentarietà e alimentazione non corretta costituiscono un altro grande rischio per la salute e, se oltre quattro italiani su dieci sono sovrappeso (il 32%) o obesi (l'11%), le malattie metaboliche sono in aumento e il diabete colpisce tre milioni di persone.
Il problema dell'obesità inizia fin dall'infanzia e aumenta con l'età. È il risultato di una cattiva alimentazione, con solo un italiano su dieci che consuma le cinque porzioni giornaliere di frutta e verdura raccomandate dai nutrizionisti. Ed è anche conseguenza dell'insufficiente attività fisica che, in un terzo degli adulti tra i 18 e i 69 anni, sconfina nella completa sedentarietà. Il fenomeno è più frequente nelle fasce sociali a bassa scolarità e con reddito inferiore e ripropone forti differenze regionali, con gravità maggiore al sud.
L'alcol si conferma un problema sociale: ne abusano oltre tre milioni di anziani, ma il consumo coinvolge 390 mila minori e circa 1, 3 milioni di giovani dagli 11 ai 25 anni bevono fuori pasto.
Nel 2010, l'abuso di droghe ha portato 177.227 pazienti a rivolgersi ai 486 Servizi pubblici per le dipendenze di cui si è rilevata l'attività (sui 525 attivi). Nel 70,1% dei casi a motivare la richiesta di trattamento è stata l'eroina, nel 15,2% la cocaina e nel 9,2% i cannabinoidi.
E una nuova categoria di dipendenza si sta diffondendo: il gioco d'azzardo, che tocca 700 mila persone, di cui 300 mila a livello patologico.

***

Troppo cibo da bimbi invecchia cervello. Studio su 6200 anziani americani

'Patire' un po' la fame da piccoli potrebbe rallentare il declino delle facoltà mentali tipico degli anziani. Pubblicato su "Neurology", lo studio è della Rush University Medical Center di Chicago. Gli esperti hanno intervistato 6200 75enni su varie condizioni, tra cui salute e alimentazione, durante l'infanzia. In chi dichiarava di aver 'patito' qualche volta la fame il declino cognitivo era rallentato di un terzo rispetto alla discesa fisiologica delle performance mentali legata all'età.

