# Bollettino Notiziario

anno XLVIII - N° 6 giugno 2017

Pubblicazione mensile - Poste Italiane Spa - spedizione in abbonamento postale 70% – CN BO

## IN QUESTO NUMERO


- **Specialista in burocrazia,** pag. 3, Alessandro Nobili
- **Menopausa,** pag. 9, Stefania Alfieri
- **Osteoporosi,** pag. 17, Angela Guaragna


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*)

# SANITÀ

COLIBRÌ®

ASSOCIATA A UNINDUSTRIA BOLOGNA

UNI EN ISO 9001:2008
G. N. 8540

## Ospedale Privato Accreditato
## **Villa Bellombra**

Attività di ricovero:
Riabilitazione Intensiva neurologica ed ortopedica anche post-operatoria.
Team multiprofessionale.
Progetti riabilitativi individuali.
Percorsi riabilitativi integrati
Laboratorio analisi certificato ed accreditato. Radiologia.

**Direttore sanitario**
**Dott. Pedone Vincenzo, Medico-Chirurgo**
**Specialista in Medicina Interna, Malattie dell' Apparato Cardiovascolare, Gerontologia e Geriatria.**
**Aut. San. PG n. 121388 del 13/05/2010**

Via Bellombra, 24 · 40136 Bologna.
Tel. 051/58.20.95 · Fax 051/33.81.03
info@villabellombra.it - www.villabellombra.it

COLIBRÌ®

ASSOCIATA A UNINDUSTRIA BOLOGNA

UNI EN ISO 9001:2008
G. N. 8540

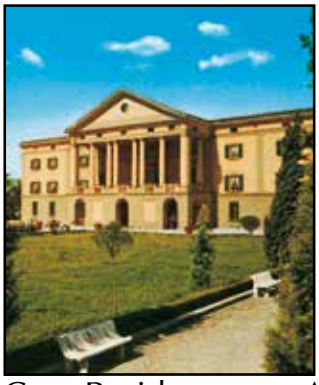
## Ospedale Privato Accreditato
## **Santa Viola**

Attività di ricovero:
Riabilitazione Estensiva ortopedica e neurologica (stroke), Lungodegenza, Post Acuzie, Disordini della Coscienza, Radiologia, Ecocardiocolordoppler.

**Direttore sanitario**
**Dott. Pedone Vincenzo, Medico-Chirurgo**
**Specialista in Medicina Interna, Malattie dell' Apparato Cardiovascolare, Gerontologia e Geriatria.**
**Aut. San. PG n. 121388 del 13/05/2010**

Via della Ferriera, 10 · 40133 Bologna
Tel. 051/38.38.24 - Fax 051/41.41.266
info@ospedaleprivatosantaviola.com
www.ospedaleprivatosantaviola.com

# SOCIALE



COLIBRÌ®

ASSOCIATA A UNINDUSTRIA BOLOGNA

UNI EN ISO 9001:2008
G. N. 8540

Anaste
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ
EMILIA ROMAGNA

## Casa Residenza per Anziani
## **Villa Ranuzzi**

Struttura residenziale per anziani non autosufficienti. Medico di notte presente in struttura tutto l'anno. Apparecchiature: ecocardiocolor-doppler, apparecchiature di diagnostica per per immagini (RX), emogasanalisi in reparto.

Via Casteldebole, 12 · 40132 Bologna Tel. 051/61.37.611
Fax 051/61.37.619 - info@villaranuzzi.it · www.villaranuzzi.it

COLIBRÌ®

ASSOCIATA A UNINDUSTRIA BOLOGNA

UNI EN ISO 9001:2008
G. N. 8540

Anaste
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ
EMILIA ROMAGNA

## Casa Residenza per Anziani
## **Villa Serena**

Struttura residenziale per anziani non autosufficienti, Mini appartamenti Protetti, Medico di notte presente in struttura tutto l'anno. Apparecchiature: ecocardiocolor-doppler, apparecchiature di diagnostica per-immagini (RX), emogasanalisi in reparto.

Via Toscana, 219 · 40141 Bologna - Tel. 051/47.70.11
Fax 051/48.12.01 - info@villaserena-bo.it - www.villaserena-bo.it

# Bollettino Notiziario

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

**DIRETTORE RESPONSABILE**
Dott. Alessandro Nobili

**CAPO REDATTORE**
Dott. Andrea Dugato

**REDAZIONE**
Abbati dott. Pietro
Balbi dott. Massimo
Bondi dott. Corrado
Cernuschi dott. Paolo
Fini dott. Oscar
Lumia dott. Salvatore
Pileri prof. Stefano

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 Spa - Spedizione
in abbonamento postale 70% – 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 Maggio 2017
è stato consegnato in posta
il giorno 8/5/2017


# SOMMARIO


ANNO XLVIII - GIUGNO 2017 N° 6



**ARTICOLI**

Specialista in Burocrazia • **3**

Attualità del Gruppo Balint: un metodo di formazione alla relazione col paziente • **4**

La menopausa come fase della vita: rimedi farmacologici ed il Laser Erbium Yag Smooth • **9**

Focus su Osteoartrosi • **13**

La Geologia Medica in Italia • **15**

La diagnosi precoce di Osteoporosi presso il Poliambulatorio Ramazzini • **17**

Risvolti pratici riguardanti casi clinici di Responsabilità professionale medica con riferimento alla Consulenza Medico-Legale • **21**

**NOTIZIE** • **23**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **24**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **24**

**CONVEGNI E CONGRESSI (relazioni)** • **25**

**PICCOLI ANNUNCI** • **32**


## Piero della Francesca, costruzione geometrica di una testa, dal trattato *De prospectiva pingendi*, 1475 ca., h 29 cm (Parma, Biblioteca Palatina)

L'Umanesimo introduce nelle arti figurative lo studio dell'anatomia, sia dell'interiorità dell'uomo che delle proporzioni della figura umana. Esse furono studiate con precisione scientifica a partire dall'ultimo trentennio del XV secolo. Piero della Francesca nel suo trattato *De Prospectiva pingendi* cercò di individuare i rapporti matematici che intercorrono tra le diverse parti del corpo. Nel trattato di Piero l'immagine in copertina realizza la costruzione geometrica di una testa umana.

***Illustrazione e commento a cura di Raffaella Lenzi***

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


**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. ANDREA DUGATO

*Segretario*
Dott. VITTORIO LODI

*Tesoriere*
Dott. OSCAR FINI

*Consiglieri Medici*
Dott.ssa MARGHERITA ARCIERI
Dott. LUIGI BAGNOLI
Dott. MASSIMO BALBI
Dott. FRANCO BENETTI
Prof. DAVIDE FESTI
Dott. GIUSEPPE IAFELICE
Dott. SALVATORE LUMIA
Prof. MAURILIO MARCACCI
Dott. ALESSANDRO NOBILI
Prof. STEFANO PILERI
Dott. ANTONIO SANTORO

*Consiglieri Odontoiatri*
Dott. LUCA ORTENSI
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

*Commissione Albo Odontoiatri*

| | |
|---|---|
| Presidente: | Dott. CORRADO BONDI |
| Segretario: | Dott. SEBASTIANO PANTALEONI |
| Componenti: | Dott. FRANCESCO CICOGNANI SIMONCINI |
| | Dott. LUCA ORTENSI |
| | Dott. GIOVANNI RUBINI |

*Collegio dei Revisori dei Conti*

| | |
|---|---|
| Presidente: | Dott. ALESSANDRO ZATI |
| Componenti: | Dott. SANDRO ACCIARRI |
| | Dott.ssa ANNA ESQUILINI |
| Supplente: | Dott. ILARIO RIGANELLO |

# Specialista in Burocrazia

Alessandro Nobili

*La mano del medico controlla il mouse, facendo scorrere la schermata del PC. Ha finito di inseriere i dati clinici del paziente nell'apposita griglia: un ultimo click sul pulsante virtuale e compare la Raccomandazione Clinica n. 3. Con la funzione* snap shot *il dottore salva la pagina nella cartella contrassegnata dalle iniziali ed anno di nascita del paziente, dove già aveva salvato le Raccomandazioni Cliniche n. 1 n. 2. A questo punto non deve fare altro che attivare nel programma la funzione "confronta i risultati". Il paziente è affetto da un carcinoma vescicale con modesta infiltrazione della fascia muscolare ed invasività locale di grado moderato. Nella mano non impegnata dal mouse il medico tiene i fogli con gli esiti degli esami ematochimici e dei parametri funzionali, ai quali da un'ultima scorsa per definitivamente accertarsi di avere inserito nella griglia i valori giusti. La Raccomandazione Clinica n.1 risulta per cistectomia radicale, con graduazione "forte". La n. 2 risulta per un'indicazione analoga, tuttavia di grado "debole". La Raccomandazione n. 3 suggerisce invece un intervento parzialmente conservativo, ed a seguire radio e chemioterapia. L'incrocio dei risultati da parte del programma è questione di qualche secondo. Così come il destino di quella persona. Già, una persona... Il pensiero del medico va fugacemente in quella direzione. Ne ricorda vagamente il volto, ma non se era alto o basso (del resto era a letto). Se era magro o corpulento. Se era celibe o coniugato, se aveva dei figli. Se era un carattere rilassato, portato a prendere la vita con filosofia, o invece un tipo vigile ed intraprendente. È un tipo solitario e riservato oppure con un'intensa vita sociale? Che lavoro fa? Dove e come passa la maggior parte del suo tempo? È sportivo? In che contesto geografico e sociale vive? È un ottimista oppure tende caratterialmente alla depressione? Che aspettative ed ambizioni ha per il futuro? Il dottore si rende conto di quanto poco in realtà sappia di quel paziente. Anzi di quella persona. Del resto ha avuto con lui un solo colloquio, ed il tempo stringeva, con tutte le mansioni che un medico deve svolgere in ospedale... Ma in fondo che importa? Quello che conta è attenersi alle Linee Guida Ministeriali. Tanto basta per scongiurare il rischio di essere denunciati per imperizia. È la legge che lo sancisce. E poco importa, per non dire nulla, che quelle line guida siano state selezionate da funzionari del ministero, piuttosto che da dei medici. Poco importa altresì che la lista delle line guida accreditate sia soggetta ad aggiornamento biennale, quando l'evoluzione della scienza medica è ormai continua. E che le line guida siano spesso ambigue,per non dire contraddittorie. D'altronde bisognava pur porre un argine alla Medicina difensiva, ed alle relative inevitabili ricadute in termini di costi per il sevizio sanitario. Qualcosa si doveva fare, e qualcosa è stato fatto. Che importa dunque che, mentre prima il medico si difendeva prescrivendo tanti esami (spesso inutili), adesso si difenda trincerandosi dietro un'acritica ed a volte disumana "aderenza alle line guida". Con il risultato che sempre di medicina difensiva si tratta, forse solo un po' più* economica. *Ma tant'è. Il DDL n. 24/2017 è Legge dello Stato, ed è nata ufficialmente una nuova categoria di medico specialista. Specialista in Burocrazia.*

# Attualità del Gruppo Balint: un metodo di formazione alla relazione col paziente

Antonino Minervino*, Francesca Giannetti** e Marina Farinelli***

**Presentazione della "sezione bolognese" della Società Italiana Medicina Psicosomatica (SIMP)**

*Cari Colleghi,*
*mi chiamo Marina Farinelli, sono un Medico Specialista in Psicologia Clinica, responsabile del Servizio di Psicologia Clinica della struttura riabilitativa "Ospedale Privato Accreditato Villa Bellombra" di Bologna. Collaboro stabilmente con il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna e con diversi centri in Italia e all'estero per lo sviluppo della clinica e della ricerca in Psicosomatica, con particolare attenzione alle neuroscienze affettive e della soggettività.*
*Sono lieta di annunciare la recente costituzione della "Sezione Bolognese" della Società Italiana di Medicina Psicosomatica (SIMP) e di cui sono coordinatrice. L'intento è quello di contribuire all'ulteriore sviluppo della medicina psicosomatica, disciplina che è fruttuosamente cresciuta nel corso di molti decenni anche grazie all'operato di generazioni di docenti dell'Ateneo di Bologna e di professionisti che l'hanno praticata. I gruppi di lavoro e di studio che nasceranno nella sezione bolognese lavoreranno in continuità con questa importante tradizione di pensiero, ricerca e pratica clinica.*
*I soci proporranno incontri tematici al fine di sensibilizzare, incoraggiare e supportare medici e professionisti della salute nel loro operare nella prospettiva psicosomatica. L'integrazione delle varie conoscenze disciplinari e delle competenze professionali, comprensive di quelle relative ai fattori psicosociali, porta vantaggi per la salute delle persone, potenzia l'avanzamento delle conoscenze e contribuisce alla sostenibilità economica del sistema sanitario. Verranno proposti specifici percorsi formativi ed esperienziali al fine di facilitare i processi di integrazione.*
*A tale proposito l'articolo che segue e che vede come principale autore il dott. Minervino vice-Presidente nazionale SIMP, ripropone un tema classico della medicina psicosomatica e cioè la relazione medico-paziente nota in particolare per gli studi e il lavoro peculiare di Michael Balint. Il riconoscimento dei bisogni affettivo-relazionali che sono costitutivi della natura umana e non solo, aiuta e potenzia il lavoro del medico e degli operatori della salute. La naturale spinta motivazionale alla professione può essere mantenuta e affinata da specifici percorsi formativi che aggiungono efficacia e valore alla pratica clinica. A tale tema verrà dedicata una conferenza introduttiva prevista per il 24 giugno 2017 in occasione della presentazione della Sezione Bolognese della SIMP all'Ordine dei Medici di Bologna.*

Il libro "Medico, paziente e malattia" di M. Balint venne pubblicato in Inghilterra nel 1957 e la prima edizione italiana è del 1961, con la prefazione di Pier Francesco Galli datata 1960.
Della prefazione di Pier Francesco Galli resta attuale la proposta chiara e operativa che alcune cose molto importanti della professione si possono apprendere solamente dall'esperienza, attraverso un processo che, diversamente da quello tipico dell'apprendimento scolastico, passa attraverso una condivisione affettiva ed emotiva di quanto si è fatto nel proprio lavoro. Tale condivisione affettiva ed emotiva avviene in una situazione di gruppo che crea una socializzazione dell'espressione emotiva dell'esperienza lavorativa attraverso la rete di relazioni di cui il gruppo vive.
La lettura del libro di Balint colpisce per la proposta di esperienze concrete fatte dal gruppo di lavoro e per la continua puntualizzazione da parte dell'autore dei concetti chiave che improntano un percorso di formazione che ha come scopo quello di rendere i partecipanti del gruppo attenti agli aspetti psicologici dei propri pazienti, di

qualunque malattia soffrano, attenti alle modalità di proposta dei sintomi, attenti ai fallimenti dei propri interventi, attenti alle proprie reazioni emotive e comportamentali: insomma, competenti nella relazione con il proprio paziente.
Efficace è la testimonianza di un gruppo che con costanza e continuità si ritrovava per lavorare insieme a un esperto che veniva dal mondo della medicina e della psicoanalisi per trovare insieme il senso del proprio lavoro soprattutto nelle situazioni vissute come difficili, non soddisfacenti, dove in qualche modo si aveva il sentore che la proposta del paziente non fosse solo una malattia del corpo e soprattutto che in tali situazioni il bagaglio di conoscenze del medico fosse insufficiente a produrre una risposta utile con conseguente frustrazione tanto per il paziente quanto per il medico stesso.
Chi ha fatto questo percorso si ritrova nel tempo a ricorrere in maniera continua e irrinunciabile a ciò che da questa esperienza ha appreso.
Si rende necessario il rilancio di un metodo di formazione che, seppure in un'epoca che ha visto cambiamenti irreversibili, mantiene attualità, contemporaneità e modernità che si fondano su alcuni principi di base che vanno riproposti con forza.
Nell'introduzione al testo del proprio libro, Balint è molto chiaro nell'indicare che il lavoro è una ricerca condotta da medici di medicina generale e psichiatri che, utilizzando lo strumento del gruppo nell'ambito di un programma della Tavistock Clinic di Londra, cercano di capire attraverso i dati forniti dall'esperienza quali siano le implicazioni psicologiche ed emotive in una vasta gamma di situazioni che si offrono all'attenzione del medico generalista e che il campo di osservazione più idoneo sia la relazione fra il medico ed il paziente.
A distanza di pochi anni dall'uscita del libro in Italia, Balint è a Roma nel giugno del 1967 (sarà poi di nuovo in Italia a Milano nel 1968) durante la " Settimana di Studi Internazionali di Psicosomatica" che comprende anche il primo congresso nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica (SIMP, http://www.simpitalia.com) e ne sancisce la nascita (Antonelli 1991). La presenza di Balint a Roma in tale occasione è anche, per volontà del Presidente fondatore della SIMP Ferruccio Antonelli, una scelta di campo molto precisa che vede nell'aspetto relazionale della professione medica, e di tutte le professioni sanitarie e di aiuto, una componente la cui importanza comincia ad essere evidente e studiata e che diventa uno dei paradigmi fondanti nello sviluppo della cultura psicosomatica e nell'approccio psicosomatico.
Dalla fine degli anni Sessanta cominciano a svilupparsi in Italia con un certo fervore una serie d'iniziative d'informazione e di sensibilizzazione sul metodo di formazione basato sul Gruppo Balint tanto per impegno della SIMP con Piero Parietti (Parietti e Minervino 1997), Boris Luban Plozza (solo per citare i primi), quanto per impegno di altri personaggi autorevoli nel mondo della psicoanalisi e della formazione.
Severino Rusconi rappresenta certamente una figura di primo piano nell'avvio e nello sviluppo dei Gruppi Balint in Italia. È del 1966 un primo gruppo a Milano condotto da lui e da Mara Palazzoli Selvini, e dalla sua iniziativa nasce l'Associazione Medica Italiana Gruppi Balint (AMIGB, http://www.amigb.it) che sarà in quegli anni molto attiva nel proporre esperienze di informazione, sensibilizzazione e formazione al Gruppo Balint.
Sono anche gli anni in cui, sempre a Milano, nasce un'altra realtà molto significativa, Il Ruolo Terapeutico, grazie all'impegno di Sergio Erba.
Dalla metà degli anni sessanta il Gruppo Balint ha in Italia un impulso considerevole grazie all'impegno diretto di autorevoli esponenti del mondo della psicoanalisi, della psicologia e della medicina italiana. Le esperienze che si vanno sviluppando in Italia sono numerose, qualificate e diffuse praticamente su tutto il territorio: in Abruzzo, in Toscana, in Emilia-Romagna, in Veneto, in Campania, nel Lazio, in Piemonte, solo per citarne alcune. La proposta di Balint incontra un terreno favorevole, risponde a un bisogno diffuso fra i medici di medicina generale e ben presto trova altrettanto favore in altri

