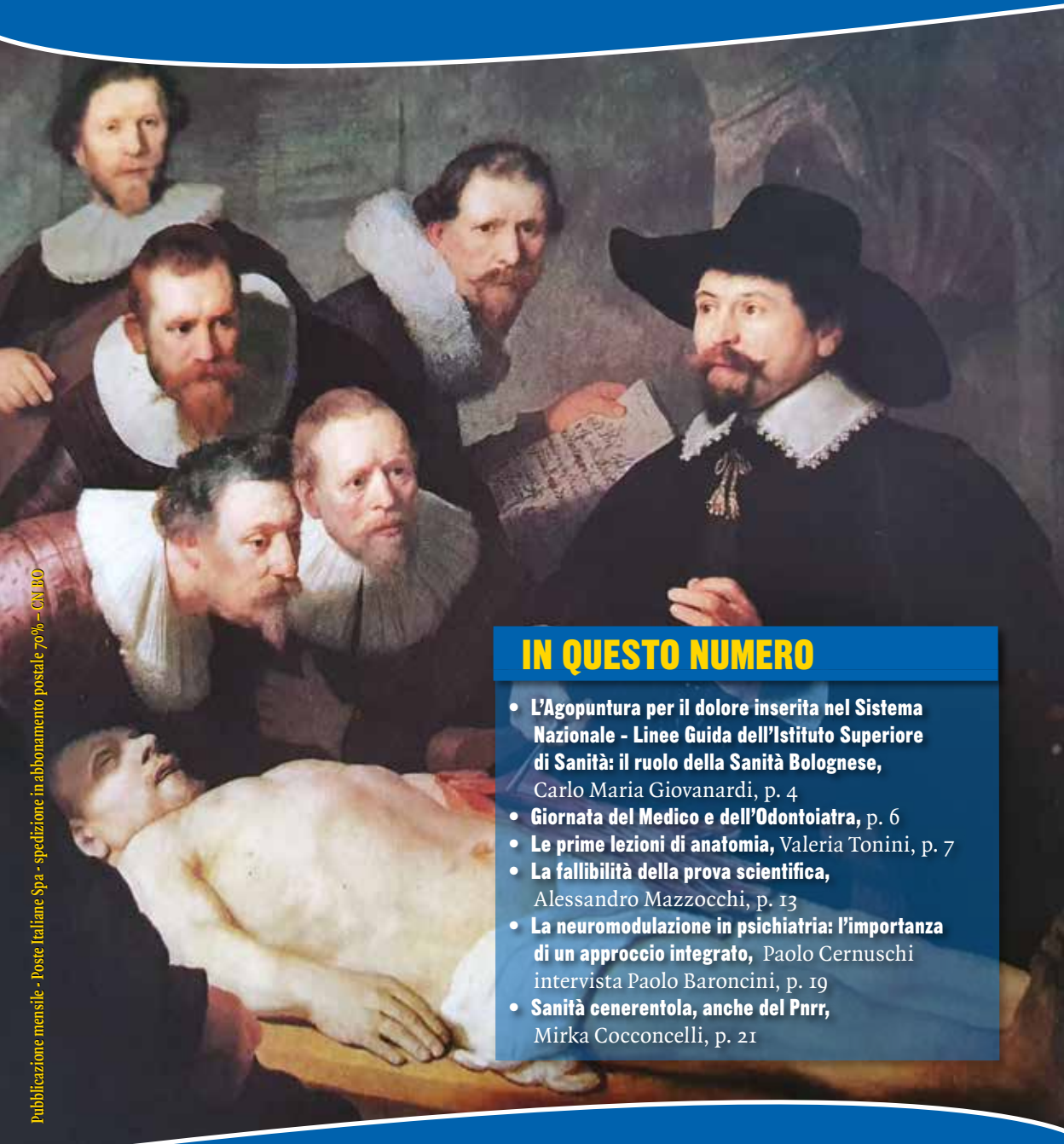
Bollettino Notiziario

anno LIII - N° 9 settembre 2022



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

IN QUESTO NUMERO

- **L'Agopuntura per il dolore inserita nel Sistema Nazionale - Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità: il ruolo della Sanità Bolognese,** Carlo Maria Giovanardi, p. 4
- **Giornata del Medico e dell'Odontoiatra,** p. 6
- **Le prime lezioni di anatomia,** Valeria Tonini, p. 7
- **La fallibilità della prova scientifica,** Alessandro Mazzocchi, p. 13
- **La neuromodulazione in psichiatria: l'importanza di un approccio integrato,** Paolo Cernuschi intervista Paolo Baroncini, p. 19
- **Sanità cenerentola, anche del Pnrr,** Mirka Cocconcelli, p. 21

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*)

VILLA RANUZZI

via Casteldebole, 12
40132 Bologna
tel 051 613 76 11
fax 051 613 76 19
info@villaranuzzi.it
www.villaranuzzi.it

VILLA SERENA

Via Toscana, 219
40141 Bologna
tel 051 47 70 01
tel 051 48 11 94
info@villaserena-bo.it
www.villaserena-bo.it

Villa Ranuzzi e Villa Serena accolgono anziani non più autosufficienti mettendo a disposizione posti privati di Casa Protetta/RSA. Assistenza personalizzata con un servizio di animazione qualificato, fisioterapia in palestre attrezzate, presenza medica anche di notte e nei festivi. Tariffe differenziate. No lista d'attesa.