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 24° gennaio 2013

Cognome - Nome	Indirizzo	Te lefono
ABD ALATIF RANIA	Via Libia, 4 – Bologna	339/65.61.037
AKACHA KARIM	Via S.Isaia, 44 – Bologna	329/12.82.827
ARRIVABENE ALESSANDRA	Via Anna Frank, 4 – Casalecchio di Reno	051/56.81.11 349/14.79.511
BADRAN ALI	Via Mazzini, 96 – Bologna	327/11.66.723
BENEDETTO DANILO	Via Leonardo Da Vinci, 9/6 – Gioia del Colle	080/34.82.515 329/80.23.754
BERTONCELLI SARA	Via Mondolfo, 9 – Bologna	340/54.22.924 051/45.26.17
BRUHN ALEJANDRO DANIEL	Via del Pilastro, 30/c – Bologna	392/45.31.112
CANESTRI NICCOLO'	Via dei Gessi, 3 – Bologna	051/65.69.072 333/52.73.647
CAPUTO CARLA	V.le A.Silvani, 5 – Bologna	051/63.90.137 349/50.64.278
CARDIGLIANO MARIA ANGELA	Via Capo di Lucca, 3 – Bologna	347/44.90.012
CAVALLARI FABRIZIA	V.le Carducci, 48 – Bologna	338/40.45.981
CHIERZI FEDERICO	Via Gramsci,3 – Argelato	051/86.06.72 328/36.18.015
CIMINO CATERINA	Via Fondazza, 25 – Bologna	347/72.82.956 320/67.52.204
CONGIU ERMINIA	Via G.Modena, 23 – Bologna	349/53.19.078
CONTE ELEONORA	Via Pasubio, 88 – Bologna	328/28.22.875
DE GREGORIO MARIANNA	Via Mazzini, 82/8 – Bologna	329/34.14.861 339/62.20.008
DIANI LUCA	V.lo Bolognetti, 11 – Bologna	333/52.41.333
DIMITRIADIS KONSTANTINOS	Via F. Malaguti, 16 – Bologna	339/27.83.187
di SUMMA MARGHERITA	Via Zannoni, 1 – Bologna	345/70.92.600
ESPERTI VINCENZO	Via Rubizzano, 1802/c – S.Pietro in Casale	327/53.40.055
FORLANI GIULIA	Via A.Murri, 43 – Bologna	333/98.85.260
FUSAI FRANCESCA	Via Vascelli, 6 – Bologna	349/47.62.790
GANJEHKHOSRAVI ALI	Via Bertelli,11 – Bologna	320/07.77.427
GIAMBONI LORENZO	Via L.go Molina, 4 – Bologna	051/34.22.01 328/38.10.766
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	345/34.34.676
GIORGI FEDERICA	Via A.Calda, 1 – Bologna	051/43.56.81 349/29.80.290
GRASSO MERIMMA	Via Stelloni Levante, 30/3 – Calderara di Reno	320/78.69.236
GUIDOTTI JACOPO MARIA	Via Riva Reno, 29 – Bologna	051/52.15.43 329/23.23.034
LAI EMANUELE	Via della Resistenza, 24 – Bazzano	051/83.19.28 347/68.39.429
LEUNTE VIOREL	Via Panigale, 74 – Bologna	327/67.20.939
LEVANTESI PAOLO	V.le della Vittoria, 154 – Porto S.Giorgio	0734/67.66.73 329/68.58.858
LIA LOREDANA	Via delle Fragole, 5 – Bologna	340/61.63.754
LUISI SILVIA	Via Coltermine, ½ - Monterenzio	329/88.21.860
MAGNAGUAGNO FRANCESCA	Via G.Oberdan, 33 – Bologna	051/22.23.19 339/35.67.523
MAGNANI LUCA	Via S.Bruno, 16 – Parma	347/98.33.272
MARCATELLI MARCO	Via Cartoleria, 40 – Bologna	328/86.59.810
MARCOVITZ RITA	Via Lombardia, 28 – Bologna	051/54.23.14 347/42.43.279
MARRA ROSA FRANCESCA	Via S.Vitale, 42/2 – Bologna	051/23.73.77 347/60.68.501
MONTEFIORI MICHELA	Via Pagnina, 10/A – Mordano	348/09.31.664
NGANKAM CHOUPE NADEGE STELLA	Via M.Polo, 83 – Bologna	329/12.81.411
NIKOLLAU NIKOLETTA	Via Barozzi, 4 – Bologna	320/677.59.21
NYASSALA DIANG GEPORGES	Via Strada Maggiore, 13 – Bologna	389/83.54.934

PAGLIA ANNALISA	Via Golfarelli, 6 – Bologna	320/16.63.019
PALANA' CHIARA	Via Libia, 60 – Bologna	051/62.17.622 339/49.82.802
PALLADINO CAROLINA SERENA	Via Mazzini, 95/6 – Bologna	329/17.58.326
PAPANASTASIOU ANASTASIA	Via Vinazzetti, ½ - Bologna	333/21.40.716
PIRETTI LUCA	Via Caduti di Cefalonia, 5 – Bologna	0541/95.71.97 328/45.97.195
PLANTERA PAMELA	Via A.Saffi, 16/3 – Bologna	380/63.49.252
POLLUTRI GABRIELLA	Via Zanotti, 19 – Bologna	329/29.14.105
POERIO ANTONIO	Via B. Gigli, 6 – Bologna	392/41.81.500
PROVENZALE CARLO	Via Bondi, 61/6 – Bologna	328/05.42.847
RAMACIERI ANGELA	Via De Carolis, 29 – Bologna	349/43.46.866
RAVALDI ELISA	Via Fluno, 118 – Mordano	0542/52.279 339/80.63.339
SASDELLI ANNA SIMONA	Via Corticella, 25 – Bologna	334/99.50.996
SCHINZARI MATTEO	Via Mazzini, 15/2 – Bologna	328/46.87.079
SCORZONI RAFFAELLA	Via Ferrarese, 10/2 – Bologna	051/35.25.51 340/39.36.916
SERIO BARBARA	Via Palatucci, 1 – Bologna	320/76.86.017
SGRO' FEDERICA	Via A.Albertazzi, 39 – Bologna	338/74.87.968
SPASARI EZIO	Via Dell'Arcoveggio, 192 – Bologna	328/49.87.840
STEFANINI LAURA	Viale Antonio Silvani, 3/6 – Bologna	349/42.20.898
TENGATTINI VERA	Via S.Stefano, 64 – Bologna	329/46.55.731
VALLI VITORIO	Via S.Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23
VERRI FILIPPO	Via P.Neruda, 17 – Bologna	340/34.82.385
VISCIOTTI FRANCESCA	Via Bovi Campeggi, 1 – Bologna	328/80.52.268
VITALI GIULIA	P.zza Carducci, 3/3 – Bologna	333/49.52.472