ambiti professionali (Luban-Plozza e Pozzi 1986): medici specialisti, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori, insegnanti (Ancona e Minervino 2004). In pratica tutto l'ambito delle professioni di aiuto può ricevere da una formazione con il Gruppo Balint una risposta efficace al bisogno di competenza relazionale (Minervino 2003).
Non è certamente solo l'Italia a rispondere con tanto favore alla proposta che Balint fa pubblicando con il suo libro l'esito della ricerca con i medici inglesi e andando in numerosi paesi d'Europa e negli Usa a fare conferenze e a condurre gruppi dimostrativi. Nel gennaio del 1970, pochi mesi prima della sua scomparsa avvenuta il 31 dicembre di quell'anno, su una rivista medica francese Balint scriveva: "*Questo metodo di formazione, avviato grazie all'aiuto di 14 colleghi fra il 1953 ed il 1955, è ora saldamente definito. Esso si è rapidamente diffuso in Europa. Siamo attualmente in contatto con colleghi impegnati nello stesso lavoro in Olanda, Germania, Francia, Svizzera, Svezia e Norvegia. Interessante rilevare che gli USA siano stati molto lenti nel seguirci. Nonostante già da molti anni sia stata riconosciuta l'importanza di una adeguata formazione psicologica per i medici generici, questa formazione avviene ancora in maniera tradizionale attraverso lo studio di casi clinici. Uniche eccezioni New Orleans, Saint Louis e, soprattutto, la clinica Staunton dell'Università di Pittsburgh*" (Balint 1970).
La Federazione Internazionale Balint nasce dopo una riunione ufficiale tenutasi a Bruxelles nel maggio del 1974 e la sua fondazione porta la data del 27 ottobre 1974 e da allora organizza con una cadenza quasi biennale un Congresso che riunisce le varie società nazionali e mantiene aperto il dibattito e il confronto fra le varie esperienze nel mondo con un interesse che è rimasto piuttosto vivo (http://www.balintinternational.com).
Forse in Italia tale interesse si è andato affievolendo nel corso di questi ultimi anni, sebbene le società e i gruppi citati siano ancora in attività e mantengano programmi e proposte formative con il Gruppo Balint. La sensazione è quella che fino alla fine degli anni Novanta l'offerta formativa con il GB e la domanda s'incontravano con più facilità e i gruppi in attività fossero abbastanza diffusi. Nel corso di questi due decenni molte sono le cose che sono cambiate nell'ambito sociosanitario e fra questi cambiamenti si trovano di certo le ragioni di questa pausa.

**Poliambulatorio Privato**
**ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell' AMAB**
**Scuola Italo-Cinese di Agopuntura**
Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo
Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna
Tel. 340 9553985, **www.amabonline.it**
segreteriascuola@amabonline.it

Attiva fin dal **1986**. Rappresenta uno dei **primi esempi in Italia di integrazione** fra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale.

Vi opera **personale medico qualificato** che lavora in tutti i campi in cui l'agopuntura ha le sue maggiori indicazioni:
- Cefalee croniche, emicrania
- Dolori dell'apparato muscolo scheletrico
- Patologie gastriche e intestinali
- Patologie dermatologiche
- Patologie ginecologiche

**Percorsi terapeutici specifici:**
- Trattamento dell'infertilità maschile e femminile e supporto alla procreazione medicalmente assistita
- Trattamento anti-aging
- Trattamento pediatrico

**A.M.A.B. Associazione Medici Agopuntori Bolognesi**

Probabilmente non si tratta di una caduta d'interesse rispetto alla questione della formazione alla relazione con il paziente, ma piuttosto di una situazione di contesto all'interno della quale le professioni di aiuto si ritrovano a lavorare.
Da una relazione medico/paziente che esauriva il setting dell'erogazione delle cure siamo passati ad una relazione medico/paziente che non si è certo dissolta ma sicuramente si è diluita in un contesto organizzativo di varia complessità.
Sarà dunque necessario arrivare a una esperienza formativa sui singoli solo dopo essere intervenuto sull'organizzazione in cui il singolo è inserito. E il contesto organizzativo non si sottrae alle regole relazionali cui guardiamo quando ci occupiamo della relazione medico/paziente (Minervino 2014).
Dalla prima edizione inglese del libro di Balint a oggi si è avuta una favorevole accoglienza della sua proposta formativa, una diffusione internazionale notevole anche in Paesi con culture molto diverse tra loro; il che fa pensare che il suo contenuto si basi su contenuti universali.
L'altro sviluppo è stato nella direzione dell'applicazione del Gruppo Balint nell'ambito delle istituzioni sanitarie, comprese quelle ospedaliere, cosa che ha posto diverse questioni: la valutazione della motivazione dei partecipanti, la composizione mista da un punto di vista delle professioni, la appartenenza alla stessa équipe di lavoro, la gratuità della partecipazione (solo per citarne alcune).
Ma anche altre professioni fuori dall'ambito sanitario hanno fatto esperienze di formazione con il Gruppo Balint, soprattutto insegnanti (Ancona e Minervino 2004) e operatori del mondo del volontariato (Minervino 1998).
Si tratta di applicazioni di un metodo che paiono essere del tutto naturali, visto che il bisogno di una migliore comprensione delle implicazioni emotive e relazionali non è certo una esclusiva dei medici.
Ma il metodo, come il libro testimonia, nasce da una ricerca in un preciso campo di applicazione: quello della medicina generale. Con alcune caratteristiche precise: omogeneità (solo medici di medicina generale), autofinanziamento (costo a carico dei partecipanti), regolarità (una seduta di gruppo a settimana), durata nel tempo (non occasionalità degli incontri), setting privato e non istituzionale, conduzione del gruppo con uno specialista addestrato in maniera specifica allo scopo, finalità formativa (e non terapeutica), spontaneità dell'esposizione del caso, assenza di rapporti gerarchici fra i componenti del gruppo, obiettivo del lavoro del gruppo (apprendere dall'esperienza le componenti emotive ed affettive che si attivano nella relazione professionale per riconoscere e meglio utilizzare il ruolo della personalità del medico nei processi di cura).
Gli sviluppi cui si è fatto cenno prima hanno creato esperienze che si sono distanziate, per un verso o per un altro, dagli elementi originari prima descritti, creando dibattiti, discussioni, conflitti e divergenze anche accentuate fra "puristi" e "contaminatori".
Si è così giunti a una sorta di compromesso utilizzando una distinzione fra "Gruppi Balint" e "Gruppi alla Balint".
Fra tutte le esperienze fatte nel tempo, alcune possono essere indicate come improprie nell'utilizzo della metodologia del Gruppo Balint. Ma tante altre, pur con una serie di scostamenti dagli elementi originari, scostamenti descritti, motivati e con appropriati aggiustamenti della tecnica, rappresentano legittimamente una continuità con lo spirito, lo scopo e il metodo del Gruppo così come Balint lo intese, lo sperimentò e lo diffuse (Farinelli *et al.* 2004).
Va indicata qual è la base, l'elemento fondamentale e costitutivo del Gruppo Balint: la relazione e l'incontro fra medico e paziente che, dall'universo del *genere relazioni umane* entra nella *specie delle relazioni professionali*, mantenendo le caratteristiche che fondano le prime ed acquisendo le caratteristiche che ne fanno specie.
Dell'universo del *genere relazioni umane* mantiene l'evidenza che è la **persona** nel ruolo di paziente che incontra la **persona** nel ruolo di medico. Che l'incontro fra le due persone crea una relazione che sarà caratterizzata da una serie di elementi affettivi, emotivi,

comportamentali, cognitivi, la cui fenomenologia potrà essere in parte consapevole e in parte inconsapevole. Che tale fenomenologia non è una variabile indifferente sulla qualità dell'incontro fra le due persone e che la natura e le dinamiche della relazione hanno un effetto importante sulle due persone.
In questo ci sono un'universalità ed una base naturale che fanno vedere quali siano i problemi che derivano quando dal genere relazioni umane si passa alla specie relazioni professionali: oltre i sintomi della malattia, cosa porta il paziente nell'incontro col curante e cosa accade nella relazione da un punto di vista affettivo ed emotivo ad entrambi gli attori, cosa di questi accadimenti è a carico del curante e come condizionano le risposte professionali e come influiscono sui risultati delle prestazioni, come incide tutto ciò sulla salute del paziente e su quella del curante e qual è il costo della professione?

L'applicabilità dei risultati della ricerca e dell'esperienza di Balint e dei suoi colleghi medici dello storico gruppo di Londra dei primi anni Cinquanta e di tutto il movimento che ne derivò non è da considerare strettamente limitata al campo della medicina generale o al campo delle professioni sanitarie, dato che l'oggetto dell'applicazione del metodo messo a punto da Balint non è appannaggio esclusivo di una professione (i medici di famiglia, nel nostro caso), ma è condiviso da tutte quelle professioni che hanno nella relazione una componente fondamentale.

* *Medico Chirurgo, Specialista in Psichiatria, Direttore Dipartimento di Salute Mentale e UOP 25, Azienda Ospedaliera di Cremona, Direttore Didattico, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Conversazionale di Parma*

** *Medico Chirurgo, Specialista in Psichiatria, Dipartimento di Salute Mentale e UOP 25, Azienda Ospedaliera di Cremona*

*** *Medico Chirurgo, Specialista in Psicologia Clinica, Psicoterapeuta Psychosomatic Specialist (ICPM), Responsabile Servizio di Psicologia Clinica, Ospedale Riabilitativo "Villa Bellombra", Bologna, Studio Psicologia Clinica*

**Bibliografia**

- Ancona L. Minervino A. (2004). I Gruppi Balint. In Ancona L. (a cura di) *Insegnanti e specialisti per la nuova scuola*. F. Angeli, Milano, 127-145
- Antonelli F. (1991). *I primi 25 anni della SIMP*. L. Pozzi, Roma
- Balint E. (1959). Training post graduated students in social case-work. *British Journal of Medical Psychology*, 193-195
- Balint M. (1954). Training General pratictioners in psychotherapy. *British Medical Journal* vol. 1, 16, 115
- Balint M. (1926). De la psychoterapie à l'intention du medicin generaliste
- Balint M. (1970). Intervista rilasciata a La Gazette Medicale de France, n°3 del 25 gennaio, 461
- Bruni L. (2013), editoriale "Ci serve tutto un altro film. Il mercato e le relazioni umane". "Avvenire" del 5 maggio
- Missenard A. (1982). *L'expérience Balint: histoir et actualité*. Dunod, Parigi
- Luban-Plozza B., Minervino A. (1994). La relazione terapeutica: dall'esperienza dei Gruppi Balint ai Gruppi Monte Verità". *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol CXVIII, 4, 679-686,
- Luban-Plozza B., Pozzi U. (1986). *I Gruppi Balint. Un metodo di formazione alla relazione*. Piccin, Padova
- Minervino A. (2007). Intervista a L. Ancona. *Il Ruolo Terapeutico*, n° 104
- Minervino A. (2003). Competenze e strumenti per la formazione, in Psichiatria e medicina. In C. Gala et al (a cura di) *Dialoghi e confini*. CIC, Roma, 169-173
- Minervino A. (2014). Psicosomatica: attualità e futuro da un punto di vista relazionale. In *atti del XXIV Congresso nazionale SIMP*. Alpes Roma, in corso di stampa
- Minervino A. (1998). Gli aspetti relazionali del volontariato. In Minervino A. (a cura di) *La Psicosomatica del quotidiano, Atti del XVI Congresso nazionale della SIMP*. Supplemento a Rivista Italiana di Psicoterapia e Psicosomatica, Cremona, 186-189
- Parietti P. Minervino A. (1997). I Gruppi Balint. In Antonelli F. Biondi M. (a cura di) *Consensus Statement su Medicina Psicosomatica e Formazione psicologica del medico*. L. Pozzi, Roma
- Rusconi S. (1973). L'addestramento al rapporto medico malato. *Il Ruolo Terapeutico*, n. 3
- Ricaud M.M. (2000). *Michael Balint. Le rinouveau de l'ècole de Budapest*. Edérès, Ramonville Saint-Agne
- Sapir M. (1975). *La formazione psicologica del medico. Da Balint ad oggi*. Etas libri, Milano
- Farinelli M., Li Calzi S., Ercolani M. (2004). *"Lavorare stanca": il fenomeno del "burnout"*, in Rossi N. (ed.), "*Psicologia clinica per le professioni sanitarie*", Il Mulino, Bologna, 304 pp.

# La menopausa come fase della vita: rimedi farmacologici ed il Laser Erbium Yag Smooth

Stefania Alfieri

Che momento critico! Si è una fase delicata per la vita della donna nonostante si tratti di un momento fisiologico, una tappa obbligata come la pubertà e l'adolescenza. Come tale la menopausa è caratterizzata dalla scomparsa di quelle componenti ormonali importanti che governano il creato femminile a tutto tondo che sono gli Estrogeni ed il Progesterone normalmente prodotti dall'ovaio da queste due ghiandole piccole nascoste ma estremamente sensibili e per certi versi anche imprevedibili e che hanno un grande impatto in differenti ambiti.

Qual è l'età ?

Solitamente tra 45 - 52 anni e, l'esordio precoce sembra anche dipendere da fattori genetici, razziali, sociali, cattive abitudini quali il fumo di sigaretta, l'alimentazione scorretta, l'abuso di alcool, indice di massa corporea inferiore alla norma ed un'inadeguata attività fisica.

A tale riguardo c'è da dire che la donna, con l'arrivo della menopausa, nella maggior parte dei casi si ritrova a vivere un disagio fisico e psichico, in quanto le manifestazioni **vasomotorie classicamente definite "Scalmane"** sono una fastidiosa compagnia con sudorazioni importanti sopratutto notturne: disturbando il buon sonno infatti, le donne riferiscono in questo periodo di svegliarsi più volte nella notte e di sentirsi stanche al risveglio mattutino. Vi sono anche ripercussioni sul tessuto connettivo, quindi la pelle che tende ad assottigliarsi, i capelli che si diradano, sugli Osteociti con la comparsa dell'osteoporosi e conseguente compromissione di tutte le articolazioni ma in particolare dei dischi intervertebrali, di quei preziosi cuscinetti interposti tra una vertebra e l'altra che hanno lo scopo di ammortizzare il trauma da sfregamento delle vertebre fra loro.

**Disturbi psicologici** che compromettono la buona serenità oltre che personale anche famigliare. La **diminuzione in alcuni casi drastica della libido** riferita dalla donna come qualcosa di particolarmente frustante che associato alla **dispareunia** con dolore, bruciore, prurito, **alla secchezza vaginale ed al prolasso vaginale,** vedono la loro vita di relazione gravemente compromessa. L'**incontinenza urinaria:** sia la **IURG incontinence che la IUS incontinence** infatti riferiscono con il colpo di tosse o con lo starnuto quella fastidiosa manifestazione di perdita di urine e di non riuscire a raggiungere il bagno.

Il tutto perché la scomparsa degli E2 a livello delle vie escretrici provoca un progressivo assottigliamento della porzione terminale dell'uretra, con conseguente perdita del turgore, della elasticità delle mucose genito-urinarie, quindi della capacità contrattile di queste strutture. Tutto ciò perché in biologia molecolare tra l'uretra la vagina l'utero la vescica esiste un unico denominatore e cioè queste hanno la medesima origine embrionale.

Sull'Endotelio quindi il comparire malattia cardiovascolare.

A proposito dell'Alzaimer, diversi studi hanno dimostrato che il trattamento con estrogeni migliora le funzioni cognitive in donne in post menopausa affette da malattia di Alzheimer (AD).