CONSORZIATE E ASSOCIATE CON

CERTIFICATE

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Anaste
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ

E.C.H.O.

Seguici su facebook

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Vittorio Lodi

CAPO REDATORE
Dott. Paolo Cernuschi

REDAZIONE
Abbati Dott. Pietro
Catellani Dott. Stefano
Cupardo Dott. Marco
Dugato Dott. Andrea
Fini Dott. Oscar
Gentili Dott. Andrea
Giordani Dott. Stefano
Lumia Dott. Salvatore
Manneschi Dott. Valdimaro
Pileri Prof. Stefano
Tonini Dott.ssa Valeria

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 Agosto 2022 è stato consegnato in posta il giorno 23/09/2022

Direzione, redazione e amministrazione:

via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna

Tel. 051 399745

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO LIII - SETTEMBRE 2022 N° 9

ARTICOLI

Richiamo alla prevenzione in epoca post pandemica • **3**

L'Agopuntura per il dolore inserita nel Sistema Nazionale - Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità: il ruolo della Sanità Bolognese • **4**

Giornata del Medico e dell'Odontoiatra • **6**

Le prime lezioni di anatomia • **7**

L'ingresso alla professione dei giovani medici: la Tesi di Laurea • **11**

La fallibilità della prova scientifica • **13**

La neuromodulazione in psichiatria: l'importanza di un approccio integrato • **19**

Sanità cenerentola, anche del Pnrr • **21**

NOTIZIE • **25**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **25**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **25**

CONVEGNI E CONGRESSI • **26**

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • **26**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

In copertina:

La lezione di anatomia del professor Tulp
Rembrandt (1606-1669)
Museo Mauritshuis, l'Aia

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. BAGNOLI LUIGI

Vice Presidente
Dott. PIZZA GIANCARLO

Segretario
Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Tesoriere
Dott. LODI VITTORIO

Consiglieri Medici
Dott. BONVICINI ANDREA
Dott. CUPARDO MARCO
Dott.ssa ESQUILINI ANNA
Prof. LIGUORI ROCCO
Dott. LUMIA SALVATORE
Dott. MASOTTI MASSIMO
Dott.ssa PIRAZZOLI ALESSANDRA
Prof. PRATI CARLO
Dott.ssa SCHLICH GIULIANA
Prof. TREVISANI FRANCO
Prof. ZAFFAGNINI STEFANO

Consiglieri Odontoiatri
Dott. BONDI CORRADO
Dott. RUBINI GIOVANNI

Commissione Albo Medici

Presidente:	Dott. LUMIA SALVATORE
Vice Presidente:	Dott. CUPARDO MARCO
Segretario:	Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente:	Dott. CORRADO BONDI
Vice Presidente:	Dott. RUBINI GIOVANNI
Segretario:	Dott. AVANZINI GIAMPAOLO
Componenti:	Dott. CICOGNANI SIMONCINI FRANCESCO
	Dott. MEDI MASSIMILIANO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente:	Dott.ssa ELISA FABBRI
Componenti:	Dott. ABBATE GUIDO GIUSEPPE
	Dott. GIORDANI STEFANO
Supplente:	Dott. ZATI ALESSANDRO

Richiamo alla prevenzione in epoca post pandemica

Vittorio Lodi

Nelle giornate dal 21 al 23 settembre a Roma presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, che svolge il ruolo di coordinatore, si è svolto un incontro nell'ambito del progetto Prophet, finanziato dal programma Horizon Europe della Commissione Europea. Il progetto ha lo scopo di coinvolgere varie organizzazioni sociali, sanitarie, politiche ed individui per giungere alla definizione di un'agenda che possa dettare un percorso comune volto all'adozione di modalità preventive personalizzate nei diversi sistemi sanitari dell'UE. È stata portata una stima di 900 mila morti ogni anno a livello EU, causate da fattori di rischio che possono essere almeno in gran parte prevenuti. Il fine del progetto Prophet è quello adottare interventi il più possibile mirati sulle esigenze del singolo e in grado di tenere conto di dati biologici, ambientali, comportamentali, in rapporto anche a specifici contesti socioeconomici e culturali. Si sottolinea ancora una volta come sia necessario prevenire le malattie intervenendo sulla persona prima che trattare le malattie. In questo senso diagnosi precoce e partecipazione attiva del cittadino sono parte essenziale del percorso di prevenzione.

Alla base, ovviamente, la fiducia tra cittadino e sistema sanitario o, meglio ancora, tra cittadino e medico e personale sanitario dedicato agli interventi di prevenzione.