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ANTONACCI NICOLA	Chirurgia Generale	348/53.17.427
BAGNATO FRANCESCA	Medicina Interna (Indirizzo Medicina d'Urgenza)	349/56.38.510
CAMPOLO MARIA FRANCESCA	Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	051/40.74.057 320/93.13.285
CANELLA PIERO	Ortopedia e Traumatologia – Fisioterapia	338/14.06.026
CAVALLARI FABRIZIA	Medicina dello Sport	338/40.45.981
CHIARELLO EUGENIO	Ortopedia e Traumatologia	320/09.24.360
COLI' GABRIELE	Malattie dell'Apparato Cardiovascolare – Medicina dello Sport	051/78.14.22 330/41.11.95
CONCORDIA ALESSANDRA	Medicina del Lavoro	346/47.85.225
DALL'ASTA CHIARA GIOVANNA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	349/57.86.626
DIRODI MARIA	Ginecologia e Ostetricia	348/92.53.425
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
FALZONE FRANCESCA	Neurologia	329/82.30.056
GIOVANETTI FEDERICA	Chirurgia Vascolare	051/61.92.448 339/19.12.182
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva Medico Competente Corso di Formazione in Medicina Generale	051/44.32.41 339/48.19.676
OLMI RUGGERO	Ortopedia e Traumatologia	338/76.74.267
PICCOLI LIDA	Chirurgia Generale	0721/82.33.30 347/59.17.472
SOVERINI VALENTINA	Scienza dell'Alimentazione	339/27.33.725
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

Arrestocardiaco: una sfida per molti attori

Martedì, 5 marzo 2013

Bologna Royal Hotel Carlton

Programma

9:00 Presentazione dell'incontro - Introduzione
Sessione I
L'ARRESTO CARDIACO EXTRAOSPEDALIERO
09.30 Le dimensioni epidemiologiche - Alessandro Capucci (Ancona)
09:45 Come ottimizzare la gestione del paziente con arresto cardiaco: dalla fase pre-ospedaliera al ricovero in ospedale - Piergiorgio Cavallo (Bologna)
10:00 L'ipotermia nel paziente resuscitato - Tommaso Pellis (Pordenone)
10:15 Coronarografia e angioplastica in emergenza dopo arresto cardiaco: solo per i pazienti con ST sopraslivellato? - Gianni Casella (Bologna)
10:30 Gestione rianimatoria e valutazione prognostica - Erga Cerchiari (Bologna)
10:45 Discussione
11:15 Break
Sessione II
WORK-UP CARDIOLOGICO NEL PAZIENTE SOPRAVVISSUTO AD ARRESTO CARDIACO
11:45 Arresto cardiaco in presenza di cardiopatia - Claudio Rapezzi (Bologna)
12:00 Arresto cardiaco in assenza di cardiopatia: sindromi genetiche aritmiche primitive - Fiorenzo Gaita (Torino)
12:15 Early repolarization: una condizione non sempre benigna? - Valeria Carinci (Bologna)
12:30 Arresto cardiaco nei giovani sportivi: si può prevenire? - Pietro Delise (Conegliano TV)
12:45 Discussione
13:15 Pausa
Sessione III
DOPO L'ARRESTO CARDIACO: PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE
14:30 Indicazioni all'impianto del defibrillatore impiantabile ed esperienza clinica del defibrillatore indossabile - Helmut U Klein (Rochester NY, USA)
14:45 Problematiche cliniche di gestione del paziente portatore di defibrillatore impiantabile - Antonio Raviele (Mestre)
15:00 Innovazioni tecnologiche: il defibrillatore senza fili - Riccardo Cappato (Milano)
15:15 Nuove frontiere nell'ablazione transcatetere delle aritmie ventricolari maligne - Gaetano Barbato (Bologna)
15:30 Discussione
Sessione IV
ARRESTO CARDIACO: ASPETTI ORGANIZZATIVI
15:45 La cultura della RCP e dei DAE: dalla legislazione alla formazione - Danilo Neglia (Pisa)
16:00 La prospettiva del cittadino - Gianni Spinella (Modena)
16:15 L'organizzazione del soccorso nei luoghi a rischio: esperienze a confronto - Maurizio Liberti
16:30 Gestione dell'arresto cardiaco intraospedaliero - Federico Semeraro (Bologna)
16:45 Costo-efficacia della prevenzione: su quale strategia investire? - Giuseppe Boriani (Bologna)
17:00 Discussione
17:30 Conclusione dei Lavori e compilazione Questionario ECM