Questo studio racchiude una revisione di diversi lavori presenti in letteratura che descrivono la relazione tra trattamento con estrogeni ed il rischio di sviluppare l'AD in donne in post menopausa maggiormente significativo in donne sotto i 49 anni perché è solo in questo "periodo critico" che gli estrogeni riducono i cambiamenti nelle strutture cerebrali (Craig MC et al. [2010] "Estrogen therapy and Alzheimer's dementia". *Ann N Y Acad Sci. 1205:245-253).*

A questo punto ecco che subentra la figura del ginecologo ed in tutto ciò noi Ginecologi abbiamo il dovere di aiutare queste donne a recuperare un po' della loro serenità, del loro benessere, della loro femminilità a tutto tondo ed abbiamo i mezzi idonei per farlo perché per quanto demonizzata sia stata e sia a tutt'oggi la Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS) rimane sempre il trattamento di eccellenza per gli squilibri correlati alla menopausa ed il ripristino di quelle componenti che si vanno perdendo in differenti distretti dell'organismo, ovviamente ove è possibile farla.

*"Scusi, dottore, ma lei è favorevole o contrario alla Terapia Ormonale Sostitutiva?"*

*È la domanda che, sempre più spesso, i medici si sentono rivolgere dalle donne.*

Teniamo presente che la menopausa non è un'indicazione al trattamento farmacologico ma i sintomi della Menopausa sì.

A tale proposito ci tengo a puntualizzare che la donna che si avvicina mentalmente a questa opportunità deve e dico deve essere studiata con un'anamnesi accurata, la visita ginecologica, gli esami ematici con assetto emocoagulativo approfondito, l'ecografia trans vaginale, il pap test e la mammografia e soltanto dopo aver preso visione di questi esami, sarà possibile stilare un'adeguata TOS che ovviamente non può essere uguale per tutte le donne.

Ovvio che la meravigliosa e preziosa collezione di ventagli non è risolutiva sulle scalmane così come il pannolone non cura l'incontinenza urinaria!

In considerazione che la donna di oggi non è più la donna di un tempo che indossava il grembiule da lavoro casalingo al mattino e lo rimuoveva alla sera, ma oggi ci troviamo dinnanzi donne che lavorano e parecchie ricoprono ruoli dirigenziali di una certa importanza, hanno una vita sociale intensa, hanno una vita di relazione alla quale non vogliono rinunciare, ecco che la figura del Ginecologo preparato ed esperto nell'utilizzo degli ormoni si rende indispensabile.

Io porto sempre l'esempio della sarta che per confezionare l'abito comincia da una normalissima tela, che adattandola e modellandola al fisico della persona ne elabora un modello.

Abbiamo a disposizione differenti vie di somministrazione ma soprattutto diversi prodotti oggi a disposizione. C'è soltanto l'imbarazzo della scelta, da quella orale con le compresse, a quella trans dermica fatta con i cerotti o con i gel la via vaginale.

Il dosaggio?

Il motto è: la dose minima efficace perché, per sopperire alle problematiche correlate alla menopausa, non necessariamente bisogna eccedere con i dosaggi: 2 mg di 17 beta Estradiolo sono efficaci come lo è 1 mg, così come lo è 0,5 mg che associati con una bassa dose di Progestinico che favorisce la scomparsa di quella fastidiosa sintomatologia vasomotoria o scalmana comunemente denominata, e può risultare particolarmente efficace nella sindrome genito-urinaria ovviamente nelle donne che non hanno fattori di rischio.

I tanti progestinici oggi a disposizione ce ne sono tanti, ma sono da preferire quelli con effetti **mineral corticoidi minimi o assenti** e, con miglior impatto sulla ghiandola mammaria.

Comunque siamo in tempo a modificare il dosaggio della Terapia ormonale, ricordiamo del famoso abito che la sarta deve realizzare, ella stringe, allarga, scuce e ricuce, l'importante nel nostro mondo è conoscere le sostanze a nostra disposizione e che vogliamo consigliare alle donne che ne necessitano. E che la donna con utero va trattata con E/P mentre nella donna senza l'utero non serve il progestinico e si somministrano soltanto gli Estrogeni.

Questi ormoni nei confronti del sistema cardiovascolare esercitano un effetto protettivo agendo positivamente sull'HDL (colesterolo buono). Infatti favoriscono livelli buoni di Colesterolo HDL contribuendo così a mantenere le arterie pulite, e questo è un vantaggio tipicamente femminile che viene perso con l'inizio della menopausa.

Gli ultimi dati statistici raccolti in Italia riportano che per le donne dopo i 50 anni la principale causa di morte non sono i tumori, l'Alzheimer o l'osteoporosi, ma le patologie cardiovascolari, che riguardano il 54% dei decessi.

Infatti il 49% delle donne in menopausa è

iperteso, il 38% ha un valore di Colesterolo Totale superiore a 240 mg/dL, il 30% è obeso, il 10% diabetico e il 33% soffre di Sindrome Metabolica. A questi dati si aggiungono anche aspetti relativi allo stile di vita che non sono incoraggianti: il 14% fuma e una donna su 2 non pratica regolarmente attività fisica.
Non dimentichiamo che la Terapia Ormonale Sostitutiva agisce positivamente sull'uretra, sulla vescica con un effetto positivo sull'Urotelio, che anch'esso subisce importanti modificazioni causati dalla carenza di estrogeni così come la mucosa vaginale e la mucosa vescicale e questo stretto collegamento soltanto perché sono strutture che hanno la medesima origine embrionaria e tutte risentono della scomparsa degli estrogeni con conseguente atrofia vaginale, vulvare, cistiti e cistouretriti ricorrenti tali da rendere un inferno il quotidiano femminile.
Queste strutture vanno a beneficiare nel momento in cui la donna si sottopone alla terapia ormonale, ed apportando adeguate correzioni delle abitudini alimentari con evidenti effetti benefici nei confronti di alcune patologie che in menopausa si fanno più frequenti.
Nelle donne che non vogliono o non possono effettuare Terapia Ormonale Sostitutiva per la menopausa perché indotta dalla chemioterapia, dalla radioterapia, donne che nella loro vita si sono scontrate con un tumore della mammella, dell'ovaio o dell'endometrio, donne che sono provate dalla vita e che al termine di questo massacrante iter diagnostico-chirurgico-terapeutico pensano di riprendere una loro vita di relazione dopo lunghi periodi di tormenti, invece si ritrovano che la loro sessualità non esiste più, l'atrofia vaginale ha preso prepotentemente il sopravvento, con conseguente scomparsa della libido.
Queste cure decisamente sono preziose per la loro vita, ma con notevoli quanto mai devastanti effetti a carico delle mucose dei genitali in quanto hanno sottratto quella componente collagenica e di sostanze nutritive ripercuotendosi sulla loro la sessualità, sulla loro femminilità.
A tale proposito oggi abbiamo una nuova soluzione per affrontare questi disturbi causati dalla scomparsa degli Estrogeni quali la Secchezza vulvare, vaginale, l'incontinenza urinaria, sia la IURG che la IUS, e mi riferisco alla tecnica **Laser Erbium Yag Smooth** che io utilizzo da qualche anno, si tratta di un Laser che non brucia, non taglia, non necessita di anestesia né locale, tantomeno generale, è una metodica ambulatoriale che non causa alcun discomfort per la donna ed i risultati del benessere sono apprezzabili nell'immediato sin dal primo trattamento già dopo 2 settimane. **È un Laser** che agisce tramite il calore con una **tecnica Smooth brevettata** che permette la diffusione del calore in maniera omogenea su tutto l'ambito vaginale, attiva la neo-collagenesi e stimola l'azione dei fibroblasti con una diffusione costante del calore in vagina e, raggiunge una profondità di soli 3 mm nello spessore della mucosa vaginale per cui non crea lesioni, né cicatrici, ma riabilita in pochissimo tempo la funzionalità vaginale con il ripristino della vascolarizzazione, della lubrificazione e di quella elasticità che non ricordavano più cosa fosse.
I disturbi della menopausa possono essere molti, ma non va vissuta come una malattia perché così non è: sono soltanto dei fastidi causati cioè dalla scomparsa degli estrogeni e come tale va affrontata. Perché ciò accada è indispensabile l'intervento del Ginecologo in collaborazione con il Medico di Medicina Generale per accompagnare e supportare in maniera idonea la donna in questo particolare percorso della vita.
Questo significa prendersi cura della condizione in cui la donna si trova, valutare la situazione globale, spiegare in maniera esaustiva i vantaggi nel fare questa terapia e che sopratutto sono tante le evidenze scientifiche che dimostrano gli innumerevoli effetti positivi della Terapia Ormonale Sostitutiva in differenti ambiti. Soprattutto è importante spiegare alla donna che si rende indispensabile un'adeguata attività fisica per cercare di mantenere un sistema cardiovascolare in buone condizioni anche perché queste donne non possono pensare che con la sola Terapia Ormonale Sostitutiva risolvono i problemi ma ci vuole anche uno schema alimentare sano.

** Spec. in Ginecologia - Dir. Sanitario del Poliambulatorio MediPrò Sanità Privato Accreditato.*

# CLINICADOMICILIO

## Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio a Bologna e provincia

È obbligatoria la prescrizione del medico

**SEMPLICE E VELOCE SENZA LISTA D'ATTESA**
SCEGLI IL GIORNO E IL LUOGO PER IL TUO ESAME. AL RESTO CI PENSIAMO NOI

**INFO E PRENOTAZIONI**
Prenota on-line sul sito clinicadomicilio.it o chiama lo 051.644.00.55 oppure scrivi a info@clinicadomicilio.it
Tutti i giorni, festivi compresi, dalle 8:00 alle 22:00.

Il servizio è attivabile su tutta la provincia di Bologna.

REFERTO GARANTITO IN SOLE **24** ORE

NUMERO VERDE - 800100670

051.644.00.55 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA COLIBRÌ

CERTIFICATA

Aut.San. PG.N. 25139/2017

# Focus su Osteoartrosi

Oriana Zuppiroli

**Studio Osservazionale**
*Obiettivo dello Studio:* Confronto fra utilizzo terapeutico di Guna Collagen Medical Devices (Md-Knee e Md-Shoulder) verso Acido Ialuronico ad alto peso Molecolare (Hyalubrix).

**Premessa**
L'Osteoartrosi è una patologia degenerativa cronica delle articolazioni caratterizzata da un progressivo danno della cartilagine articolare e dell'osso sottostante. Si tratta di un disturbo reumatico che affligge entrambi i sessi. Il danno articolare causa una progressiva limitazione funzionale.
Per fermare il processo doloroso si usano le terapie fisiche e riabilitative, farmaci non steroidei (FANS) o steroidei, analgesici, condro protettori per via orale, trattamenti intra articolari con steroidi.
Da circa dieci anni si utilizzano anche cicli di Acido Ialuronico per via infiltrativa.
Il problema fondamentale di queste somministrazioni rimane il costo elevato del principio attivo.
Una nuova opportunità terapeutica può essere rappresentata dai Guna Medical Devices contenente Collagene di tipo I di origine suina (1).
Il collagene contenuto nei Medical Devices ha un peso molecolare di 300 Dalton. È un prodotto puro, senza contaminazioni, con caratteristiche chimiche e fisiche standardizzate.
Il collagene è costituito da vari amminoacidi (glicina, prolina, idrossiprolina, tirosina) e la sua attività è quella di andare a stimolare la neo sintesi di collagene endogeno andando a ristrutturare un tessuto degenerato.

**Metodi**
Lo Studio Osservazionale di confronto è iniziato nel dicembre 2015 e finito nel dicembre 2016.
I pazienti sono stati selezionati in base al loro dolore su artrosi di ginocchio o di artrosi acromion claveare, indipendentemente dal sesso, dall'età che in tutti i pazienti era superiore ai 50 anni. Sono stati trattati 6 pazienti con Md- Knee, 6 pazienti con Md- Shoulder e 6 pazienti trattati con Hyalubrix (A. Ialuronico ad alto peso molecolare).
I pazienti sono stati trattati in primavera e in autunno.
Le terapie iniettive con Md-Knee e Md- Shoulder sono state effettuate per cinque sedute (1° Inf. alla settimana) in primavera e autunno.
Le terapie infiltrative con Hyalubrix per 3 sedute (1° Inf. alla settimana) in primavera e in autunno.

**Criteri di inclusione:**
– Pazienti ambulatoriali con dolori al ginocchio o alla spalla con referti radiografici di osteoartrosi o di condropatia visibile alla rmn;
– Età superiore ai 50 anni;
– Dolore valutato con scala VAS superiore a 5 persistente da almeno un mese;
– Limitazione funzionale superiore al 25% della scala GH (vengono usati i nostri parametri di valutazione e monitoraggio concordati con le aziende ASL della Regione Emilia-Romagna in sede di accreditamento).

**Criteri di esclusione**
– Pazienti affetti da malattie reumatiche con aspetti artrosinovitici e idrarto;
– Pazienti con infezioni ed edemi nella zona da trattare;
– Pazienti con diagnosi di osteonecrosi locale;
– Pazienti in terapia cortisonica per os che interferisse con la valutazione di efficacia-tollerabilità;
– Pazienti con allergie note ai prodotti di origine suina.

**Conclusioni**

Tutti i pazienti hanno completato il ciclo di terapia iniettiva con Md- Knee e Md- Shoulder tranne una paziente, che dopo la prima infiltrazione, ha avuto un fenomeno di tumefazione e dolore.

Tutti gli altri pazienti hanno continuato il trattamento ripetendolo anche in autunno.

Dei pazienti trattati con Acido Ialuronico, tre hanno riferito dolore notturno dopo la terapia infiltrativa, con senso di ingombro articolare.

Nonostante la necessità di 5 sedute di terapia iniettiva con i Guna Collagen Medical Devices, l'articolazione è apparsa asciutta e mobile.

La terapia con Acido Ialuronico appare pertanto più costosa e necessita di buona manualità infiltrativa.

La terapia con Collagene mostra buona tollerabilità e praticità iniettiva per la sua minor vischiosità rispetto all'acido ialuronico.

La durata del beneficio tearapeutico è parsa essere di circa 6-7 mesi in entrambi i trattamenti (2).

Il beneficio delle Infiltrazioni con Collagene rispetto alle Inf. di A. Ialuronico, ad un anno dall'inserimento nei nostri protocolli, appare essere una buona prospettiva di efficacia e tollerabilità terapeutica associata ad un minor costo rispetto alla Terapia con A.Ialuronico.

**Bibliografia:**


1 - Brandao R.A., Costa Bs ed altri: "Efficacy and Safety of a porcine collagen sponge for cranial neurosurgery: a prospective case-controle study" - World Neurosurg 2013 Marz-Apr..

2 - Luis Severino Martin Martin, Umberto Massafra, Emanuele Bizzi and Albert Migliore: "A double bind randomized active-controlled clinical trial on the intra-articular use of Md-Knee versus sodium hyaluronate in patients with knee osteoarthrits (Joint)". BMC Musculoskeletal Disorders 2016.



**Dott.ssa Oriana Zuppiroli**
Stabilimento TERME FELSINEE
Mare Termale Bolognese
Reparto Terapia Fisica e Riabilitazione
Via Di Vagno, 7 - Bologna



COLIBRÌ®

*Ai Colli*

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO PSICHIATRICO**

**Aut. San. P.G. n. 58841 del 10/03/2008**

Consorzio Ospedaliero Colibrì

**Direttore Sanitario e Primario**: ***Dott. Paolo Baroncini***

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

***Reparti di degenza***

- Residenza Trattamento Intensivo
- Residenza Trattamento Intensivo Specialistico (Dipendenze Patologiche)
- Psichiatria generale
- Riabilitazione Psichiatrica

***Ambulatori***

- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatria
- Servizio di Etnopsichiatria e Consultazione Culturale

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

Sito internet: ***www.aicolli.com*** E-mail: ***casadicura@aicolli.com***

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

# La Geologia Medica in Italia

Paolo Cernuschi

*Intervista del Dr Paolo Cernuschi ai Proff. Coccioni R.[1], Tateo F.[2], Valera P.[3], Fondatori della Associazione Italiana Geologia Medica*

**Domanda: Come potremmo definire, per i Medici Bolognesi, la Geologia Medica?**
**Tateo:** La Geologia Medica è una cosiddetta "disciplina di frontiera", perché nata molto di recente e trasversale a discipline tradizionali, come geologia, biologia, medicina.... Lo sviluppo delle ricerche di Geologia Medica è dovuto anche alla sempre maggior consapevolezza, confortata da una massa sempre maggiore di dati e risultati, che l'ambiente esercita un effetto fortissimo sulla salute.

**Si deve pertanto ridefinire il concetto di Ambiente.**
**Coccioni:** Il concetto di ambiente come entità ostile alla salute umana è ben radicato quando si pensa a zone fortemente inquinate, ma è ormai ben chiaro che il problema è molto più ampio perché qualsiasi variazione introdotta artificialmente nell'ambiente ha riscontro nei processi geologici e biologici spontanei (una volta avremmo detto naturali) e quindi incide in varia misura sugli equilibri dei processi che regolano il pianeta. La scala globale di questi processi è ben chiara, il ritrovamento di interferenti endocrini artificiali nei tessuti di orsi polari (lontanissimi dai centri di emissione di questi inquinanti) è solo uno dei tanti esempi (Smithwick et al., 2006) che hanno colpito l'opinione pubblica.
La conoscenza del territorio (incluse le sue componenti gassose e liquide) e dei processi che lo governano, diventa quindi un mezzo per la salvaguardia della salute, infatti la Geologia Medica procede attraverso ricerche che prevedono la caratterizzazione di un territorio attraverso un approccio multidisciplinare e con l'ausilio delle migliori informazioni ottenibili. Le metodologie d'indagine della Geologia Medica prevedono un continuo confronto tra le *expertise* coinvolte, fino a convergere nella sovrapposizione e quindi nell'elaborazione dei dati finali.