In previsione della prossima stagione influenzale (il virus è già stato rilevato anche nella nostra città, nuovo ceppo B/Austria/1359417/2021-like virus - lineaggio B/Victoria) che si attende essere più pesante rispetto agli ultimi anni (dati emisfero australe), una ricerca condotta da Human Highway per Assosalute documenta come circa il 38% della popolazione si dichiari favorevole alla vaccinazione antinfluenzale, con un picco massimo tra massimi tra gli over 65, dove 2 su 3 intendono vaccinarsi, mentre circa il 42% la ritiene inutile, riferendo di ammalarsi raramente e in modo lieve.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-19 riportano, tra gli obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio.

La pandemia COVID-19 ci ha mostrato come la vaccinazione (prevenzione primaria) sia efficace ma come, per ottenere ciò, sia necessario basarla su indicazioni chiare, trasparenti e ben comprensibili.

Come proposto dal progetto Prophet gli interventi preventivi devo essere mirati alle esigenze del singolo, basandosi su un'attenta valutazione di dati biologici, ambientali, comportamentali, socioeconomici e culturali.

L'Agopuntura per il dolore inserita nel Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità: il ruolo della Sanità Bolognese

Carlo Giovanardi*

Lo scorso luglio l'agopuntura è stata inserita nel Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità: "l'Agopuntura nel trattamento del dolore".
Il documento è stato proposto dalla Federazione Italiana delle Società di Agopuntura - FISA, società scientifica accreditata presso il Ministero della Salute ed elaborato con il supporto di consulenti esterni, tra cui i ricercatori dell'Istituto di Ricerche farmacologiche Mario Negri IRCCS di Milano.
Un lavoro autofinanziato durato tre anni che ha permesso la sintesi delle evidenze disponibili e la produzione delle linee guida attraverso l'utilizzo del rigoroso metodo GRADE.
È stata evidenziata una maggiore efficacia dell'Agopuntura rispetto ai farmaci nella profilassi dell'emicrania cronica ed episodica con un grado di certezza moderata e con un profilo di sicurezza nettamente a favore dell'Agopuntura.
Buoni risultati anche per la lombalgia cronica aspecifica rispetto al trattamento combinato farmacologico e non farmacologico, anche in questo caso con un grado di certezza moderato.
L'inserimento dell'agopuntura all'interno del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità la rende di fatto una terapia non più ignorabile nella pratica medica quotidiana, in particolare nelle sopracitate patologie che hanno un forte impatto sociale sia in termini di qualità della vita dei pazienti sia per i relativi costi.
L'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione si accompagna tuttavia ad un aumento di anni vissuti con disabilità. I pazienti sono spesso sottoposti a politerapie farmacologiche e ai relativi effetti collaterali. Ciò impone sempre più l'utilizzo di terapie non farmacologiche come l'Agopuntura, pressoché prive di effetti collaterali quando eseguite da personale medico adeguatamente preparato.
L'offerta pubblica di Agopuntura è purtroppo ancora insufficiente e con importanti diseguaglianze nella distribuzione tra Nord e Sud.
Sono 298 i servizi pubblici di agopuntura censiti dal Ministero della Salute e dalla Federazione Italiana delle Società di Agopuntura, così distribuiti: 177 al Nord, 94 al centro, 16 al Sud e 11 nelle isole.
Sempre più numerosi sono i lavori pubblicati che evidenziano come l'Agopuntura abbia un rapporto costo-efficacia favorevole, elemento che dovrebbe essere preso fortemente in considerazione dai nostri decisori in politica sanitaria anche a fronte di costi sempre più alti e scarsità di risorse.
L'emicrania e la lombalgia cronica aspecifica sono solo le prime due patologie prese in considerazione dalla Federazione Italiana delle Società di Agopuntura.
È intenzione della Federazione implementare queste linee guida vagliando l'efficacia dell'Agopuntura non solo in altre patologie dolorose, ma anche ad esempio nella riduzione degli effetti collaterali delle terapie oncologiche (chemioterapia e radioterapia), dove l'Agopuntura ha dimostrato una potenziale efficacia e chiara sicurezza tanto da essere inserita di routine nei reparti di oncologia integrata nei principali ospedali di tutto il mondo.

È da ricordare che i componenti i panels erano tutti professionisti della sanità bolognese. Un ringraziamento particolare al Prof. Cesare Faldini, alla Prof.ssa Maria Grazia Benedetti, al Prof. Alberto Di Martino, alla Dott.ssa Manuela Campesato, alla Dott.ssa Sabina Cevoli, al Dott. Antonio Culcasi, al Dott. Fabio Gentili, al dott. Annunzio Matrà, al Dott. Umberto Mazzanti, alla Dott.ssa Alessandra Poini, al Dott. Francesco Ursini e alla Dott.ssa Giulia Pierangeli tra i revisori esterni.