SEDE

Royal Carlton Hotel - Via Montebello, 8 - Bologna

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, 2 - 40134 Bologna - tel. 051-6144004 - fax 051-6142772 e-mail: alessandra.bolognini@iec-srl.it

---

Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona Onlus

Sabato 16 marzo 2013 ore 9

Aula Magna Istituto di Anatomia Umana Normale Università di Bologna, via Irnerio 48 - Bologna

in collaborazione con Associazione Medici Agopuntori Bolognesi, AMAB

Lezione magistrale del prof. Paul U. Unschuld, Ph.D., M.P.H.

Director Horst-Goertz-Institute for the Theory, History and Ethics of Chinese Life Sciences - Charité-Medical University Berlin

Chinese Medicine: between Tradition and invented tradition

Patrocini: Regione Emilia-Romagna; Provincia di Bologna; Comune di Bologna; Alma Mater Studiorum Università di Bologna; Università di Firenze; European Association for Predictive, Preventive and Personalised Medicine; Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri; Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna; Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca; Fondazione per la Collaborazione tra i Popoli; Fondazione di Noopolis; Shang Shung International Institute for Tibetan Studies

Segreteria Scientifica: Paolo Roberti di Sarsina, Carlo Maria Giovanardi
Segreteria Organizzativa: Paolo Roberti di Sarsina, Maria Rosa Dal Pian, Cesare Pilati, Umberto Mazzanti

5 Crediti ECM - Partecipazione gratuita
Provider Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna

Ecografia Bedside

Bologna 6 maggio 2013

Aula Magna Ospedale Maggiore - Bologna

Programma
8:15 Registrazioni dei partecipanti
8:40 Introduzione al corso e all'esame eco-bedside
Patologia del collo e del torace
Il paziente con noduli palpabili del collo
9:00 Approccio clinico
9:20 Approccio eco-bedside
9:40 Approccio clinico
10:00 Approccio eco-bedside: cuore
11:00 Coffee break
11:20 Approccio eco-bedside: polmone
12:20 La toracentesi ecoguidata
12:35 Discussione
13.00 Colazione di lavoro
Patologia addominale
14:00 L'addome acuto: approccio clinico
14:20 Definizione del quadro ecografico normale
14:40 La colica biliare
15:00 La colica renale
15:20 L'aneurisma dell'aorta addominale
15:40 Occlusione, masse e versamenti
16:00 La paracentesi ecoguidata
16:15 Discussione
Patologia arti inferiori
16:45 La gamba "gonfia": approccio clinico
17:15 La gamba "gonfia": approccio eco-bedside
18:00 Discussione
18:20 Chiusura del Corso

Sede
Ospedale Maggiore - Largo B. Nigrisoli 2, 40133 Bologna

Iscrizione
La quota d'iscrizione è pari a Euro 121,00 (100,00 + IVA). L'iscrizione si effettua entro il 15 aprile 2013 utilizzando l'apposito modulo reperibile sul sito (http://www.ecografiabologna.org/bedside/iscr.html).

Direttore del Corso
Vincenzo Arienti

Segreteria Scientifica
Esterita Accogli, Leonardo Aluigi, Lorenzo Baldini, Andrea Domanico, Stefano Pretolani

Segreterie Organizzative
GIUMI - Gruppo Italiano di Ultrasonologia in Medicina Interna
Progetto Meeting Via De' Mattuiani, 4 - 40124 Bologna Tel. 051-585792 Fax 051-3396122 E-mail info@progettomeeting.it

Patrocini
Alma Mater Studiorum Univ. di Bologna Scuola di Medicina e Chirurgia
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Ordine Prov. dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna
FADOI Fed. delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti
SIC Società Italiana di Chirurgia
SIMG Società Italiana di Medicina Generale
SIMI Società Italiana di Medicina Interna

Accreditamento ECM
Il Corso sarà accreditato ECM per Medici e Chirurghi.