**Quindi è un disciplina multidimensionale**
Si tratta, in sostanza, di una disciplina con caratteristiche spiccatamente multidisciplinari, che studia le relazioni scientifiche esistenti tra i fattori geo-ambientali e la salute degli esseri viventi e che ha come obiettivo principale quello di migliorare la comprensione dell'influenza di tali fattori sulla distribuzione geografica e temporale dei problemi di salute. Fornisce anche contributi concreti per definire gli strumenti multidisciplinari necessari e le soluzioni appropriate per ricomporre un corretto rapporto tra ambiente, società ed economia, che rappresentano i componenti principali del sistema "sviluppo sostenibile".
Alcuni "casi" di Geologia Medica sono ben noti da lungo tempo, ma il modificarsi delle condizioni ambientali porta a riproporre antichi problemi o a presentarne di nuovi. Oggi si stima che la salute di 3-5 miliardi di persone in tutto il mondo sia indiscutibilmente legata alla Geologia.
Gli esempi non mancano, alcuni casi che coinvolgono vaste comunità nel mondo riguardano l'arsenico nelle acque sotterranee, la presenza di gas radon nelle abitazioni, carenza di iodio, carenza ed eccesso di fluoro, quantità e qualità delle polveri atmosferiche, ingestione di suolo (soprattutto per i bambini, ma non solo), eccesso di metalli pericolosi in

tutte le matrici di aree selezionate. Tutti questi esempi (e molti altri) interessano sia popolazioni rurali che urbane e non deve stupire che tutti gli esempi riportati abbiano attualmente riscontro anche in Italia.

**Quali sono le radici di questa apparentemente nuova disciplina scientifica?**

**Valera:** Il debutto moderno della Geologia Medica avviene in Francia nel 1817 come Geografia Medica, cioè come descrizione della superficie del Pianeta con riferimento all'influenza di ogni regione su salute, funzioni vitali e malattie di piante, animali e principalmente uomini che l'abitano (J.J. Virey, Francia). Seguono sviluppi in Germania e nei paesi scandinavi e viene introdotto anche il termine Geomedicina. Infine, nel 1996, la Commissione delle Scienze Geologiche dell'Unione Internazionale delle Scienze Geologiche (IUGS) istituisce un Working Group di Geologia Medica. Da quel momento la Geologia Medica si è diffusa rapidamente, anche tramite l'organizzazione di corsi specifici in varie parti del mondo. Sebbene gli aspetti (geo)chimici siano estremamente importanti nella Geologia Medica, essi non sono esclusivi, basti pensare che il nostro organismo è un efficace produttore solidi cristallini (= minerali) con speciale organizzazione cristallochimica (ossa, denti, particolato urinario, particolato sinoviale...), talvolta anche patologici (calcoli, calcificazioni s.l., deformazioni...) o che la medicina occidentale (e non) fa ampio uso di materiali geologici a scopi terapeutici (acque, fanghi, smectiti, caoliniti, zeoliti, minerali come vettori di principi attivi...).

**Sono tematiche con le quali dovremo avere a che fare. In che modo i Colleghi medici possono entrare in contatto e aderire eventualmente alla associazione?**

**Tateo:** Per meglio affrontare e organizzare gruppi e ricerche, ma anche per divulgare le informazioni, nel 2009 è stata creata una associazione informale, l'Associazione Italiana di Geologia Medica (AGMItalia), a cui è immediatamente seguita la realizzazione di un sito web (www.agmitalia.org) su cui, di volta in volta, sono state inserite molte informazioni, la bibliografia riguardante questa disciplina e le occasioni di confronto a livello nazionale. Attualmente AGMItalia non prevede alcun onere economico per i soci (arrivati a 250 a febbraio 2017) e ha già svolto diverse attività, anche nelle fasi embrionali della sua organizzazione. Sono stati allestiti quattro volumi che raccolgono i contributi di giornate di studio e convegni ed è stato organizzato un corso di formazione post-universitario. AGMItalia ha partecipato a varie iniziative scientifiche e divulgative, anche in collaborazione con ISDE (International Society of Doctors for the Environment, www.isde.it), il Consorzio Mario Negri Sud (www.negrisud.it) e l'INAIL (www.inail.it) e ha organizzato giornate di studio nell'ambito della Settimana del Pianeta Terra (www.settimanaterra.org) nel 2012, 2014, 2015 e 2016 dedicate a temi specifici.

[1] *Dipartimento di Scienze della Terra, della Vita e dell'Ambiente, Sezione "Geobiologia, Patrimonio Culturale e Analisi del Paesaggio", Università degli Studi "Carlo Bo", Urbino.*

[2] *Istituto di Geoscienze e Georisorse CNR - c/o Dipartimento di Geoscienze dell'Università di Padova.*

[3] *Dipartimento di Ingegneria Civile, Ambientale e Architettura, Università di Cagliari.*

## ATTENZIONE: BOLLETTINO NOTIZIARIO CARTACEO AL PROPRIO DOMICILIO!

Egregi Colleghi desidero informarVi che il Consiglio Direttivo ha deciso di allestire il Bollettino Notiziario di questo Ordine, a partire dal 1° gennaio 2018, solamente in formato digitale e sarà posto mensilmente sul sito www.odmbologna.it

COLORO CHE VORRANNO CONTINUARE AD AVERE IL BOLLETTINO IN FORMATO CARTACEO SPEDITO AL PROPRIO DOMICILIO DOVRANNO INOLTRARE FORMALE RICHIESTA ALLA SEGRETERIA all'indirizzo segreteria@odmbologna.it o per Fax al n. 051/303864, con scritto: BOLLETTINO STAMPA.

Questa decisione si è resa necessaria per la riduzione delle spese di stampa e spedizione. I risparmi ottenuti saranno destinati all'organizzazione di eventi ECM.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
(Dott.Giancarlo Pizza)

# La diagnosi precoce di Osteoporosi presso il Poliambulatorio Ramazzini

Angela Guaragna

*Intervista alla dott.ssa Angela Guaragna, direttore sanitario del Poliambulatorio Istituto Ramazzini*

**Nel vostro Centro uno degli obiettivi è rappresentato dalla diagnosi e dalla cura dell'osteoporosi. Cosa ci puoi dire al riguardo ?**

**L'osteoporosi** è una malattia del tessuto osseo che determina fragilità scheletrica e può incorrere in fratture per traumi di lieve entità o addirittura in modo spontaneo. L'osteoporosi colpisce milioni di persone in tutto il mondo, rappresenta una tra le principali cause di disabilità funzionale e la sua frequenza, correlata all'invecchiamento, le conferisce sempre più le caratteristiche di malattia sociale. In Italia soffrono di osteoporosi **circa 5 milioni** di soggetti; una donna su tre e un uomo su dieci dopo i 50 anni soffrono di osteoporosi.

Varie sono le cause ed i fattori che contribuiscono all'insorgenza dell'osteoporosi, alcune di queste poco note.

La causa più comune dell'osteoporosi è rappresentata dall'invecchiamento (osteoporosi senile) e riguarda entrambi i sessi, anche se è maggiormente colpito il sesso femminile.

Sicuramente gli estrogeni, ormoni che svolgono un ruolo protettivo nel metabolismo osseo, con la loro riduzione nel periodo della menopausa determinano una rapida perdita del tessuto osseo (osteoporosi postmenopausa) che si manifesta più frequentemente rispetto al sesso maschile.

Soggetti, prevalentemente di sesso femminile, con storia di osteoporosi, sono predisposti maggiormente a sviluppare la malattia.

Un regime dietetico povero di calcio, di latte e dei suoi derivati, una ridotta attività fisica, il fumo, ridotta esposizione al sole (deficit di vitamina D), l'abuso di sostanze alcoliche possono facilitare lo sviluppo dell'osteoporosi.

Può risultare dannoso l'uso di terapia a base di farmaci antiepilettici, anticoagulanti e soprattutto cortisonici.

L'osteoporosi può svilupparsi in caso di una iperfunzione delle paratiroidi, di diabete mellito e di malattie della tiroide, prevalentemente nell'ipertiroidismo, nell'ipopituitarismo, nell'artrite reumatoide, nel morbo celiaco. L'osteoporosi si manifesta con facilità nei soggetti allettati.

**L'osteoporosi è anche un problema maschile, cosa ci puoi dire al riguardo?**

L'osteoporosi maschile costituisce a tutt'oggi uno tra i maggiori e più sottostimati problemi di salute pubblica nel mondo. Analogamente a quanto accade per il sesso femminile il rischio di frattura nell'uomo aumenta in modo esponenziale con l'età, in particolare dopo i 70 anni. L'osteoporosi maschile è una condizione eterogenea che comprende varie cause e presentazioni cliniche. Gli uomini sono a rischio di ammalarsi o di andare incontro a fratture da fragilità, ma spesso non lo sanno. Con l'invecchiamento perdono densità minerale ossea alla velocità di circa l'1 per cento l'anno, e un uomo su cinque di età superiore ai 50 anni andrà incontro a una frattura osteoporotica durante il corso della sua vita. Contrariamente a quanto avviene nelle donne, che sono sensibilizzate al problema quando entrano in menopausa, per gli uomini manca un momento temporale della vita che li metta in guardia sul fatto che possono perdere massa ossea e sviluppare osteoporosi. La maggior parte dei maschi ha una osteoporosi secondaria. Sono stati individuati alcuni fattori che si associano ad una bassa massa ossea: **età,**

**precedenti fratture, gastrectomia, ulcera peptica, artrite reumatoide, uso di glucocortisonici, ipertensione, pregresso ipertiroidismo, malattie polmonari croniche e fumo**. Le cause più frequenti di osteoporosi sono l'**ipogonadismo**, la **terapia con glucocorticoidi** e **l'abuso di alcol**. Una quota importante di osteoporosi maschile è tuttavia **idiopatica**. I criteri introdotti per la diagnosi di osteoporosi e ridotta massa ossea nelle donne sono comunemente utilizzati anche negli uomini. Ad oggi sono a disposizione diverse categorie di farmaci per la cura dell'osteoporosi e per ridurre il rischio delle fratture da fragilità. Gli stessi medicinali assunti dalle donne sono stati approvati anche per gli uomini.
L'Istituto Ramazzini, da sempre in prima linea nei programmi di prevenzione, mette a disposizione nel **Poliambulatorio Ramazzini di via Libia 13 a Bologna** un nuovo densitometro (LUNAR PRODIGY PRIMO) e la sua équipe medica per accompagnare e guidare il paziente in un percorso diagnostico dedicato all'osteoporosi.
Grazie a questo strumento sarà possibile presso il poliambulatorio di via Libia diagnosticare l'osteoporosi e identificare i pazienti che potrebbero beneficiare del trattamento.
Esso permette inoltre di calcolare la probabilità di incorrere in una frattura nei 10 anni successivi, sulla base dell'analisi dei fattori di rischio attraverso un algoritmo chiamato FRAX (Fracture Risk Assesment). La società italiana dell'osteoporosi (SIOMMMS) propone un suo algoritmo DeFRA, evoluzione del FRAX.
Per un miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti affetti da osteoporosi dopo il momento diagnostico sarà possibile con l'aiuto di uno specialista endocrinologo dare indicazioni sulle strategie terapeutiche, finalizzate alla riduzione del rischio di frattura.
Inoltre, punto fermo del nostro percorso sarà la prevenzione dell'osteoporosi, attraverso l'attivazione di misure tese ad impedire o rallentarne la comparsa e a correggere i fattori di rischio. Questo programma si attua mediante interventi non farmacologici (dieta, attività fisica, adeguato apporto di calcio con la dieta) e la eliminazione di fattori di rischio modificabili (fumo, abuso di alcool, rischi ambientali di cadute).
Una dieta adeguata con giusto apporto di vitamina D **e di calcio e suoi derivati**, ma anche equilibrata con corretto apporto di proteine, carboidrati e lipidi possono essere utile per ottimizzare il picco di massa ossea anche in età giovanile. L'utilizzo di farmaci per la prevenzione dell'osteoporosi non è quasi mai giustificata

**Dal momento che l'osteoporosi è una malattia spesso asintomatica, quali sono gli elementi che dovrebbero far accendere un campanello d'allarme?**
L'osteoporosi è praticamente asintomatica e raramente si manifestano sintomi di lieve entità finché non si verifica una frattura che compare già quando la malattia è in fase avanzata.
Gli effetti dell'osteoporosi includono:mal di schiena, perdita di peso nel tempo accompagnata da una postura incurvata e riduzione dell'altezza, fratture che si verificano dopo una caduta o un infortunio non grave.
Le fratture da osteoporosi si possono manifestare anche a seguito di traumi relativamente modesti con maggiore frequenza a carico delle **vertebre, del polso e del collo del femore**.
Le fratture tipicamente osteoporotiche sono quella **vertebrale e femorale**. Esse rappresentano l'evento più invalidante del paziente con osteoporosi sia per le sedi che per i postumi che ne conseguono.

**Esistono dei fattori di rischio generici e/o specifici?**
Generalmente con l'avanzare dell'età si ha una diminuzione della massa ossea, i fattori che creano un rischio maggiore sono:
**sesso femminile** (il sesso femminile è più colpito del sesso maschile), **precedenti fratture**, **cadute frequenti**, **menopausa precoce** (sotto i 45 anni di età), **magrezza** con basso peso corporeo, **basso apporto di calcio e vitamina D**, **fumo**, **vita sedentaria**, **uso cronico di farmaci**: cortisonici, antiepilettici,

eparinici, ipotensivi, antidiabetici, alcuni ormoni nella cura dell'endometriosi e del tumore prostatico, **abuso di alcolici**, **presenza di malattie endocrine**: ipertiroidismo, ipogonadismo, ipercortisolismo, deficit di GH, celiachia, insufficienza renale cronica.

**Quali sono i mezzi oggi a disposizione per arrivare ad una diagnosi mirata di patologia osteoporotica?**

La mancanza di sintomi premonitori rende tardiva la diagnosi di osteoporosi e, quando le fratture si manifestano, ormai è tardi per un intervento di prevenzione. È necessario, pertanto, porre una diagnosi precoce per instaurare un intervento terapeutico ottimale. L'unico strumento in grado di identificare chi è a rischio elevato di osteoporosi è la Densitometria Ossea.

**La Densitometria Ossea** è l'indagine più specifica per individuare una riduzione di massa ossea e riveste un ruolo fondamentale per valutare le variazioni della densità ossea.

Per l'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) la diagnosi densitometrica di osteoporosi si basa sulla valutazione con tecnica *dual-energy x ray absorptiometry* (DXA) della densità minerale, raffrontata a quella media di soggetti adulti sani dello stesso sesso (picco massa ossea). L
'unità di misura è rappresentata dalla deviazione standard dal picco medio di massa ossea (T-SCORE).

Secondo l'OMS, nell'interpretare i risultati dell'esame:

1. Situazione di normalità (BMD normale) è definita con un T-score compreso fra +2,5 e -1,0 (cioè fra 2,5 deviazioni standard (DS) sopra la media di un giovane adulto e 1 DS sotto la media di un giovane adulto).
2. Osteopenia (bassa BMD) associata ad un T-score compreso tra -1,0 e -2,5 DS.
3. Osteoporosi caratterizzata da un T-score inferiore a -2,5 DS.


Digita il tuo nome su Google...
La reputazione su internet rappresenta oggi il tuo biglietto da visita

**Tutela Digitale** è una società formata da avvocati e informatici che si occupa di monitorare il web, individuare i contenuti negativi e in tempi rapidi eliminarli, senza ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Cosa fa?

**Elimina** definitivamente contenuti dal web

**De-indicizza** i links dalle prime pagine di Google

**Aggiorna** e inserisce nuovi contenuti positivi

Cosa elimina?

Contenuti diffamatori

Notizie datate (dirito all'oblio)

Problematiche sui social

Diffusione illecita di dati, video e foto

Perché scegliere Tutela Digitale ?

- Efficacia, velocità e supervisione legale
- Il pagamento è a risultato

Via San Vitale 23, BOLOGNA
T: +39 051 236835
www.tuteladigitale.it

4. Per osteoporosi conclamata si intende un valore di T-score inferiore a -2,5 DS con la contemporanea presenza di una o più fratture da fragilità.

*I siti più frequentemente misurati* sono la colonna lombare, il femore prossimale, il radio ultra distale.
Di solito l'esame va ripetuto ogni 10-12 mesi al fine di valutare le modifiche della massa ossea nel tempo e monitorare l'efficacia di una eventuale terapia intrapresa.

La Densitometria ossea va consigliata a tutti i pazienti *che* presentano fattori di rischio per osteoporosi e comunque in tutti i soggetti che dopo i 65 anni presentano un fattore di rischio. Per una corretta gestione clinica del paziente con osteoporosi non ci si deve limitare solo all'indagine densitometria, ma è necessario eseguire anche esami di laboratorio, utili per escludere la presenza di altre malattie responsabili dell'osteoporosi (osteoporosi secondarie).