Per consultazione Linee Guida: https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2022/07/LG-412_FISA_Agopuntura-per-terapia-dolore.pdf
www.agopuntura-fisa.it

Dott. Carlo Maria Giovanardi

Presidente Federazione *Italiana delle Società di Agopuntura - FISA -*
Presidente Associazione Medici Agopuntori Bolognesi - AMAB

COLIBRÌ®

Ai Colli

PRESIDIO OSPEDALIERO 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
- Psicologia Clinica

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061
Sito internet: ***www.aicolli.com*** E-mail: ***casadicura@aicolli.com***
40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

Giornata del Medico e dell'Odontoiatra

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna in onore dei colleghi che hanno compiuto, nel 2022, il cinquantesimo di laurea, ha organizzato una cerimonia il

4 dicembre 2022 alle ore 10.00
presso il SAVOIA HOTEL REGENCY,
Via del Pilastro, 2 - Bologna.

I Medici che hanno compiuto nel 2022 il 50° anno di Laurea verranno insigniti della **Medaglia d'Oro di benemerenza** e consegnata una Pergamena per i Medici che compiono il 60° di Laurea.
I neo iscritti pronunceranno il Giuramento Professionale.

ELENCO PREMIATI 50° DI LAUREA

1. ALDERUCCIO DOTT. BIAGIO
2. AZZOLINI DOTT. UMBERTO
3. BALLETTI DOTT.SSA LILIANA
4. BARDELLI DOTT.SSA GRAZIA
5. BARDINI DOTT. PAOLO
6. BARONCINI DOTT.SSA SIMONETTA
7. BENTIVOGLI DOTT.SSA MARISA
8. BERNARDI PROF. MAURO
9. BIASCO PROF. GUIDO
10. BONAZZI DOTT. ALBERTO
11. BONURA DOTT. ANTONINO
12. BONVICINI PROF. MARCO
13. BORIANI PROF. FRANCO
14. BROCCOLI DOTT. PIER LUIGI
15. BUCCELLETTI DOTT. LUIGI
16. BUCOLO DOTT. CARMELO
17. CACCIARI PROF. MAURO
18. CAMOLESE DOTT.SSA LAURA
19. CANINI DOTT.SSA LEA
20. CAPRARA DOTT. CLAUDIO
21. CASADEI DOTT. MALDINI MARIO
22. CASSANI DOTT. ALBERTO
23. CASTELLAZZI DOTT. STEFANO
24. CIACCI DOTT. QUINTO
25. CINOTTI DOTT.SSA RENATA
26. CIONI DOTT. ALFREDO
27. COLOMBO DOTT.SSA ELENA
28. COMASTRI DOTT. MARCO
29. CORDIOLI DOTT.SSA ELVIRA
30. CORNIA PROF. GIANLUCA
31. COSTA DOTT.SSA ANGELA MARIA
32. COTTI DOTT.SSA PAOLA
33. CREMONINI DOTT. ANGELO
34. CUZZOCREA DOTT. DIEGO ETTORE
35. DAL MONTE DOTT. ALBERTO
36. DE FABRITIIS DOTT. ARCANGELO
37. DE STEFANO DOTT. PAOLO EMILIO
38. D'ELIA DOTT. NICOLA
39. DI DOMENICO DOTT. MARCO
40. DI LORENZO DOTT. PIETRO
41. DONATO DOTT. SALVATORE
42. DREI DONA' DOTT. DIEGO
43. ERCOLANI PROF. MAURO
44. FIOCCHI DOTT.SSA MANUELA
45. FRANCHINA PROF. MICHELE
46. FUGA PROF. GIOVANNI
47. GALAVOTTI DOTT. BRUNO
48. GALLERI DOTT. COSTANTINO
49. GEROCARNI DOTT. SALVATORE
50. GHIGI PROF. GINO
51. GIROTTI DOTT. FEDERICO
52. GRECO DOTT. AROLDO
53. GUBBINI DOTT. GIAMPIETRO
54. IANNINI DOTT.SSA ANNA MARIA
55. KOMEL DOTT. PIETRO
56. LA ROSA DOTT. ROSARIO
57. LANDINI DOTT. SILVANO
58. LESI DOTT. CARLO
59. LIBERATI DOTT.SSA ANNA MARIA
60. LIBRI DOTT. ROLANDO
61. LONDEI DOTT. MAURIZIO
62. LONGO DOTT.SSA NICOLETTA
63. MACCAGNANI DOTT. SANDRO
64. MANINI DOTT. GIANLUCA
65. MARCACCI PROF. MAURILIO
66. MARCONI DOTT. FRANCO
67. MARIANI CERATI DOTT.SSA DANIELA
68. MARINELLI PROF. GIUSEPPE
69. MASINA DOTT. ALCESTE
70. MIKUS DOTT. PIERO MARIA
71. MINORE DOTT. GIANCARLO
72. MORUZZI DOTT. PAOLO
73. NEGOSANTI PROF. MASSIMINO
74. PALMIERI DOTT. PAOLO
75. PALMIERI DOTT. VITTORIO
76. PAOLUCCI DOTT. PAOLO
77. PASSARELLI DOTT. BERARDINO
78. PAZZAGLIA DOTT.SSA BRUNA
79. PEDRINI DOTT. LUCIANO
80. PERRONE DOTT. ANTONINO
81. PIERANTOZZI DOTT.SSA MARIANGELA
82. PIOLA DOTT.SSA LIA
83. PIZZA DOTT. GIANCARLO
84. POGGI DOTT.SSA VALERIA MARINELLA
85. POLI DOTT. GABRIELE
86. RICCI DOTT. PIETRO
87. RIMONDI DOTT.SSA SILVANA
88. RIZZI DOTT.SSA CLAUDIA
89. RIZZI DOTT. GIAMPAOLO
90. ROMAGNOLI DOTT. GIANCARLO
91. ROMANO DOTT. ANTONIO
92. ROSSI DOTT.SSA CRISTINA
93. RUBINO DOTT. GIUSEPPE
94. SACQUEGNA DOTT. TOMMASO
95. SALARDI PROF.SSA SILVANA
96. SANCISI DOTT.SSA LUISA
97. SANTANGELO DOTT. MASSIMO
98. SANTELMO DOTT.SSA AGNESE
99. SANTORO DOTT. ANTONIO
100. SANTUCCI DOTT.SSA MARIA ALESSANDRA
101. SEVERINI DOTT. GIUSEPPE
102. SILLICO DOTT.SSA GRAZIA MARIA
103. SPAGNUOLO DOTT. PAOLO
104. SPECCHIA DOTT. LUIGI
105. SQUATRITO DOTT. SALVATORE
106. STASI DOTT. GIOVANNI
107. STELLA PROF. ANDREA
108. TAGARIELLO DOTT. CARLO
109. TIBALDI DOTT. STEFANO
110. TOMASSETTI PROF. VINCENZO
111. TOMMASINA DOTT.SSA PATRIZIA
112. TOSCHI DOTT.SSA MORENA
113. TRISOLINO DOTT. GIUSEPPE
114. VALENZANO DOTT. ROSSANO
115. VANCINI DOTT. MASSIMO
116. VASAPOLLO PROF. DOMENICO
117. VENTURI DOTT. BRUNELLO
118. ZAPPULLA PROF. FRANCO
119. ZAULI PROF.SSA DANIELA
120. ZIOSI DOTT. ANGELO
121. ZIZZI DOTT. FABIO