Ecografia Clinica

Bologna 7-9 maggio 2013

Ospedale Maggiore - Bologna

Martedì 7 maggio
8:15 Registrazione dei partecipanti
8:45 Saluto delle Autorità e presentazione del Corso
9:00 Fondamenti dell'ecografia clinica
9:30 Anatomia del fegato ed epatopatie diffuse
10:00 Cirrosi ed ipertensione portale
10:30 Coffee break
11:00 Lesioni benigne
11:30 Lesioni maligne
12:00 Colecisti e vie biliari
12:30 Pancreas
13:00 Colazione di lavoro
14:30-17:00 ESERCITAZIONI - Esecuzione pratica di esami ecografici a piccoli gruppi

Mercoledì 8 maggio
9:00 Milza e linfonodi
9:30 Nefropatie mediche
10:00 Nefropatie chirurgiche
10:30 Coffee break
11:00 Tratto gastroenterico
11:30 Pelvi maschile
12:00 Pelvi femminile
12:30 Tiroide e paratiroidi
13:00 Colazione di lavoro
14:30-17:00 ESERCITAZIONI - Esecuzione pratica di esami ecografici a piccoli gruppi

Giovedì 9 maggio
9:00 Torace
9:30 Aorta addominale
10:00 L'esame Doppler e ColorDoppler
10:30 Coffee break
11:00 Carotidi c-IMT e placca
11:30 Trombosi venosa profonda (TVP)
12:00 L'ecografia con mezzo di contrasto (MDC)
12:30 Casistica di ecografia con MDC
13:00 Colazione di lavoro
14:30-17:00 ESERCITAZIONI - Esecuzione pratica di esami ecografici a piccoli gruppi
17:00 Questionari ECM e chiusura del Corso

Direttore
Vincenzo Arienti

Segreteria scientifica
Esterita Accogli, Andrea Domanico

Segreterie organizzative
GIUMI - Gruppo Italiano di Ultrasonologia in Medicina Interna
Progetto Meeting - Via De' Mattuiani, 4 - 40124 Bologna

Contatti
Progetto Meeting - Tel. 051-585792/ Fax 051-3396122
E-mail: info@progettomeeting.it

Patrocini
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Ordine Prov. dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna
SIC Società italiana di Chirurgia
SIMG Società Italiana di Medicina Generale
SIMI Società Italiana di Medicina Interna

Modalità di iscrizione
L'iscrizione si effettua entro e non oltre il 15 aprile 2013, secondo leistruzioni riportate sul sito (http://www.ecografiabologna.org).

Quote di iscrizione
Euro 363,00 (Euro 300,00 + IVA) entro il 15/03/13
Euro 423,50 (Euro 350,00 + IVA) dopo il 15/03/13

Data e sede
Il Corso si svolgerà dal 7 al 9 maggio 2013 presso l'Aula Magna dell'Ospedale Maggiore, Largo B. Nigrisoli 2 Bologna.Le esercitazioni pratiche saranno eseguite presso il Centro di Ricerca eFormazione in Ecografia della Medicina Interna A dell'Ospedale Maggiore.

Giornate Medico-Scientifiche Gynepro 2013 - Nuove acquisizioni in campo ginecologico, riproduttivo e prenatale

Bologna 10 maggio 2013

Royal Hotel Carlton - Via Montebello 8

Programma
08:00 Registrazione dei partecipanti
8:30 Apertura dei lavori
8:45 Saluto delle Autorità
Sessione 1 - Progressi nelle tecniche diprocreazione medicalmente assistita
09:00 Il congelamento del tessuto ovarico: stato dell'arte
09:30 Prima di cominciare: strumenti diagnostici per l'ottimizzazionedelle tecniche
9:50 Fisiologia e clinica dello sviluppo endometriale e dell'impianto
10:10 Diagnosi e screening pre-impianto (PGD/PGS):una prospettiva clinica
10:30 Discussione
10:50 Coffee-Break
Sessione 2 - Il dolore pelvico cronico
11:20 Dolore pelvico cronico: una eziopatogenesi multifattoriale
11:40 Dolore pelvico cronico: gli approcci terapeutici
12:00 Vulvodinia e mialgia del pavimento pelvico
12:20 Cistiti interstiziali e ricorrenti: diagnosi e trattamento
12:40 Discussione
13:00 Pranzo
Sessione 3 - Sviluppi recenti e prospettive della diagnosi prenatale delle anomalie fetali
14:30 Un nuovo ruolo per il CGH array nella diagnosi prenatale
14:40 Diagnosi prenatale invasiva: quali sono i rischi reali?
15:00 Screening, testing o diagnosi invasiva?
15:20 Diagnosi prenatale delle infezioni da CMV con enfasi sul ruolodell'ecografia
15:40 Discussione
15:55 Coffee-Break
Sessione 4 - Stato dell'arte dell'ecografia per la diagnosi precocedelle malformazioni
16:25 Le anomalie cerebrali: calendario della diagnosi prenatale
16:45 Diagnosi prenatale precoce delle cardiopatie
17:05 Cervicometria per la prevenzione del parto prematuro
17:25 Discussione
17:40 Compilazione questionario apprendimento ECM
17:50 Chiusura dei lavori