**Come si cura oggi l'osteoporosi ?**
Le strategie per ridurre le possibilità di sviluppare l'osteoporosi includono:
**Una buona alimentazione e regolare attività fisica già in giovane età**. Sviluppare una forte ossatura in giovane età fa diminuire gli effetti di una naturale perdita ossea che inizia circa a 30 anni; **un'adeguata assunzione di cibi ricchi in calcio**; **non fumare**; **limitare l'assunzione di alcool**; **esporsi al sole** in quanto esso è importante per stimolare il nostro organismo a produrre vitamina D, sostanza fondamentale per il suo ruolo nel facilitare l'assorbimento intestinale del calcio e nella mineralizzazione ossea.
**Il trattamento primario farmacologico dell'osteoporosi è quello di ridurre le fratture da fragilità.**
La scelta della terapia dell'osteoporosi dipende da una serie di variabili, alcune legate alla malattia (forma primitiva o secondaria, gravità) altre al paziente (età, condizioni economiche, malattie associate). La terapia deve sempre includere **calcio e vitamina D**.
**I farmaci osteo protettivi** più comunemente usati sono:
**Terapia ormonale** (estroprogestinica o con tibolone) che, assunta per alcuni anni dopo la menopausa, può contribuire a posticipare l'esordio della malattia; **Raloxifene**; **Bifosfonati** quali alendronato, ibandronato, risedronato, zoledronato; **Denosumab-Ranelato di stronzio**; **Teriparatide**.

**In ambito odontoiatrico i pazienti osteoporotici trattati con Bifosfonati costituiscono controindicazione agli interventi di chirurgia orale?**
No. I bisfosfonati vengono prescritti nell'**osteoporosi** per la riduzione del rischio di frattura ed in **oncologia**, per malattie maligne (metastasi ossee, ipercalcemia maligne, ecc).
La terapia con bifosfonati si associa allo sviluppo di una sindrome definita osteonecrosi delle ossa del mascellare il cui rischio è legato alla dose cumulativa e/o al tempo di esposizione. L'osteonecrosi del mascellare si verifica molto più raramente in pazienti in trattamento per osteoporosi con un'incidenza tra 0,01% e 0,15% pazienti per anno di esposizione e appare solo leggermente superiore a quella rilevata nella popolazione generale. In questa forma inoltre non è stata rilevata una maggior incidenza per l'uso di bisfosfonati orali o per via endovenosa. Globalmente il rischio di osteonecrosi del mascellare nei pazienti con osteoporosi è circa 100 volte inferiore a quello dei soggetti neoplastici. La valutazione prima dell'inizio della terapia e la bonifica preventiva non sono necessarie nei pazienti con osteoporosi ma è molto importante il mantenimento di un'adeguata igiene orale. Una scadente igiene orale è infatti un fattore di rischio comune all'osteonecrosi del mascellare in corso di osteoporosi e in corso di tumore.

Dott.ssa ANGELA GUARAGNA
Specialista in ONCOLOGIA

Dott. REMO RAMINI
Specialista in RADIOLOGIA

Dott. DOMENICO MERINGOLO
Specialista in ENDOCRINOLOGIA

*Poliambulatorio di Prevenzione Oncologica*
*Istituto Ramazzini - Via Libia, 13/a*
*40138 Bologna - Tel. 051-302252*

# Risvolti pratici riguardanti casi clinici di Responsabilità professionale medica con riferimento alla Consulenza Medico-Legale

## *Ambito Ginecologico-Chirurgico*

Anche il secondo incontro del 11 maggio organizzato dalla Commissione Medico-legale dell'Ordine dei Medici in tema di responsabilità professionale, con particolare riferimento all'ambito ginecologico-chirurgico, ha avuto un buon riscontro in termini di partecipazione dei Colleghi.
Ha introdotto la serata il **Prof. Domenico Vasapollo** in qualità di Coordinatore della Commissione Medico-legale dell'Ordine, il quale ha ricordato ancora una volta la finalità degli incontri e le tematiche più meritevoli di approfondimento in relazione alla recente Legge sulla sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia responsabilità professionale degli esercenti la professione sanitaria.

L'incontro è stato moderato dal sottoscritto ed ha introdotto la serie di relatori il **Dott. Giorgio Pagni** in qualità di specialista in Ginecologia-Ostetricia, il quale ha sottolineato le peculiarità dell'operato dell'ostetrico-ginecologo che si confronta con i diritti del nascituro e con le aspettative di salute fisiche, psicologiche e di relazione della madre e del padre, oltre che della coppia, sottolineando altresì l'elevato livello di contenzioso in termini di risarcimento economico, rimarcando la peculiarità dell'opera professionale del ginecologo-ostetrico, che si trova ad operare spesso in condizioni critiche ed a prendere decisioni importanti in tempo reale per tutelare la salute della madre e del neonato.

Il Dott. Pagni, nel ricordare alcuni dati statistici in merito al contezioso in tale ambito specialistico, ha sottolineato i rischi connessi alla prematurità e le difficoltà di formulare la diagnosi di sofferenza fetale e conseguentemente di asfissia perinatale attraverso le indagini clinico-strumentali, sottolineando come non vi sia una predittività assoluta nell'ambito degli accertamenti strumentali e nelle relative interpretazioni, ad esempio del tracciato CTG; inoltre, ha riportato alcuni dati della diagnosi ecografica prenatale.
Il Dott. Pagni ha proseguito segnalando un caso di intervento avvenuto per via laparoscopica ed il rischio elevato di complicanze, proiettando la valutazione alle isteroscopie, quindi riportando un altro caso di trattamento con colposcopia e prelievo bioptico per lesione preneoplastica del collo dell'utero con una sequela di notevoli complicanze, tra cui in particolare una fistola retto-vaginale con necessità di intervento di colostomia, ricordando poi l'intervento di conizzazione con ansa diatermica ed i suoi relativi vantaggi, svantaggi e rischi, infine sottolineando la necessità in particolare di seguire buone pratiche assistenziali per la migliore relazione di cura possibile.
Il **Dott. Paolo Faccioli**, secondo relatore, in qualità di medico-legale, ha posto l'attenzione sulla necessità di approfondire una serie di aspetti prioritariamente di carattere clinico, quali l'errore e la condotta, e di carattere medico-legale, quali il nesso causale e la valutazione del danno.

Il Dott. Faccioli si è soffermato, poi sulla difficoltà di una valutazione medico-legale relativamente alle condotte omissive, in relazione all'applicazione di corretti criteri scientifici sulla sussistenza del nesso di causalità, richiamando le principali qualità del CTU, quali competenza, autorevolezza e prudenza, rilevando come in caso di omissioni diagnostiche, ad esempio, di lesioni neoplastiche mammarie per un ritardo di diagnosi, possano verificarsi ipotesi percentuali valutative del danno modeste a fronte, invece, di una perdita di *chance* di sopravvivenza del soggetto in caso di decesso che porta ad elevare significativamente il risarcimento del danno.
Il Dott. Faccioli ha richiamato e sottolineato le responsabilità ed i compiti del medico legale nella delicata valutazione soprattutto del nesso di causalità.
Ha proseguito la serie di interventi l'**Avv. Daniele Coliva**, il quale, richiamando l'evoluzione giurisprudenziale, ha posto l'attenzione in particolare sulla Sentenza 243/2017 della Cassazione Civile inerente la vicenda di una gestante che si è rifiutata di effettuare amniocentesi, ma ciò non esimeva il medico che non aveva prima formulato diagnosi ecografica.
La Cassazione, infatti, si sofferma sul fatto che la donna era stata rassicurata, quindi in particolare pone l'attenzione sul rapporto medico-paziente: il rifiuto della donna era stato causato da questa rassicurazione e, quindi, sussiste in ogni caso un inadempimento del medico.
L'Avv. Coliva ha rilevato come la formulazione dei giudizi in ambito medico-legale segua un criterio di determinismo scientifico.
Ha concluso la serie di interventi la **Dott. ssa Alessandra Arcieri**, Giudice della 3° Sezione del Tribunale Civile di Bologna, la quale, soffermandosi su alcuni articoli della nuova Legge, ha rilevato in particolare come il richiamo delle Linee-guida possa rivelarsi in alcuni casi astratto ed a volte contradditorio in relazione ai casi specifici, ricordando come la regola del "*più probabile che non*" non vada intesa in ambito civilistico in senso strettamente matematico.
La Dott.ssa Arcieri ha richiamato la Sentenza n. 47/2017 su "*Apprezzabili probabilità di un esito migliore*" in un caso di asfissia perinatale.
Inoltre, ha sottolineato come siano diversi i beni tutelati nell'ambito del consenso e dell'atto medico: nel primo caso, ovvero il consenso, il bene tutelato è rappresentato dalla libertà di autodeterminazione, mentre nell'atto medico è la salute, rilevando come nella valutazione del consenso sia insita anche la prevedibilità dell'accettazione in caso di informativa.
La Dott.ssa Arcieri ha sottolineato poi come i quesiti posti al CTU medico-legale siano ampi e come nella stragrande maggioranza dei casi il giudizio tecnico del CTU medico-legale diventi risolutivo, essendo prassi consolidata del Tribunale di Bologna autorizzarlo ad avvalersi di ausiliario specialista di sua fiducia, sottolineando come solo in casi eccezionali possa essere disatteso il parere tecnico del CTU, se non adeguatamente motivato ed argomentato, essendo in definitiva sempre il Giudice il *peritus peritorum*.
La Dott.ssa Arcieri ha infine sottolineato come nella valutazione del nesso causale sia fondamentale un equo bilanciamento dei vari fattori e come, per quanto attiene le complicanze, sia molto importante il giudizio di prevedibilità.
Al termine degli interventi dei relatori vi è stata una discussione con i presenti, che hanno formulato alcune domande sulle competenze dello specialista medico-legale e dello specialista nella disciplina oggetto della disamina.
Anche il secondo incontro – tavola rotonda dell'11 maggio 2017, pertanto, può ritenersi positivamente riuscito, proseguendo in quel percorso di approfondimento che, di fatto, è risultato molto stimolante ed interessante per quanto attiene tutti i profili inerenti la nuova Legge sulla responsabilità professionale medica.

Il Moderatore
*Dott. Alessandro Nobili*

## Linee guida Cdc per la prevenzione di una pandemia influenzale

I Centers for Disease Control and Prevention degli Stati Uniti hanno aggiornato le linee guida del 2007 per i dipartimenti di salute pubblica sulla gestione di potenziali pandemie di influenza attraverso interventi non farmacologici, come il distanziamento sociale, la pulizia della superficie ambientale e l'igiene personale. «Quando emerge un nuovo virus influenzale con potenziale pandemico, gli interventi non farmaceutici, noti anche come misure di mitigazione di comunità, sono spesso quelli più facilmente disponibili per aiutare a rallentare la trasmissione del virus, cosa che è particolarmente importante prima che un vaccino diventi ampiamente disponibile» afferma Noreen Qualls, del National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases ai Cdc di Atlanta, a capo del gruppo di studio.
Parecchi elementi rimangono invariati rispetto al documento del 2007, che descriveva le misure raccomandate e i concetti fondamentali per l'utilizzo delle stesse. Le categorie di interventi comprendono interventi di protezione individuale quotidiani come l'isolamento volontario di persone malate e l'igiene delle mani, misure di protezione personale riservate alle influenze pandemiche, come la quarantena volontaria dei membri della famiglia esposti, misure comunitarie volte ad aumentare il distanziamento sociale come le chiusure scolastiche e il rinvio o annullamento di riunioni di massa, e misure ambientali, come la pulizia di superfici spesso toccate. Nelle linee guida del 2017 fanno la loro comparsa diversi nuovi elementi. Vengono infatti inserite le più recenti prove scientifiche resesi disponibili dopo la pandemia di influenza A (H1N1) e, di seguito, viene messo in evidenza un riepilogo delle lezioni apprese dalla risposta alla pandemia del 2009 per sottolineare l'importanza di un'ampia e flessibile pianificazione pre-pandemica. Inoltre, è stata inclusa una nuova sezione dedicata alla comunità per sottolineare che l'uso tempestivo ed efficace degli interventi non farmacologici dipende dall'accettazione e dalla partecipazione attiva della comunità. Sono stati inoltre aggiunti la descrizione di vari strumenti di valutazione e pianificazione e un insieme di scenari pre-pandemici. Per rendere più facile l'attuazione delle linee guida sono presenti online anche sei guide supplementari per diverse ambientazioni comunitarie.
Mmwr Recomm Rep. 2017. doi: 10.15585/mmwr.rr6601a1
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28426646


# VILLA BARUZZIANA

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO**

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

**Bologna - via dell'Osservanza, 19**

**Centralino:**
**tel. 051 580395**

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

**Ambulatori Cup:**
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

**Amministrazione:**
**tel. 051 338454-41**

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

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

**e-mail: direzione@villabaruzziana.it**

# MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 5 maggio 2017

| Cognome-Nome | Telefono |
|---|---|
| AL BOUSTANI TAHA | 389/17.49.884 |
| ARCIDIACONA BRUNA | 328/44.35.877 |
| ASCIONE ALESSANDRA | 328/89.45.281 |
| BARAKAT MASSIMO | 348/24.91.046 |
| BARDASI CAMILLA | 345/81.30.852 |
| BARILE FRANCESCA | 338/93.65.992 |
| BOGGIA LAVINIA | 328/24.69.057 |
| BOSCHETTI LAURA | 338/22.23.320 |
| BRUNI MATTEO | 320/04.09.832 |
| BRUNORI MARIA LAURA | 338/87.75.007 |
| CENSONI DAVIDE | 334/35.86.558 |
| CIMINO ANNAMARIA | 393/45.19.584 |
| CORRADINI ANGELO GIANLUCA | 349/36.46.198 |
| CUCU SILVIA | 380/79.39.244 |
| DEL VECCHIO MARTINA | 338/84.39.272 |
| DI MICCO RICCARDO | 051/23.83.48 |
| | 347/91.35.636 |
| DIODATO STEFANIA | 366/33.02.443 |
| DI PRESSA FRANCESCA | 340/08.10.503 |
| DONDI RICCARDO | 348/92.26.755 |
| DRUSIANI DAVIDE | 333/78.77.164 |
| FABBRI SIMONETTA | 335/54.87.533 |
| FATTORINI ANNA | 338/87.51.319 |
| FONTANA KARIN | 338/69.79.809 |
| FRANCESCHINI GIACOMO | 338/32.05.749 |
| FURINI MARTINA | 329/49.39.307 |
| GAMBERINI VALENTINA | 331/89.51.337 |
| GARUNSA LEDIAN | 327/42.31.191 |
| GIORGINI FEDERICO | 334/73.68.921 |
| GIOSA LORENZO | 338/28.03.270 |
| ISSAMADDEN ARIANNA | 340/14.16.453 |
| KUETE DJOMO SANDRINE VANESSA | 333/83.39.537 |
| LOSANO TOMAS IGNACIO | 327/67.31.227 |
| MAYA GIRALDO PAOLA | 380/43.20.438 |
| MAMMANA LEONARDO | 338/28.82.256 |
| MARRA ROSA FRANCESCA | 347/60.68.501 |
| | 051/23.73.77 |
| MIANI TERESA | 347/18.81.017 |
| MICCIO LAURA | 349/56.40.097 |
| MICHELI ORIANNA | 338/81.05.066 |
| MOSCHETTA LAURA | 329/49.69.049 |
| NICOLACI TIZIANA | 345/63.00.277 |
| PAOLUCCI ELISA | 338/45.13.908 |
| PERGOLIZZI CAROLA | 348/80.93.955 |
| RATTI STEFANO | 320/23.37.969 |
| ROCHIRA ANDREA | 328/19.29.335 |
| SALVELLI ORONZO | 329/37.78.568 |
| SANFILIPPO SILVIA | 389/34.76.890 |
| SASDELLI ANNA SIMONA | 334/99.50.996 |
| SCALA BEATRICE | 339/86.95.587 |
| SELLERI FILIPPO | 333/84.01.963 |
| SIANO GILDA MARIA | 328/80.68.563 |
| SOFLAI SOHEE SOPHIA | 333/95.84.688 |
| SPONSELLI STEFANIA | 389/52.91.821 |
| STEFANI GIULIA | 338/45.23.888 |
| SUPPRESSA STEFANIA | 328/36.22.888 |
| TCHONANG WAKAM ANDY JESSALYN | 347/86.28.651 |
| TUBERTINI ELEONORA | 346/23.45.411 |
| VALLI VITORIO | 337/59.10.23 |
| VALTORTA ALESSANDRO | 347/16.43.919 |
| VITTORI ANTISARI GIULIA | 348/40.32.512 |
| ZARDI ELENA | 340/10.33.844 |