ELENCO PREMIATI 60° DI LAUREA

1. AMBROSIONI DOTT. ETTORE
2. BARBIROLI PROF. BRUNO
3. BERNARDI PROF. PASQUALE
4. CALICETI DOTT.SSA GIULIANA
5. DAMILANO PROF. STEFANO
6. FIORE PROF. ENRICO
7. FIORENTINI PROF. PIERO
8. FORTUNATO DOTT.SSA ANGELA
9. FRONTINI DOTT.SSA GISELLA
10. LAUDADIO DOTT. PASQUALE
11. LEGNANI DOTT. LAMBERTO
12. LUCANO DOTT. DOMENICO
13. MANZONI DOTT. GIANCARLO
14. MEDURI PROF. RENATO
15. NERI DOTT. CARLO ALBERTO
16. PIRAZZOLI DOTT.SSA TATIANA LUCIA MARTA
17. PONZONI DOTT. GIUSEPPE
18. REGGIANI PROF. ALBERTO
19. SGARZI DOTT. ROBERTO
20. SOVERINI DOTT. STEFANO
21. TIRELLI PROF. RODOLFO
22. VILLANI DOTT. UMBERTO
23. ZINGHI PROF. GIANFRANCO

Le prime lezioni di anatomia

Valeria Tonini

La casa di mia zia era una grande casa di campagna a Pieve del Pino, con i muri sgretolati, la stalla e il fienile. A quei tempi, anche se eravamo a pochi chilometri da Bologna, intorno c'erano i campi di grano, l'orto, la vigna e tanti animali. Adesso quella casa, in cui abita mia cugina, è una villa con piscina e un grande giardino con tanti fiori. Lo cura un giardiniere, uno di quelli specializzati. Il fienile e la stalla sono stati trasformati in un elegante salone. Una parete è stata sostituita da una grande vetrata e da lì ci si gode una vista strepitosa sulle colline e sui calanchi. Un tempo fra la casa, la stalla e il fienile, c'era una grande aia con le sedie appoggiate al muro, dove i grandi la domenica si sedevano a parlare, mentre noi bambini giocavamo. Allora non c'erano i cellulari, non c'era WhatsApp e nemmeno Facebook e i grandi, soprattutto nelle giornate di sole, stavano ore lì fermi a chiacchierare. Non che parlassero di cose importanti, dicevano anche tante fesserie, però parlavano. Parlavano tanto. E ridevano anche tanto, mentre Dario continuava a riempire i bicchieri con il vino fatto da lui, con l'uva della vigna. Quando lo versava, spumava come lo champagne e aveva lo stesso colore dorato del sole a tramonto. Noi bambini lo potevamo solo assaggiare. Un dito però, soltanto un dito e ci sentivamo già grandi.