Segreteria Scientifica
Dr. Enzo Troilo, Dr.ssa Silvia Bernardi
GynePro Medical
Via T. Cremona 8 - 40137 Bologna
Tel. 051 442094 - Fax 051 441135
info@gynepro.it - www.gynepro.it

Segreteria Organizzativa
GynePro Educational
Via Lame, 44 - 40122 Bologna
Tel 051 223260 - Fax 051 222101
educational@gynepro.it - www.gynepro.it

Ragazza italiana di 28 anni cerca lavoro come segreteria presso studio medico. Massima serietà e disponibilità, sia parti time che full time. Per info chiamare il 340.3515170.

Cassaforte marca Duto misure cm 130x58x58, peso circa 800 kg, ideale per studi professionali. Certificata, in garanzia. Vendo causa trasloco a soli 1500 euro (nuova soterebbe almeno 2300). L'oggetto si trova a Bologna. Spese di trasporto a carico dell'acquirente. Per info tel. 051.333627.

Studio medico a Bologna. zona Massarenti ad.ze S. orsola, mette a disposizione un'ampia stanza arredata con sala d'attesa a specialisti, settimanalmente o anche a giornate. Per informazioni rivolgersi al n. 338/9507589.

Vendesi strumento medico per ossigeno ozono terapia: multiossigen portatile di ultima generazione in ottime condizioni, usato pochissimo. Tutto a norma. Tel. 339/8952992 oppure 334/3250511.

Cerco collega per condivisinoe affitto e spese di studio dentistico. Centralissimo e prestigioso, dotato di 3 riuniti e moderne attrezzature. Per informazioni: 331/5850427.

Vendesi nuova costruzione indipendente (Capo Capo Vaticano Calabria). Finiture di pregio, cucina in muratura, due camere da letto, doppio bagno con armadio a muro, giardino e terrazzo panoramico. Prezzo interessante. Tel. 320/8212008.

Studio dentistico sito in Budrio (Bo) cerca Logopedista per collaborazione su pazienti propri e inviati da altri professionisti. Gli interessati possono telefonare al 3477303455

Laureata, decennale esperienza in segreteria organizzativa presso Società Servizi Congressuali settore medico-farmaceutico, cerca impiego in Bologna (anche collaborazioni) presso studi medici o case di cura. Intuitiva e intraprendente, dotata di grande autonomia e senso di responsabilità. Bella presenza, ottima conoscenza lingua inglese e ambiente Windows e Mac. Lorena cell. 333-5330454 e-mail lorena.per@libero.it

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

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

Pietramellara - Stazione Centrale. Affitto studio medico ristrutturato a nuovo (cablato, parquet, prima affittanza): piano primo con ascensore, ingresso, 3 stanze (una grande), bagno. Zona di alta visibilità. Garage pubblico sottostante. Possibile esercizio contemporaneo di più medici. Tel. 051/440376 ore uffico o 348/8126096.

In zona Costa/Saragozza, fuori ZTL, affittasi elegante studio a specialisti area medica e psicologi per singole o mezze giornate. Prezzo contenuto. Per informazioni tel. 335/7118032.

Assistente alla poltrona con esperienza di due anni, in età di apprendistato, cerca lavoro a Bologna e provincia. Mail: cristinaallori@hotmail.it - Tel. 3408496142.

Affittasi appartamento in Viale Ercolani di fronte ingresso ospedale S. Orsola. Ingresso cucina abitabile con terrazzino, bagno finestrato, tre camere matrimoniali, prese tv e telefono in ogni ambiente. Arredato con tutti gli elettrodomestici. Termo autonomo. Per info tel. 051/6236007.