***

# MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

| Cognome - Nome | Specializzazione/Annotazioni | Telefono |
|---|---|---|
| CANELLA PIERO | Ortopedia e Traumatologia | |
| | Fisioterapia | 335/39.77.87 |
| CARDELICCHIO RODOLFO | Ortopedia e Traumatologia | 335/62.20.145 |
| | | 051/49.29.16 |
| DONATI UMBERTO | Ortopedia e Traumatologia | |
| | Chirurgia della Mano | |
| | Medicina Legale e delle Assicurazioni | 347/88.53.126 |
| FORLANI GIULIA | Endocrinologia e Malattie del Ricambio | 333/98.85.260 |
| GALLI ALESSANDRO | Odontoiatra | 320/71.31.656 |
| GAZZOLA ALESSIA | Gastroenterologia | 328/78.73.085 |
| GUALANO CHIARA | Medico Esperto in Agopuntura | 349/87.13.430 |
| MATTEINI PAOLA | Igiene e Medicina Preventiva | |
| | Medico Competente | |
| | Corso di Formazione in Medicina Generale | 051/44.32.41 |
| | | 339/48.19.676 |
| NAZIONALE IMMACOLATA | Gastroenterologia | 347/36.29.125 |
| NUVOLA GIACOMO | Corso di Formazione in Medicina Generale | 380/39.24.972 |
| PALUMBO BENEDETTA | Odontoiatra | 051/30.38.96 |
| | | 338/33.64.432 |
| PIGNATARO BARBARA | Odontoiatra | 333/48.97.823 |
| RUGHI MORENA | Dermatologia e Venerologia | 333/47.48.242 |
| SERGIO EMANUELA | Patologia Clinica | 347/84.95.058 |
| STEFANI GIULIA | Corso di Medicina Generale | 338/45.23.888 |
| VALLI VITTORIO | Chirurgia Generale | 337/59.10.23 |
| VILLALTA VIRGINIA | Odontoiatra | 333/83.06.119 |

# Mantenimento del benessere psico-cognitivo - 3 dicembre 2016

**Relazione sull'Incontro di Aggiornamento: "MANTENIMENTO del BENESSERE PSICO-COGNITIVO" - *PREVENZIONE dell'INVECCHIAMENTO CEREBRALE*" - *Tenutosi presso* ORDINE DEI MEDICI di BOLOGNA - Sabato 3 dicembre 2016**

Il deterioramento delle condizioni fisiche, emotive e cognitive, viene spesso sottovaluto o semplicemente considerato come una normale negativa condizione legata al processo di invecchiamento. In particolare **il decadimento cognitivo associato all'età (MCI/CIND)** è la condizione più frequente di perdita dell'autonomia negli anziani. È considerato una condizione transitoria che spesso precede la demenza senile o malattia di Alzheimer. Può essere secondario a patologie trattabili quali vasculopatie cerebrali, idrocefalo normoteso, deterioramento post-traumatico. Tale condizione può anche essere reversibile: il soggetto può tornare cognitivamente abile oppure progredire verso la demenza. È per questo importante attivare azioni di **Prevenzione, Diagnosi precoce e cura,** tramite adeguati programmi di intervento che permettono di mantenere, recuperare o acquisire l'efficienza fisica e mentale. **Conservare l'efficienza della mente è infatti possibile** e di ciò si occupa il **Gruppo di studio sull'invecchiamento cerebrale** costituitosi a Bologna sulla base della collaborazione di alcuni Professionisti del settore ed operativo presso il **Poliambulatorio Sinergia-Welfare Bologna.** Il Gruppo Multidisciplinare, che comprende diversi Specialisti (Psicogeriatra, Neurologo, Psicologa, Immunologo, Neurochirurgo), ha organizzato questo incontro rivolto ai Medici di base ed agli Specialisti del settore affrontando i vari aspetti delle problematiche relative all'invecchiamento cerebrale ed alle demenze, sottolineando in particolare i criteri e le indagini per una diagnosi accurata e per l'identificazione dei fattori predisponenti ed i programmi di cura e riabilitazione disponibili oggi per queste condizioni patologiche.
Dopo il saluto del Presidente dell'Ordine, Dr Giancarlo Pizza, il quale ha sottolineato l'interesse del Convegno e la presentazione della tematica da parte del Dr Semeraro, sono seguite le relazioni, di cui si riporta di seguito una sintesi. Al termine si è svolta una interessante discussione che ha messo in evidenza l'interesse della tematica sia per l'entità della popolazione interessata, che per i risvolti positivi che gli interventi preventivi e di cura possono avere sullo stato di salute e sul risparmio dei costi per l'assistenza. In particolare inoltre è emersa l'importanza del ruolo centrale dei medici di famiglia, i quali sono i primi ad affrontare le problematiche del deterioramento psico-fisico dell'anziano.

**IDENTITÀ DEL PAZIENTE E MEDICINA PERSONALIZZATA**
Specificità della Geriatria. Importanza della Medicina di Genere.
*Sergio Semeraro, Geriatra*
Secondo l'Istitute for Systems Biology, la "vera" Medicina è quella delle 4p*:*
Personalizzata, Predittiva, Preventiva, Partecipata. A queste l'Associazione Italiana Scienze Cognitive ne ha aggiunto una quinta: La Psicocognitiva. Quindi 5p.
Da tempo, come ci ricorda Ivan Illich (*Nemesi Medica*), si sta perdendo di vista non solo l' IDENTITÀ del malato, me anche quella del medico.
Una delle cause di tale fenomeno è rappresentata dalla moltiplicazione, quasi ... evangelica delle specializzazioni, nonché dall'uso indiscriminato, ed a volte inutile, degli esami diagnostici. Ne soffrono particolarmente gli anziani, in quanto portatori, spesso, di comorbilità. Ciò non deve indurci ad un atteggiamento di "contro-specializzazioni" ma, al contrario, favorire un "incontro-specializzazioni", con conseguente reciproca "osmosi" culturale e operativa.
Venendo a noi, facciamo presente l'importanza di due elementi fondamentali per la conservazione del nostro BENESSERE PSICOFISICO. Mi riferisco a MOVIMENTO e POSTURA che rappresentano due funzioni essenziali al fine di istituire un *buon rapporto* con noi stessi e con l'ambiente che ci circonda. Tali funzioni trovano un ostacolo nella SARCOPENIA. Vale a dire nella *perdita della massa muscolare*. Ciò vale particolarmente per gli anziani di sesso femminile.
Riferisco alcuni dati, a tal proposito, significativi. Tasso di *disabilità* doppia nelle donne rispetto agli uomini. Assenza di *attività fisica*: 46% donne, 34% uomini. *Ipercifosi dorsale* (rischio di cadute) maggiore nelle donne. *Incidenti domestici*, il 65% riguardano le donne. Le *fratture di femore* accadono per il 70% nel genere femminile. La differenza di genere appare anche nel rapporto % fra vita attiva residua e vita totale residua, che risulta nettamente superiore nel genere maschile, dai sessantacinquenni agli ultraottantenni.
PROVVEDIMENTI PREVENTIVO-TERAPEUTICI. 1) di ordine *fisico*: vita attiva con adeguata deambu-

lazione giornaliera ed eventuale allenamento contro resistenza. 2) di ordine alimentare: adeguato apporto proteico e limitazione, se eccessivi, di idrati di carbonio e grassi.
La GERIATRIA risulta, nella realtà, particolarmente attrezzata con ASSETTI ORGANIZZATIVI SPECIFICI quali: Degenze per acuti e postacuti con Riabilitazione Estensiva, Centri Esperti per i disturbi Cognitivo-Comportamentali e relative Delirium Rooms, Unità di Valutazione Geriatrica (geriatra, assistente sociale, infermiere) ospedaliere e territoriali, Stroke Unity per patologie cerebrovascolari, Ortogeriatrie.
LA GERIATRIA BATTE NEI FATTI LA MEDICINA TRADIZIONALE non speficamente organizzata. Lo dimostra il Cochrame Database of Systemate Reviews 2011: 10.000 (diecimila) anziani ricoverati seguiti in 6 Paesi diversi. RISULTATI significativamente superiori per GUARIGIONE, CONSERVAZIONE DELL'AUTOSUFFICIENZA e RITORNO AL PROPRIO DOMICILIO alla dimissione, nei ricoverati presso le Divisioni Geriatriche per acuti rispetto agli anziani ricoverati nei Reparti Ospedalieri per acuti non geriatrici. Ciò con PARITÀ DI COSTI e di NUMERO DI ADDETTI. Notevole risulta l'importanza, ai fini dell'"identificazione" del malato, dei dettami riferibili alla MEDICINA DI GENERE.

**DISTURBI COGNITIVI: DIAGNOSI E GESTIONE**

*Roberto Gallassi, Neurologo*

I disturbi delle funzioni cognitive sono patologie acquisite di quelle funzioni cerebrali che caratterizzano le capacità più elevate dell'individuo e che permettono la relazione con l'ambiente circostante, con gli altri individui e con sé stesso, costituendo i fondamenti della coscienza. In sintesi, vi sono funzioni "di base", come vigilanza e attenzione, connesse con lo stato di attivazione del cervello, e capacità più elevate e complesse come abilità visuo-percettive, movimento e gestualità, memoria ed apprendimento, linguaggio e funzioni esecutive come astrazione, logica, giudizio, ecc. Le funzioni cognitive possono essere alterate da lesioni cerebrali primitive di vario tipo (degenerative, vascolari, traumatiche, infiammatorie, infettive, meccaniche (neoplasie, ematomi, idrocefalo) o secondarie a patologie mediche di tipo metabolico, idroelettrolitico, disendocrino, carenziale, tossico., ecc. Possono essere alterate in maniera settoriale o in modo più globale, in modo transitorio e reversibile come episodi gli confusionali e la minoranza delle demenze, e, purtroppo più frequentemente, in modo progressivo ed irreversibile, come la maggior parte delle demenze. La demenza è una condizione di deterioramento cognitivo acquisito in età senile o presenile (di cui, generalmente, il disturbo di memoria è quello iniziale e preminente), che determina un'alterazione di due o più funzioni cognitive e riduzione significativa dell'autonomia nelle attività lavorative e della vita quotidiana, con frequenti disturbi del comportamento e sintomi affettivi, specie depressivi. Le cause di demenza sono circa una settantina e le forme più frequenti sono quelle degenerative, di cui la malattia di Alzheimer è quella nettamente più comune. Fra l'invecchiamento cosiddetto "fisiologico" e la demenza, non esiste una separazione netta, ma uno spettro continuo con situazioni di disturbo cognitivo intermedio, di cui il più noto è il lieve deficit cognitivo o Midl Cognitive Impairment (MCI). Tale sindrome è caratterizzata da deficit cognitivi lievi e settoriali che caratterizzano un cambiamento rispetto ad una precedente situazione di normalità, ma non implicano alterazioni significative funzionali dell'autonomia nella vita quotidiana e nel comportamento sociale come nella demenza. Questa condizione può avere varie eziologie e restare a lungo invariata o trasformarsi, nel corso degli anni, in una forma di demenza. Il deficit cognitivo può riguardare solo una funzione cognitiva o più funzioni, con compromissione o meno della memoria. I fattori di rischio di conversione da MCI a demenza sono vari: deficit di più domini cognitivi, la presenza di disturbi affettivi e comportamentali (come depressione, apatia, irritabilità), di patologie cerebrovascolari, di segni extrapiramidali e la positività di uno o più marker biologici indici delle modificazioni patofisiologiche del processo demenziale e/o delle modificazioni strutturali patologiche delle strutture cerebrali. Tali marker diventano sempre più specifici e sensibili, ma da soli non sono ancora sufficienti anche per la diagnosi di demenza. I fattori di rischio per lo sviluppo di demenza sono genetici di vario tipo, specie in alcune forme familiari presenili, l'età avanzata, il sesso femminile nelle forme degenerative e il sesso maschie in quelle vascolari. Esistono fattori di rischio modificabili: patologie vascolari ed ipertensione, abuso di alcol, alterazioni metaboliche, fattori alimentari, infezioni, traumi cranici. Inoltre, vi sono fattori protettivi: gli stili di vita (incremento dell'attività fisica, cognitiva, delle relazioni umane e sociali), la scolarizzazione, ecc. La diagnosi precoce (o addirittura preclinica) di demenza è importante, ma bisogna considerare il rischio di falsi positivi dei singoli marker diagnostici, con l'attuale mancanza di certezza di sviluppare o meno nel tempo la malattia. Per questo, la comunicazione dei risultati dei soli marker è molto delicata, anche in considerazione della mancanza di attuali terapie risolutive per la maggior parte

delle demenze. La gestione dei disturbi cognitivi, si basa sull'ipotetica prevenzione, con riduzione dei fattori di rischio modificabili. Se i disturbi cognitivi sono conclamati, in attesa di terapie che possano modificarne la storia naturale, sono da tempo impiegati farmaci sintomatici per rallentarne la progressione (inibitori delle colinesterasi, Memantina, ecc). Negli anni più recenti, si è assistito allo sviluppo di integratori e nutracetici, con l'impiego di sostanze cosiddette anti invecchiamento. Vi sono, inoltre, terapie non farmacologiche di tipo ambientale, comportamentale e trattamenti di memory training e di stimolazione cognitiva.

**LA PREVENZIONE: LA NEUROBICA E GLI INTERVENTI DI STIMOLAZIONE MULTIFATTORIALE.**

*Giancarlo Savorani, Psicogeriatra.*

Lo stile di vita è fondamentale ad ogni età per determinare il benessere generale dell'individuo e le sue abilità cognitive in particolare. Al riguardo uno studio recente molto importante (Lancet 2014) ha dimostrato che uno stile di vita corretto in grado di ridurre i principali fattori di rischio (bassa scolarità, sedentarietà, fumo, ipertensione, diabete, obesità e depressione) anche solo del 10% può diminuire di ben 9 milioni l'incidenza di nuovi malati di demenza. L'attività fisica e relazioni sociali ricche possono anche ridurre il rischio derivante dall'ApoE4. Inoltre occorre fare esercizi nuovi per stimolare la ricerca di novità e abbandonare la routine, come insegna la Neurobica, aerobica dei neuroni. "Per migliorare la memoria, l'attenzione e sviluppare la fantasia bisogna mantenere in allenamento le aree del cervello preposte alle diverse funzioni e collegate ai cinque sensi", (più le emozioni secondo Damasio), da *Keep your brain alive*, *Fitness della mente*, la *Neurobica*, Katz e Rubin, Red 2002. È utile quindi eseguire gli esercizi di Neurobica "che stimolano soluzioni alternative mediante nuovi circuiti neuronali". Per quanto riguarda gli interventi preventivi, in letteratura è ormai consolidato che sono risultati tutti più o meno efficaci sia nell'immediato sia a distanza di tempo. Per esempio dopo 6 mesi dalla fine del Brain Training il miglioramento ottenuto è ancora presente nel 37-65% dei partecipanti, con un utilizzo delle strategie apprese e applicate nella vita quotidiana da parte del 98% degli intervistati. La nostra esperienza (2005) conferma questo dato con un importante successo nell'80% dei partecipanti. Non solo. Lo studio Active (Ball 2002-2006 e successive verifiche) riguardante persone da 65 a 94 anni ha dimostrato che anche dopo 2, 5 e 10 anni dal primo corso di BT, seguito da poche sessioni di rinforzo, si manteneva il miglioramento di alcune funzioni cognitive allenate e, cosa ancora più importante, anche il funzionamento dell'individuo indagato mediante le IADL (attività complesse della vita come usare i mezzi di trasporto o il denaro) peggiorava di meno col passare del tempo. Anche la revisione sistematica di Fratiglioni (2004) fino al più recente numero di aggiornamento di Nature (2016) hanno indicato l'efficacia, di vario grado, per molti interventi tipo l'attività fisica moderata (fare le scale), mentale, sociale (insieme è meglio), la musica e il gioco (giocando s'impara). Infine per quanto riguarda l'alimentazione salubre ricordiamo la dieta Mind, tipo Mediterranea, che riduce il rischio di demenza del 53%, e lo studio Finger che associando esercizio fisico, dieta e allenamento mentale rallenta del 23% il declino cognitivo. Altri due studi hanno combinato movimento/ginnastica dolce e allenamento cognitivo, il nostro, più la musica, il CNR, con buoni risultati.

I Corsi di Memory-Cognitive Training, iniziati a Bologna nel 1998, si sono poi estesi in tutta la Regione coinvolgendo già nel 2000 oltre 1000 anziani, e durante gli anni 2015 e 2016 li abbiamo effettuati per un totale di 92 partecipanti presso la sede della Società Medica Chirurgica all'Archiginnasio, col patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Bologna. I corsi, interattivi di 5-10 sessioni ciascuna di 90 min circa, comprendono esercizi preliminari di screening, il test del sesso del cervello e quello di allenamento neurobico, e un manuale didattico di esercizi, consigli e strategie da attuare a casa. Quindi durante gli incontri sono applicate le strategie della associazione, visualizzazione, categorizzazione e viene stimolata l'attenzione per migliorare vari tipi di funzioni come memoria a breve, episodica, associativa, visuospaziale; la fluenza, la logica e la creatività. Gli obiettivi sono quelli di ridurre ansia, frustrazione e senso di inadeguatezza e di imparare ad agire con consapevolezza, non più in modo automatico. Il test di soddisfazione conclude il corso.