Andare a casa della zia, per me che abitavo nel centro di Bologna, era come entrare nel mondo delle fiabe. Ricordo io e mia sorella Paola che camminiamo in mezzo ai filari della vigna, le nostre scarpe che affondano nella terra marrone appena arata, la luce magica di certi pomeriggi di settembre, i grappoli dell'uva che cominciano a maturare in mezzo alle foglie e Dario che, non so perché, ci spruzza sopra il verderame. "Quello è veleno e chi mangia l'uva senza lavarla, muore" diceva la mamma. Sembrava di essere nella favola di Biancaneve, solo che lì il veleno sull'uva non lo metteva la matrigna cattiva, ma Dario. Ma perché lo faceva? A chi era destinato quel veleno? mi chiedevo mentre lo guardavo spingere con foga su quella maledetta pompa.

Erano bellissime le domeniche dalla zia. Non sarei più tornata casa. C'erano i cugini con cui giocare e poi c'erano tanti animali. Le mucche erano enormi e io e Paola quando entravamo nella stalla ci tenevamo per mano perché avevamo paura. Era bello guardare Dario mentre le mungeva, e il latte che spruzzava fuori caldo dalle mammelle e finiva nel secchio. Peccato che non lo si potesse bere appena munto, quando era ancora tiepido. "Bisogna prima bollirlo, se no si prendono le malattie." Diceva la mamma. Ma Dario, di nascosto, ce lo faceva assaggiare. "Però non ditelo a nessuno. Mi raccomando." Era buonissimo. Aveva ancora l'odore della stalla, del fieno, della paglia bagnata. E anche il sapore delle cose proibite, che è un sapore incredibilmente affascinante. Quando veniva bollito non era più così buono, però sopra si formava uno strato di panna alto due dita che spalmata sul pane della zia, cotto nel forno a legna, era sublime.

Oltre alle mucche, c'erano anche tanti altri animali. I maiali e a volte anche i maialini. Si rotolavano nella terra e nei loro escrementi e tutto quel rosa diventava beige e poi marrone. Ma anche così sporchi facevano un'immensa tenerezza e veniva la voglia di abbracciarli, anche quando dovevamo tapparci il naso per la puzza.

Appoggiate alla parete del fienile, c'erano le gabbie dei conigli. Stavamo ore lì a osservarli mentre mangiavano le carote e l'insalata che gli passavamo attraverso i buchi della rete. Ci guardavano curiosi da dietro le sbarre con i loro occhietti rossi, mentre continuavano ad arricciare il naso e a sventolare le lunghe orecchie. Chissà cosa stavano pensando e cosa avrebbero voluto dirci.

Di gatti poi, ce n'erano un'infinità, appollaiati in ogni angolo. Non erano tutti della zia, ma venivano a mangiare lì anche quelli selvatici, perché lei gli lasciava delle ciotole qua e là con gli avanzi del cibo. La zia voleva bene agli animali, ma a modo suo. Ad esempio, non voleva che entrassero in casa. "Gli animali sono animali e debbono rimanere fuori." I momenti più emozionanti erano quando nascevano i gattini. Stavamo immobili a guardarli mentre prendevano il latte dalla mamma. E poi li prendevamo in braccio e giocavamo con loro per ore. Il nostro più grande desiderio era quello di portarcene uno a casa, ma la mamma era irremovibile. "In città non si possono tenere gli animali. Quando volete vederli veniamo qui." Ma non era la stessa cosa giocare con un gatto e averne uno tutto nostro. Provammo più volte a nasconderlo in macchina, ma era impossibile tenerlo fermo e in silenzio senza che il babbo e la mamma se ne accorgessero. Provammo anche a procurarci un sonnifero ed ebbi anche la diabolica idea di sospendere il gatto sotto alla macchina con delle corde, ma per fortuna entrambe le imprese fallirono. Da bambina ero molto fantasiosa e le mie idee non erano solo strane, ma anche pericolose. Paola era sempre d'accordo e in due era tutto più divertente.

Il mondo della zia non era però così bucolico come l'ho descritto fin qui. Fuori dalla casa, legato alla catena, c'era Black, il cane da guardia. La catena era corta, ma l'ultimo anello veniva fatto scorrere su un filo di ferro teso tra la casa e il fienile, per far sì che si potesse muovere. Una ventina di metri in tutto, sempre gli stessi venti metri, che Black percorreva avanti e indietro, tutti i giorni, giorno dopo giorno. Vicino al fienile era stata costruita una piccola baracca di legno e di notte o quando faceva freddo, o pioveva andava a ripararsi lì dentro. Ma in inverno là fuori faceva parecchio freddo e mi ricordo che quando diventò vecchio non camminava quasi più per i reumatismi. Un tempo gli animali, soprattutto nel mondo contadino, venivano trattati in modo molto diverso da adesso. Nelle nostre eleganti case di città sono ormai diventati i nostri bambini e se potessimo li metteremmo a tavola con il tovagliolo o a letto con il pigiama. Ma sono passati molti anni da allora... Black non era per niente affettuoso ed era anche molto aggressivo e se qualcuno si avvicinava, lui subito abbaiava e si lanciava addosso digrignando i denti. Quando scendevamo dalla macchina, la zia si precipitava a legare la catena a un gancio e mi diceva di stargli lontano. Black rimaneva lì inchiodato contro il muro e ci guardava con i suoi occhi di fuoco. E abbaiava, abbaiava. Non smetteva mai di abbaiare. E io avevo paura. Mi ricordo che un paio di volte era anche riuscito ad acchiappare una gallina che gli era passata un po' troppo vicino e se l'era mangiata, lasciando le penne per terra.