Siamo un Gruppo di Medici, Pediatri e Volontari che già da 2 anni si reca, a titolo di volontariato in Senegal, nella Regione della Casamance, per offrire assistenza sanitaria alla popolazione locale. Siamo alla ricerca di altre professioni sanitarie p er poter garantire una maggiore assistenza oltre che maggiore professionalità. Si tratta di periodi di volontariato brevi (10/15 giorni massimo). Per chi desidera ricevere maggiori informazioni può scrivere a: allegrini.antonella@libero.it

Volendo iniziare a ridurre la propria attività lavorativa Cedesi ambulatorio odontoiatrico (presidio) con annesso laboratorio odontotecnico con regolare autorizzazione sito nelle vicinanze di Imola. Avviamento trentennale vasta clientela fatturazione dimostrabile. Possibilità di affiancamento iniziale. Ottima occasione per giovani colleghi neolaureati. Per info e contatti scrivere a rl.acosta@libero.it

Vendo stupenda settimana in multiproprietà alberghiera (25a settimana - 1a di luglio). Suite 5 posti letto - 2 bagni in prestigioso hotel 4 stelle in pieno centro a Cortina d'AMpezzo con possibilità di usufruire del ristorante dell'hotel a prezzi convenzionati. Trasferimento della piena proprietà a vita con regolare rogito notarile. Per informazioni tel. 3355887400.

Dottoressa offresi come igienista disponibile part-time al mattino. Zona Castel San Pietro - Imola - Bologna. Tel. 051/941872 - 328/4741163.

Affittasi studio dentistico, 6 km da Imola, 2 km casello autostradale di prossima apertura. Lo studio è a norma con tutti gli impianti ed è predisposto per due unità operative. Già presenti aspirazione anello semiliquido turbosmart Cattani e compressore. No spese condominili o altro. Lo studio è presente in paese da più di 30 anni. Ideale come primo studio monoprofessionale o studio per implantologo che voglia fare base nella zona della Romagna compresa tra Lugo, Faenza ed Imola. Per info 348/5645333.

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.

Si afittano spazi e orari da concordare in Studio Medico signorile in Via dei Mille. Ecocolor Doppler, telefono indipendente e Assistente/Segreteria. per informazioni Tel. 051/248636.

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

Affittasi ambulatorio per singole o mezze giornate zona Sterlino via Murri n. 84 (BO). Per info telefonare ai numeri 051/344743 - Cellulare 336/91492258.

Offresi per lavoro di segreteria part-time, garantita massima serietà. Per informazioni 347/2575884.

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

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. 347/2710027.

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

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

Vendesi a Bologna, adiacenze Ospedale S. Orsola, in strada privata, appartamento su due livelli di 200 mq, composto da piano terra (salone, cucina abitabile, cameretta, bagno, ripostiglio) e primo piano (quattro camere da letto, due bagni, veranda). Possibilità di dividerlo in due unità, avendo doppio ingresso. La proprietà comprende 540 mq di giardino con alberi di alto fusto e due garage di 15mq cadauno. Luminoso, molto ben tenuto e ottimamente servito. Per ulteriori informazioni rivolgersi al numero 338/6166733 oppure 342/6173470.

In via San Felice in zona non ZTL affitto ampio locale di circa 50 metri quadri con sala d'aspetto e servizi in comune. Palazzo prestigioso con servizio di portineria. Per informazioni Tel. 349/8750823.

Vendesi a Bologna, adiacenze ospedale S.Orsola, in strada privata, appartamento di 80 mq, composto da ingresso, soggiorno con angolo cottura, camera matrimoniale, cameretta, bagno, terrazza verandata, parzialmente arredato. Posto auto in area cortiliva. Ben tenuto e molto ben servito. Per ulteriori informazioni rivolgersi al numero 338/6166733 oppure 342/6173470.

Ragazza di anni 28 con esperienza triennale presso poliambulatorio, svolgendo mansioni di segreteria con il compito di gestire gli appuntamenti e le richieste/consegne di ricette mediche, ecc. Conoscenza dei principali programmi di windows. Disponibile per impiego presso studio medico, casa di cura, poliambulatorio. Mail a.pagani4@alice.it. Tel. 328/8339046.

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.

Ambulatorio odontoiatrico in Bologna si rende disponibile ad ospitare collega con propria clientela all'interno della sua moderna struttura composta da 4 unità operative, reception, ufficio, sala d'attesa e zona sterilizzazione. Per Informazioni 051/6195545 - cell 335/8383768.

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