**CORSI DI MEMORY-COGNITIVE TRAINING**

Bologna, Sinergia e Società Medica Chirurgica

**CONSIGLI DA DARE A CASA 2016**

1. RICORDARE LE STRATEGIE DA METTERE IN PRATICA!
2. PORSI LE 5 DOMANDE: quando, dove, come, perché, chi
3. FACILITAZIONE MEDIANTE: CHIUDERE GLI OCCHI

4. ALZARSI 5 VOLTE DALLA SEDIA SENZA L'AIUTO DELLE BRACCIA, ALZARSI DAL PAVIMENTO NELLO STESSO MODO
5. COMPIERE 1 AZIONE PER VOLTA. MANTENERE L'ORDINE
6. FARE LE SCALE 90 gradini al giorno
7. ALLA SERA FARE IL RIASSUNTO DI QUANTO SUCCESSO DURANTE IL GIORNO (acquisti, un film, un viaggio...) e il programma per il domani
8. ALLENARE L'EQUILIBRIO CON LE 3 POSIZIONI TANDEM E SEMITANDEM. CAMMINARE A PIEDI NUDI NEL PARCO E SUL PARQUET MEZZA GIORNATA ALLA SETTIMANA.
9. MANTENERE L'ORDINE DEGLI OGGETTI E STIMOLARE LA MEMORIA SPAZIALE CREANDO VOLUTAMENTE UN PO' DI DISORDINE ad esempio sulla scrivania.
10. DIVIDERE I COMPITI COMPLESSI IN PIU' AZIONI SEMPLICI 11- CAMBIARE ABITUDINI E INTRODURRE NOVITA': es. cambiare mano per lavarsi i denti o per pettinarsi, per abbottonarsi. Guardare la TV senza audio e alzarsi per fare qualche esercizio quando c'è la pubblicità.

**ALTRI CONSIGLI**

-**Attività fisica moderata** regolare, Primo pilastro della salute -La **sedia killer** e la TV: scrivania sit-stand da alzare ogni ora per 15 min e alzarsi dalla sedia per 3 min ogni mezz'ora (allunga i telomeri).-**Lavorare in piedi**: tavolo pc più alto e tapis roulant sotto i piedi -Usare il telefono passeggiando -Andare alla toilette più lontana. -**Fare le scale**: NO ascensore -**Andare dal collega**: NO mail -**Dormire bene** aiuta a star bene, Terzo pilastro -**Dieta Longo semidigiuno**: 2 giorni non consecutivi con 500 cal e gli altri liberi, Secondo pilastro della salute.

**FATTORI PREDISPONENTI: VERSO UNA CARTA DEL RISCHIO**

*F. Licastro, Immunologo*

La malattia di Alzheimer (MA) è una condizione cronico-degenerativa del sistema nervoso centrale che conduce alla perdita dell'autonomia della persona e a gravi deficit cognitivi. Circa quaranta milioni di persone sono attualmente colpite dalla malattia e stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità prevedono che il numero di pazienti triplicherà entro il 2050. La malattia è ancora oggi incurabile, poiché non vi sono farmaci capaci di fermare la progressione di questo tipo di demenza. Inoltre, il carico assistenziale ricade in gran parte sulla famiglia con notevole aggravio economico ed emotivo. In Italia oggi probabilmente vi sono più di un milione di ammalati. Che fare?

La risposta viene dalla medicina del terzo millennio, cioè la medicina delle quattro P:

**Personalizzata** - Ciascuno di noi è diverso.

**Predittiva** - Analizziamo i fattori di rischio

**Preventiva -** Anticipiamo la malattia

**Partecipata -** Il paziente e il medico sono co-protagonisti

I risultati dei nostri studi derivano da indagini caso controllo (pazienti e sani) o da studi longitudinali di popolazione quali lo studio sulla popolazione del comune di Conselice in Romagna dove più di mille anziani sono stati seguiti e studiati per cinque anni. Hanno partecipato a questo studio anziani sani, pazienti con deficit cognitivo ma senza demenza (CIND) e pazienti con la demenza di tipo Alzheimer (AD) o di tipo vascolare. Alla fine dei cinque anni di follow up 654 soggetti erano cognitivamente sani, 147 presentavano alterazioni cognitive lievi (CIND) e 171 erano colpiti da (MA).

Nel corso di questi studi, condotti in collaborazione con colleghi italiani e, americani e francesi, abbiamo raccolto moltissimi dati clinici, epidemiologici e di laboratorio. Per elaborare questa notevole massa di dati abbiamo usato algoritmi statistici molto sofisticati derivati dalla reti neurali. Ciò ci ha permesso di costruire mappe di connettività fra le diverse variabili e la malattia e la gerarchica importanza di ciascuna variabile rispetto al decadimento cognitivo e alla demenza.

Ad esempio importanti si sono rivelati i fattori infiammatori e agenti infettivi virali capaci di accelerare il corso del decadimento cognitivo in pazienti CIND. Inoltre, anche affezioni del cavo orale quali la periodontite è risultata un fattore di rischio associato alla MA. La familiarità positiva, l'età e il sesso sono anche fattori importanti per la determinazione del rischio individuale. Infine il profilo lipidico plasmatico e alcuni fattori nutrizionali sono risultati associati alla MA. Abbiamo quindi potuto compilare ultimamente la prima carta del rischio per la demenza di tipo Alzheimer che permette di individuare in soggetti sani la probabilità di rischio per la malattia. La carta del rischio comprende 21 variabili fra cui vi sono fattori genetici, epidemiologici, un profilo lipidico ematico, il livello di anticorpi diretti verso virus erpetici, la periodontite e l'infezione da Elicobacter pylori.

Ciascun soggetto dopo la visita clinica e la raccolta di dati anamnestici fa un piccolo prelievo di san-

gue per le analisi di laboratorio. Tutti i dati quindi sono elaborati con un algoritmo per la determinazione del rischio individuale. Infine, modificando le variabili risultate alterate è possibile cominciare una terapia personalizzata e un percorso terapeutico longitudinale. Modificando le variabili di rischio diminuisce il rischio individuale complessivo. In conclusione suggeriamo che la prevenzione della MA può essere iniziata ora su solide basi clinico-scientifiche e rivelarsi un'arma efficace in attesa di una terapia specifica per la malattia.

**CHE COS È LA MEMORIA**

*Valentina Gallassi, Psicologa -Psicoterapeuta*

La memoria viene definita come la capacità di conservare nel tempo le informazioni acquisite attraverso l'apprendimento e di recuperarle nel momento più opportuno, costituendo un ponte ideale che permette di trasferire l'esperienza passata al presente, per programmare il futuro. Non è, però, una funzione cognitiva unitaria e statica ma un sistema complesso, in cui sono coinvolti ed interconnessi numerosi processi e varie aree cerebrali. La memoria è il fulcro delle attività mentali dell'individuo, necessaria per la sua normale autonomia e per la vita di relazione. È il processo attraverso il quale l'individuo può strutturare una propria identità. Attraverso le conoscenze apprese, le esperienze vissute, gli avvenimenti accaduti durante il corso della vita, con la conseguente possibilità di poterli conservare e recuperare attraverso il ricordo, la persona forma un senso di sé stabile e continuo nel tempo.

Le classificazioni cognitive suddividono la memoria in varie fasi temporali interconnesse tra di loro, differenziando, inoltre, il tipo di informazione memorizzata. Le informazioni sensoriali (uditive, olfattive, tattili, visive, gustative) che riceviamo dall'ambiente passano attraverso una memoria sensoriale. Il processo dura per un tempo brevissimo (fino a 200 msec per le informazioni visive e a 2000 msec per quelle uditive) e, di queste informazioni, circa il 25% viene provvisoriamente trattenuto per la codifica ma solo alcuni degli input più rilevanti (circa l'1%) passano, poi, alla memoria a breve termine (MBT); essa è deputata a trattenere un certo numero di informazioni per un periodo di tempo più lungo, ma sempre limitato (da pochi secondi a qualche minuto). La MBT viene suddivisa in memoria primaria e memoria di lavoro o working memory, a seconda del grado di manipolazione a cui sono sottoposte le informazioni che riceviamo. La memoria primaria è deputata a mantenere passivamente l'informazione, mentre la memoria di lavoro permette il mantenimento e l'elaborazione simultanea delle informazioni al fine di portare a termine un certo compito: es. fare a mente delle sottrazioni, ricordare un numero di telefono, comprendere il senso di un testo. Quando questo compito è stato assolto, l'informazione può essere eliminata. Se un'informazione viene invece giudicata importante e lo stimolo viene ripetuto o perdura per un certo tempo, avviene il successivo passaggio di registrazione nel magazzino della memoria a lungo termine (MLT), che ha una capacità di ritenzione delle informazioni praticamente illimitata. I dati verranno conservati per un lungo periodo di tempo, anche tutta la vita, indipendentemente dall'effettiva capacità di richiamarli in modo cosciente. La MLT viene distinta in memoria esplicita o dichiarativa e memoria implicita o non dichiarativa. Quella esplicita è la memoria dei ricordi che vengono rievocati e dichiarati consciamente ed intenzionalmente ed è ulteriormente suddivisa in memoria episodica e semantica. La prima è il ricordo di eventi riferibili ad uno specifico contesto spazio-temporale sia di eventi pubblici che di aspetti più strettamente personali della vita del soggetto o memoria autobiografica. Alla seconda appartengono le informazioni inerenti il bagaglio di conoscenze apprese durante la vita, sia di tipo enciclopedico che semantico. La memoria implicita (memoria che influenza il comportamento in modo non cosciente) comprende la memoria procedurale, ovvero quelle sequenze attuate per il raggiungimento di uno scopo o per compiere un'azione, che vengono svolte in maniera automatica o semi-automatica. Un altro tipo di memoria è quella prospettica, "il ricordarsi di ricordare", cioè il ricordo di intenzioni che dovranno essere attuate in un tempo successivo. Il passaggio delle informazioni tra la memoria sensoriale e la MBT avviene tramite processi di codifica o acquisizione automatici o mediati da un controllo strategico, mentre l'immagazzinamento delle informazioni nella MLT (ritenzione), avviene attraverso un processo di apprendimento caratterizzato dalla ripetizione e dal rinforzo delle informazioni apprese. Quando l'informazione deve essere utilizzata, viene ritrovata e trasformata in un ricordo cosciente attraverso associazioni collegabili ad informazioni precedentemente depositate (richiamo o riconoscimento). La formazione di un ricordo, il suo mantenimento e la possibilità di rievocarlo sono strettamente connesse con la vigilanza, il livello d'attenzione, l'integrità delle varie funzioni cognitive, la motivazione e lo stato emotivo.

La pluralità delle memorie corrisponde, da un punto di vista anatomico e funzionale, all'intervento di molteplici aree cerebrali corticali, ognuna deputata ad uno specifico compito; le tracce mnesiche

vengono quindi immagazzinate nelle strutture anatomiche dove sono state primariamente elaborate in termini di cambiamenti plastici delle connessioni sinaptiche tra popolazioni di neuroni, per poi essere trasferite attraverso le reti neurali nelle aree sottocorticali, principalmente l'ippocampo, per il loro consolidamento, con un processo di attivazione neurale a lungo termine. Questi ricordi sono ancora silenti o non consapevoli. Nella fase di richiamo, il meccanismo che li rende coscienti è mediato dall'interazione funzionale fra meccanismi di controllo della corteccia prefrontale e le aree ippocampali che riattivano i pattern di attivazione corticale di quella specifica area corticale e di quella specifica memoria.
Recenti studi hanno dimostrato come il normale invecchiamento non implichi solo una perdita di neuroni, ma che molti neuroni mantengano la capacità plastica di rigenerarsi ed accrescersi anche se danneggiati o in età avanzata. A tal proposito, è di grande importanza poter allenare il nostro cervello a potenziare e creare il maggior numero di connessioni sinaptiche possibili, sia per migliorare le ridotte capacità, sia per mantenere le prestazioni mentali efficienti ed attive nel tempo. Utilizzando specifici esercizi cognitivi volti a stimolare le varie funzioni mentali, si rende possibile alle regioni cerebrali non compromesse di "imparare" a svolgere le funzioni in sostituzione di quelle più alterate, in un ottica di compensazione del deficit. Questi sono i principi su cui si basano le tecniche di stimolazione cognitiva e di memory training.

**L'IDROCEFALO NORMOTESO DELL'ADULTO E DELL'ANZIANO: UNA SINDROME DI DEMENZA TRATTABILE.**

*Umberto Godano, Neurochirurgo*

L'Idrocefalo Normoteso è una sindrome caratterizzata dall'associazione di tre sintomi: demenza, disturbi della marcia ed incontinenza sfinterica. Descritta nel 1965 da Adams, si riscontra con lieve prevalenza nei maschi, negli adulti dopo i 50 anni e si accompagna ad una progressiva dilatazione dei ventricoli cerebrali, con pressione liquorale di base normale e, in alcuni casi, con variazioni ricorrenti e transitorie della pressione intracranica e conseguente sofferenza delle strutture nervose circostanti. È una patologia le cui cause rimangono nella maggioranza dei casi sconosciute (idrocefalo normoteso idiopatico), anche se alcuni pazienti hanno presentato pregressi traumi cranici, emorragie o infezioni intracraniche.
L'idrocefalo normoteso rappresenta la terza forma più frequente di demenza dopo l'Alzheimer e le vasculopatie cerebrali e può associarsi a queste ultime. Pur essendo una malattia meno conosciuta della malattia di Alzheimer, rappresenta una percentuale attorno al 20% del totale delle demenze diagnosticate negli over 65, cioè interessa l'1.5% di tutta la popolazione con età superiore a 65 anni. Dati recenti indicano una incidenza intorno al 10% di sospetto idrocefalo normoteso non riconosciuto in pazienti ricoverati in strutture di lungodegenza. Spesso i sintomi (difficoltà nel camminare, disturbi della memoria e del comportamento, incontinenza) sono confusi con quelli dell'Alzheimer, del Parkinson o di altre forme di demenza senile o di malattie psichiatriche, perché più comuni. Ma, a differenza delle altre demenze che sono spesso irreversibili, l'idrocefalo è curabile. Il percorso diagnostico è pertanto decisivo: una diagnosi errata può significare per il paziente una terapia inadeguata con conseguente condizione di incurabilità. Alcuni test clinici permettono di sospettare la diagnosi corretta, che viene poi convalidata con esami neuro-radiologici ed altri accertamenti strumentali.Così un percorso che dal medico di famiglia porti allo psico-geriatra, al neurologo, e eventualmente al neurochirurgo, si traduce nella maggioranza dei casi in un esito positivo. La neurochirurgia infatti offre ai pazienti affetti da idrocefalo normoteso ottime prospettive di cura che, a fronte di una diagnosi corretta e tempestiva, porta ad un miglioramento nella maggioranza dei casi. L'intervento neurochirurgico consiste nel posizionamento, all'interno del cranio, di un catetere di piccole dimensioni connesso a una valvola regolabile, e facilmente gestibile, che ripristina la circolazione del liquido cefalo-rachidiano, drenando l'eccesso nella cavità addominale, dove i suoi componenti di proteine e elettroliti possono essere riassorbiti e riutilizzati. Oggi, inoltre, vi è anche la possibilità di effettuare, in casi selezionati, un intervento mini-invasivo endoscopico, la terzoventricolo-cisternostomia che realizza un by-pass liquorale intracranico senza applicazione di protesi valvolari e senza apertura della cavità addominale, con risultati molto promettenti.
A tutti i pazienti che soffrono di disturbi dell'equilibrio e della memoria e ai loro famigliari, è quindi importante offrire centri di studio che raccolgano i casi sospetti ed avviino un percorso corretto di diagnosi differenziale. Ciò grazie alla collaborazione multidisciplinare dei professionisti coinvolti quali neurologi, neurochirurghi, neuropsicologi, psicogeriatri, ed attraverso la collaborazione stretta con i medici di medicina generale, i quali per primi vedono i pazienti.

# Congresso Nazionale AIAC - 23-25 marzo 2017

**RELAZIONE SCIENTIFICA**

Il Congresso Nazionale dell'AIAC (Associazione Italiana Aritmologia e Cardiostimolazione), giunto quest'anno alla sua XIV edizione, si è tenuto a Bologna nei giorni 23-25 marzo 2017.

Il programma scientifico del Congresso si è svolto in sessioni plenarie, focus on, letture e sessioni pratiche, finalizzate a fare il punto sulle più recenti acquisizioni scientifiche e ad illustrare le nuove tecniche diagnostiche e terapeutiche con le loro applicazioni nella corrente pratica clinica. Un'attenzione specifica è stata rivolta alle prospettive di sviluppo e ai nuovi scenari tecnologici, organizzativi e socio-economici.

Il tema principale di quest'anno è stato "La sfida della morte improvvisa". L'arresto cardiaco e la morte improvvisa rappresentano tuttora un problema primario di salute pubblica in Italia con oltre 60.000 persone colpite ogni anno. Sono disponibili criteri per identificare i soggetti ad alto rischio e terapie efficaci, ma il punto critico è rappresentato dal fatto che la maggior parte degli eventi si verificano nella popolazione generale che non ha mai sofferto di patologie cardiache.

Il tema è stato affrontato in una prospettiva a 360°. Si è spaziato da un aggiornamento dei criteri di stratificazione del rischio nei pazienti con cardiopatia strutturale ai programmi di screening nella popolazione generale, negli sportivi e nelle professioni a rischio. Particolare attenzione è stata dedicata alle malattie aritmogene su base genetica. Data la crescente complessità del paziente cardiopatico, è stata discussa la stratificazione del rischio aritmico in chirurgia generale, in oncologia e in altre patologie sistemiche. In crescita è il numero di pazienti con cardiopatia congenita complessa operata nell'infanzia, che diventati adulti, hanno un'alta incidenza di aritmie ventricolari a rischio. Le indicazioni e i risultati dell'impianto di pacemaker e defibrillatori e delle tecniche ablative e loro tempistica sono stati analizzati anche in un confronto con i cardiologi pediatri.