Di fianco al fienile c'era la gabbia dei bracchi. Ho ancora davanti a me i loro occhi malinconici che mi guardano da dietro alle sbarre. Stavano chiusi là dentro tutta la settimana e uscivano solo la domenica, quando mio zio e i miei cugini andavano a caccia. Ricordo l'allegria di certe serate, quando tornavano a casa con le sporte piene di lepri e di fagiani, che venivano appoggiati sul tavolo di cucina con le teste penzolanti e i corpi già rigidi della morte. E allora per festeggiare, su quello stesso tavolo, si apriva un salame e lo si mangiava tutti insieme con il pane caldo appena sfornato dalla zia e il vino di Dario, che spumeggiava dentro i bicchieri.

Ogni volta che vado al Louvre, mi precipito subito nella sezione dei pittori fiamminghi e rimango ore lì a guardare tutti quei quadri di natura morta. Non vorrei più andarmene. Mi sono chiesta molte volte perché provo così piacere davanti a certe immagini così truculente, con animali sgozzati e sanguinolenti. Un gusto direi sadico, di cui non trovavo dentro di me una spiegazione. Solo da poco ho capito il motivo. Perché mi ricordano quelle sere a casa della zia e quel tavolo su cui, assieme alla selvaggina, veniva appoggiata la roba da mangiare e allora di fianco alla lepre e agli uccelli morti c'era il cesto della frutta e quello della verdura e la bottiglia del vino e la ciambella appena uscita dal forno e spesso un bicchiere con le margherite e le viole che noi bambini racco-

glievamo nel prato. Che splendidi quadri di natura morta mi sono rimasti nella testa. Come quelli del Louvre e anche più belli. Peccato non averli potuti dipingere o almeno fotografarli. Ma chi ci pensava allora a queste cose. Le cose allora si vivevano e basta, senza l'ansia di volerle a tutti i costi conservare. Perché tanto nella vita non si conserva niente e tutte quelle foto che abbiamo nel cellulare non servono a nulla. Adesso su quello stesso tavolo, sapientemente restaurato e in bella mostra nell'elegante salone di mia cugina, non ci sono più gli animali morti e nemmeno le margherite. Ci sono computer, cellulari e molti altri apparecchi elettronici. Forse non era quella la natura morta, ma questa.

Quando nascevano i pulcini, Dario ce li metteva in mano, appena usciti dal guscio. Erano ancora bagnati e quasi non respiravo dall'emozione. Dopo poco zampettavano incerti dietro alla mamma chioccia e poi crescevano, crescevano in fretta, fino a diventare la cacciatora di pollo che la domenica preparava la zia e di cui mio padre andava ghiotto. La osservavo mentre entrava furtiva nel pollaio e afferrava veloce il primo pollo che le passava per le mani. La guardavo con gli occhi sbarrati, mentre gli tirava il collo e poi lo portava in casa con la testa a penzoloni e poi lo spennava e le penne cadevano sul pavimento. Io allora cercavo la più bella per farmi una penna, come quella degli antichi scrittori. La guardavo mentre prendeva un grosso coltello da cucina e con un colpo secco gli amputava la testa e le zampe giallognole. Mi chiedevo come facesse a essere così crudele. Ricordo mentre passava il pollo nudo sul fuoco per togliere gli ultimi residui delle penne e l'odore di bruciato della carne che si diffondeva per tutta la casa. Passava anche le zampe sul fuoco, ma non mi ricordo il perché. È lo stesso odore che ho sentito tante volte in sala operatoria, quando con il bisturi elettrico sezionavo il grasso. Lo stesso odore che emana il grasso mammario, quando si asporta la mammella per il cancro.

Una volta rimanemmo dalla zia tutto il fine settimana. "Dobbiamo dare una mano per il maiale." Disse la mamma. Non sapevo il significato di queste parole, ma lo imparai molto presto. Era una bellissima giornata di settembre, di quelle giornate in cui i colori sono nitidi e intensi come non mai. I grandi erano tutti nell'aia in grande fermento e noi bambini intanto giocavamo, ma respiravamo anche noi quella strana atmosfera. Si aspettava il macellaio, che però era in ritardo. Ricordo che portarono fuori un tavolo su cui continuavano man mano ad aggiungere le cose che sarebbero servite. Cose strane, coltelli, forbici, corde. Ripensandoci adesso, mi verrebbe da paragonarla all'ansia della ferrista quando prima dell'intervento prepara il tavolo con i ferri chirurgici e ha sempre paura di dimenticarne qualcuno. Quando finalmente il macellaio arrivò, Black fu chiuso nella stalla, e noi bambini in casa. Non è uno spettacolo adatto a voi, disse la mamma. Ma io ero curiosa e senza farmi vedere, rimasi a spiare dalla finestra socchiusa. Un paio di uomini, presero di forza il maiale, proprio uno di quelli che avevamo guardato per giorni rotolarsi allegro nel fango. Fu legato per i piedi e appeso a testa in giù a un palo di legno, piantato in mezzo all'aia. Si dimenava come un pazzo e anche se erano in tanti, non riuscivano a tenerlo fermo. Gli avevano messo una sorta di museruola e non poteva nemmeno grugnire, però emetteva dei suoni gutturali, molto più strazianti di un pianto. Poi il macellaio, con un colpo deciso, gli tagliò i vasi del collo e il sangue schizzò fuori in un fiotto. Il vaso era la carotide, ma questo l'avrei imparato sui libri di anatomia, molti anni più tardi. Il sangue continuò a defluire per terra in una grande pozza che si allargava sul prato dell'aia. Non so cosa accadde dopo, perché mia madre si accorse che stavo guardando e mi chiuse in un'altra stanza. Lì le finestre guardavano dall'altra parte. Guardavano il sole dell'autunno che si appoggiava morbido sulle colline, la pietra grigia dei calanchi, i filari della vigna con i grappoli di uva matura. Ma non era questo che volevo vedere in quel momento, ma quello che stava succedendo dall'altra parte. Il giallo che si stava svolgendo dietro alle quinte della serena casa di campagna della zia. Noi uomini in fondo