Sono state aggiornate le indicazioni all'impianto del defibrillatore e sono stati presentati i benefici che le nuove tecniche ablative possono dare nei soggetti a rischio.

L'uso e la diffusione dei defibrillatori automatici esterni sono stati oggetto di discussione specifica con particolare attenzione agli aspetti organizzativi-gestionali, alle politiche di implementazione e ai risultati clinici. È stato anche presentato il ruolo potenziale del defibrillatore indossabile in soggetti selezionati.

Infine il ruolo della telemedicina e delle nuove tecnologie delle telecomunicazioni nei pazienti con e senza dispositivo impiantabile è stato inquadrato in una strategia di popolazione.

Cari Colleghi,

come noto, e per disposizione di legge, l'Albo Professionale deve contenere una serie di informazioni del Medico di utilità per il singolo cittadino che volesse consultarlo.

A tale fine, Vi sarò grato, nel caso in cui non lo aveste ancora fatto, di voler comunicare alla Segreteria (Mail segreteria@odmbologna.it Pec segreteria.bo@pec.omceo.it) il Vostro indirizzo PEC (posta elettronica certificata) e le specializzazioni conseguite, (riportando data di conseguimento voto e università ed allegando copia di un documento d'identità).

*Scusandomi per sollecitare questi aspetti burocratici, ma necessari, invio i miei saluti più cordiali*

Il Presidente
**Dott. Giancarlo Pizza**

Studio dentistico zona centro Bologna vicino Piazza Maggiore, raggiungibile in auto, trentennale avviamento, esamina proposte subentro, Ottima opportunità, possibile cessione clientela con affiancamento per durata tempo da valutare. Informazioni al 348/3728575.

Causa limiti di età, affittasi studio dentistico a Bologna (zona San Donato), autorizzato e completamente attrezzato: due unità operative, radiologico, sala sterilizzazione, sala aspetto, reception, ufficio, piccola sala laboratorio, doppi servizi. Telefono 338/8889449.

Appartamento 72mq in via Pizzardi 19: trilocale 66mq (buono abitabile, ristrutturato 2001) + 18mq solaio (ristrutturato 2014, parquet, travi a vista). 2° piano luminoso, vista gradevole, affacci a NE e SE. Zona ottimale (vedi quotazioni), alto rendimento. Impianto elettrico certificato. Condominio 33euro/mese. Condizionatori Daikin. Eventualmente ammobiliato. Foto https://www.dropbox.com/sh/dmzzf7amgv784rz/AAAeedDJ3AIAVfgZtD7deazya?dl=0. Richiesta 215.000 euro trattabili. Tel o sms 345/4149349.

Poliambulatorio medico Agorà (ginecologia, odontoiatria, dietologia, flebologia....) autorizzato, dentro porta Lame (Via Giorgio Ercolani n° 10/C-8), offre a colleghi specialisti l'uso di locali con servizi di segreteria per giornate o mezze giornate. In particolare mancano queste branche: neurologia, psichiatria, psicologa, fisiatria, gastroenterologia, pediatria, cardiologia ed urologia. Per informazioni: tel. 051.557366 - Cell 348/6712133 - email: fabrizia.pierini@libero.it - coop.agramedica@gmail.com.

Vendesi: Lido di Spina villetta semiindipendente con triplice affaccio su ampio giardino di proprietà, con posti auto. Ampia metratura interna: soggiorno, cucinotto, tre camere dotate di armadi a muro, doppi servizi finestrati, lavanderia/ripostiglio; balcone coperto e terrazza, patio anteriore e posteriore (15 mq/cad). Predisposizione termo. Buono stato. Arredata. Info 347/4154228.

Pietramellara - Stazione Centrale signorile studio medico ristrutturato: attesa, bagno, studio. Piano primo con ascensore. Garage pubblico sottostante. Affitto a colleghi a euro 550/mese o vendo a euro 135.000. Tel. 051/440376 ore ufficio o 348/8126096.

Causa imminente cessazione attività per pensionamento, medico odontoiatra vende la seguente attrezzatura: n.02 Riuniti Sonar – n.01 Manipolo Telecamera 595 – n.02 seggiolini Spider Andy – n.01 Radiologico Expert – n.01 Autoclave Europa B – n.01 Radiologico Laser Kodak – n.01 Mantellina Radioprotezione – n.01 brucia aghi Nebur Plus – n.01 Laser Er: Yag e nd: Yag Fidelis Plus Fotona – n.01 Manipolo Laser Contatto – n.01 Manipolo Laser Distanza – n.03 occhiali protettivi laser – n.02 punte laser –n.01 lampada polimerizzatrice mini led Satelec – n.01 lampada polimerizzatrice Demetron a.2 – n.01 distillatore MH943 Tecnogaz – n.01 aspiratore/separatore amalgama Tecnogaz Cattani – n.01 compressore Durr Dental – n.01 incubatore De Marco – n.01 vibratore amalgama TacDental – n.01 sigillatrice Melaseal Melag – n.01 scrivania – n.01 libreria – Poltroncine sala attesa – Armadi – Armadietti – Strumenti vari odontoiatrici. Per informazioni, rivolgersi al n.051505535 oppure al n.336558173.

Poliambulatorio medico multispecialistico autorizzato sito in Bologna (zona Toscana) mette a disposizione di medici specialisti ambulatori per giornate o mezze giornate con eventuale servizio di segreteria. Per informazioni Tel. 051.441262 - e-mail: info@studiofavilli.net

Odontoiatra con esperienza decennale in conservativa, endodonzia, chirurgia estrattiva disponibile 1-2 gg a settimana per collaborazione a Bologna, Casalecchio di Reno. Per informazioni telefonare, ore pasti, al 3669397801.

Struttura accogliente in posizione strategica (vicino Ospedale S. Orsola e ben servita dai mezzi pubblici) mette a disposizione a medici specialisti, stanze uso studio medico per giornate o mezze gironate. I locali sono arredati e dotati di tutti i servizi inclusa segreteria e accoglienza pazienti. Prezzo personalizzato e proporzionato all'effettivo utilizzo. Per info e visite Tel. 051/301977.

Vendesi piattaforma laser Synchro HP in Bologna con modulo ND YAG + manipolo, marca DEKA, come nuova, appena revisionata. Applicazioni principali: fotoringiovanimento cutaneo non ablativo; fotoepilazione laser + luce pulsata; macchie cutanee superficiali; lesioni vascolari. Per info Tel. 051/246824 in orari d'ufficio.

Cerco collega per condivisione studio dentistico autorizzato Bologna stazione, 2 sale operative, sala sterilizzazione, 2 bagni, saletta macchine/laboratorio. Tel. 335/8112082.

Vendesi a Silvi Marina TE (Abruzzo) appartamento a 200 metri dal mare di 140 mq, situato al secondo piano di palazzina signorile con giardino e posto auto condominiale, composto da ampio salone con grande terrazzo vista mare, tre camere da letto in cui due con balcone, ampio soggiorno, cucina, 2 bagni. In buone condizioni. Per informazioni 335/7059281.

Poliambulatorio privato accreditato cerca medico per attività ecografica (prev. ECC Addome/vie urinarie e mammarie). Se interessati chiamare al 348/2288141.

Causa pensionamento affitto studio odontoiatrico, 2 unità operative, autorizzato e a norma. Avviamento trentennale, con clientela fidelizzata. Disponibile breve affiancamento. Prezzo interessante. Tel. 346.4909219. Ore serali dopo 20,00.

Imola (BO) - zona artigianale Pasquala affittasi palazzina ad uso ambulatorio medico o qualsiasi tipo di ufficio, mq 250 su due livelli, recentemente ristrutturato, impianti a norma, parcheggi auto. Per informazioni 348/2342033 Tabanelli

Studio medico in zona Massarenti-S. Orsola, a Bologna, mette a disposizione stanza/ambulatorio arredata, con sala d'attesa e bagno, per medici specialisti. L'ambulatorio è disponibile per singole/mezze giornate e/o per uso esclusivo. Per ulteirori informazioni chiamare il numero 338/9507589.

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

Medico Odontoiatra con esperienza trentennale anche in Implantologia, offre la propria collaborazione preferibilmente a Bologna e Provincia. Tel. 335/5431462.

## 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

# Poliambulatorio Privato

## Giardini Margherita

***Direttore Sanitario: Dr. Maurilio Missere***

| | |
|---|---|
| – ALLERGOLOGIA | ***Dr.ssa Parma Maddalena*** |
| – CARDIOLOGIA | ***Dr. Drago Gianmarco*** |
| | ***Dr. Marchetta Fausto*** |
| – CHIRURGIA GENERALE | ***Dr. Pistorale Antonio*** |
| – DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA | ***Dr.ssa Orsini Maria Grazia*** |
| – ECOGRAFIA | ***Dr. Affinito Domenico*** |
| | ***Dr. Missere Maurilio*** |
| – GINECOLOGIA/OSTETRICIA | ***Dr. Cassani Alberto*** |
| | ***Dr.ssa Alfieri Stefania*** |
| | ***Dr. Guida Gerardo*** |
| | ***Dr. Marino Silvio Antonio*** |
| | ***Dr. Traversa Gabriele*** |
| – FISIATRIA | ***Dr.ssa Moretti Gianna Laura*** |
| – MEDICINA DELLO SPORT | ***Dr.ssa Cavallari Fabrizia*** |
| – OCULISTICA | ***Dr. Morinelli Gaudenzio*** |
| | ***Dr.ssa Manzari Alessandra*** |
| | ***Dr. Galazzetti Muscinelli Alberto*** |
| – OTORINOLARINGOIATRA | ***Dr. Borghesi Francesco*** |
| | ***Dr. Giorgi Giuseppe*** |
| | ***Dr. Montanari Fabio*** |
| – UROLOGIA | ***Dr. Bercovich Eduard*** |
| | ***Dr. Comerci Francesco*** |
| – PUNTO PRELIEVI | |
| – MEDICINA DEL LAVORO | ***Dr. Missere Maurilio*** |
| | ***Dr.ssa Venturi Silvia*** |
| | ***Dr.ssa Belisario Adele*** |
| | ***Dr.ssa Concordia Alessandra*** |
| | ***Dr.ssa Lo Torto Regina*** |
| | ***Dr.ssa Maggi Sara*** |
| | ***Dr.ssa Sifaky Evangelia*** |

You Tube

Instagram

Google+

Seguici su Facebook


***CONTATTI***

***Personale Segreteria: Alice T. – Michela G.***

Sede: Via Santo Stefano 103 – Bologna

**Tel/Fax : 051. 48 42 736**

segreteria@fondazionectr.it

http://www.poliambulatoriogiardinimargherita.it/


***CONVENZIONATI CON LE PRINCIPALI CASSE MUTUE ASSISTENZIALI*** 2775/GP/cb

CKF Company

# POLIAMBULATORI PRIVATI CENTRI KINESI FISIOTERAPICI DI GIORNO

## MEDICAL CENTRE GROUP

### ORTHOPEDIC AND SPORTS REHABILITATION

BOLOGNA - ROMA - LAMEZIA TERME

# SPECIALISTICA - DIAGNOSTICA - RIABILITAZIONE

CONVENZIONI DIRETTE / INDIRETTE:

A.C.A.I. - ACI -ACLI - AEROPORTO DI BOLOGNA - AGA INTERNATIONAL - ALIBERF-SITAB - A.L.I.CE - ANACI - ANCOS CONFARTIGIANATO - A.N.U.P.S.A. APE BOLOGNA - ARCO CONSUMATORI - ASSIRETE/UNI.C.A. - ASSOCIAZIONE NAZIONALE CARABINIERI IN CONGEDO BOLOGNA ASSOCIAZIONE ISTITUTO CARLO TINCANI - BLUE ASSISTANCE - BOLOGNA RUGBY 1928 - CAMPA - CAMST - CASAGIT SERVIZI CONFCOMMERCIO - C.A.S.P.I.E. CIRCOLO HERA - CGIL - CISL - CLINISERVICE - CNA - CONFCOMMERCIO/PIÙ SHOPPING - CONFESERCENTI - COOPERATIVA EDIFICATRICE ANSALONI CRAL C.R.I. - CRAL INPS - CRAL R.E.R. - C.S.A. INTESA - CUSB - DAY MEDICAL - DKV SALUTE - ELVIA ASSISTANCE - EUROPE ASSISTANCE F.A.B.I. FASDAC FASI - FASI ALL - FASIOPEN - FIALS - FILO DIRETTO - FIMIV - FIPAC - FISDE - FISDE EDISON - GOLF CLUB BOLOGNA - HELP CARD INPDAPOLTRE - INTERPARTNER ASSISTANCE - LIONS CLUB - LLOYD ADRIATICO - MAPFRE WARRANTY - MEDIC4ALL ITALIA MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - MONDIAL ASSISTANCE - MUTUA NUOVA SANITÀ - MY ASSISTANCE - NEW MED - ORDINE GEOLOGI, INGEGNERI, VETERINARI P.A.S. - PREVIMEDICAL - PRIME - QUAS - ROTARY CLUB - SANICARD - SARA ASSICURAZIONI - SCI CLUB BOLOGNA - SILP-CGIL - SINT SELECARD SIULP BOLOGNA - CTB CIRCOLO TENNIS BOLOGNA - TENNIS CLUB AEROPORTO BOLOGNA - TUTTO BIANCO A.S.D. UIL - UILT UNIONE ITALIANA LIBERO TEATRO - UNISALUTE - U.N.U.C.I. - UPPI - WAITALY - WELCOME ASSOCIATION ITALY

## RIABILITAZIONE ARTICOLARE E DEL RACHIDE

### RIABILITAZIONE PRE-POST CHIRURGICA E CONSERVATIVA

**Recupero delle paralisi dell'arto superiore e inferiore e trattamento delle pseudo-artrosi dell'arto superiore e inferiore, delle lesioni della cuffia dei rotatori, delle lussazioni recidivanti, delle periartrite calcifiche della spalla, della traumatologia della spalla, del gomito, del polso, della mano, del rachide, dell'anca, del ginocchio, della tibio-tarsica e del piede. Trattamento della patologia reumatica infiammatoria e nervosa, tendinea ed articolare, delle entesopatie, sindromi canalicolari, Dupuytren e lesioni tendinee.**

## FKT E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

### PATOLOGIE ACUTE E CRONICHE ORTOPEDICHE, TRAUMATOLOGICHE, REUMATICHE, NEUROLOGICHE, CARDIO-VASCOLARI E RESPIRATORIE

**Onde d'Urto Focali, Onde d'Urto Radiali, Laser EXAND, Laser Neodimio/YAG, Crioterapia Cryo 6, Laser CO2, Tecarterapia, Ipertermia, T.E.N.S.-Algonix, Bemer Terapia, Smart Terapia Shock Termico-Dinamico Controllato, Magnetoterapia, Elettrostimolazioni Compex, Correnti diadinamiche, Correnti interferenziali, Correnti faradiche, Correnti galvaniche, Idrogalvanoterapia, Ionoforesi, Infrarossi, Ultrasuoni, Radarterapia, Paraffinoterapia, Massaggi, Massaggio di Pompage, Massaggio di Linfodrenaggio Manuale, Trazioni Vertebrali meccaniche e manuali, Kinesiterapia, Riabilitazione funzionale, Rieducazione neuromotoria, Riabilitazione cardio-vascolare e respiratoria, Riabilitazione Pavimento Pelvico - Incontinenza - Impotenza Manipolazioni Vertebrali ed Articolari Manu Medica, R.P.G. Rieducazione posturale globale, Mèziéres, Osteopatia, Ginnastica Propiocettiva e respiratoria, Test Stabilometrico, Isocinetica, Test Isocinetico, Pancafit, Pedana vibrante, Terapia manuale.**

CENTRO D'ECCELLENZA PER LA TERAPIA CON ONDE D'URTO FOCALI

Terapie Fisiche e Riabilitative Domiciliari

SPINE CENTRE Centro per la valutazione e la terapia delle patologie vertebrali

**Dott. Lucio Maria Manuelli** Direttore Sanitario

*Gli orari del Poliambulatorio: dal lunedì al venerdì orario continuato 8,00 - 20,00 • Sabato 8,00 - 14,00*

Poliambulatori Privati CKF Di Giorno - Medical Centre Group
Bologna: Piazza dei Martiri, 1/2 - Tel. 051 249101 (r.a.) - Fax 051 4229343
Roma: Via Alessandro Torlonia, 15/A - Tel. 06 68803784
Lamezia Terme: Via Giuseppe Garibaldi, 49 - Tel. 0968 25089

a.digiorno@ckf-digiorno.com direzionesanitaria@ckf-digiorno.com
bologna@ckf-digiorno.com roma@ckf-digiorno.com lamezia@ckf-digiorno.com
segreteria@ckf-digiorno.com pec@pec.ckf-digiorno.com

www.ckf-digiorno.com

**Alfonso Di Giorno** Direttore Generale