amiamo il sangue. C'è sempre dentro di noi, quella parte animale di noi, che non conosciamo o che facciamo finta di non conoscere, che ama cose completamente diverse dalle nostre.
Quando mia madre finalmente ci fece uscire, la scena a cui avevo assistito dalla finestra sembrava solo un brutto sogno. Tutte le tracce erano già state cancellate. Non c'era più il cadavere, nè l'arma del delitto e nemmeno l'assassino. Black, era di nuovo fuori, legato alla catena e leccava con avidità una larga macchia scura sul prato.
Nella grande stanza gelida della zia, su tavoli di fortuna allestiti con cavalletti e assi di legno, erano state accatastate montagne di carne sanguinolenta che nei giorni successivi furono trasformate in salami, prosciutti e tutte le altre cose che si fanno con i maiali. Ricordo io e Paola che giriamo quella manovella per ore, mentre guardiamo la carne che fuoriesce maciullata attraverso i buchi e viene pressata nelle budella appena lavate. Ogni parte del maiale era destinata a diventare qualcosa, anche il sangue con cui venne fatta la salsiccia matta. E alla fine, anche quello che sembrava ormai inutilizzabile, venne sminuzzato e stipato dentro alla vescica e poi cotto a fuoco lento nel camino per diventare la coppa di testa. Quando ce ne andammo la domenica sera, i salami e i prosciutti penzolavano appesi a una corda nella cantina della zia.
Gli episodi che ricordo oggi con maggiore nitidezza riguardano i conigli. Rivedo la zia che entra con una mano nella gabbia, afferra il coniglio prescelto per le orecchie e poi lo ammazza con una bastonata sulla testa. Poi lega le zampe posteriori con una corda e con quella lo appende a testa in giù a un gancio del fienile. A questo punto iniziava la parte chirurgica. Cominciava con due tagli circolari sulla pelliccia delle zampe e da lì si creava un lembo che le permetteva di tirare la pelliccia verso il basso staccandola dalla pelle sottostante. Una volta che il coniglio era completamente scuoiato, con un coltello appuntito praticava una lunga incisione addominale e una volta dentro, aiutandosi con un paio di forbici, toglieva le budella che venivano buttate in un secchio insieme alla pelliccia. Poi con una precisione chirurgica asportava via via i vari organi, e intanto mi spiegava quello che stava facendo. " Questo è il fegato... Questo è il rene... E questa invece è la milza... E questo è il polmone..." Non solo me li faceva vedere, ma insisteva perché li prendessi in mano. Era terribile quello che stava facendo e per di più, proprio su uno di quei coniglietti che, appena nato, avevo tenuto fra le braccia. Eppure ero affasciata da quei suoi movimenti rapidi, quella precisione anatomica con cui sezionava i tessuti. Quella sua capacità di asportare gli organi lasciandoli integri. Che cosa incredibile guardare dentro a un essere vivente, poter vedere cosa c'è nascosto dentro ognuno di noi. Debbo a mia zia le mie prime lezioni di anatomia, lezioni che non ho mai dimenticato. Forse è stato proprio mentre la guardavo, che ho deciso di fare il chirurgo. Siamo strani noi umani. Incomprensibili anche a noi stessi. Arriviamo al punto di lasciarci affascinare dagli atti più spietati.
Queste erano le giornate a casa della zia. Giornate lunghe in cui io e Paola esploravamo curiose un mondo a noi sconosciuto. Un mondo bucolico e allo stesso tempo crudele. Perché crudele è la natura. E crudeli in fondo siamo anche noi.
Dicono che quando si è felici, il tempo voli. Ma per me non è così. Noi lì eravamo felici, eppure se penso a quei pomeriggi, mi sembrano eterni, come che le ore passassero più lentamente o si fossero addirittura fermate. Adesso invece, ho come la sensazione che l'orologio sia impazzito e dal lunedì si passa direttamente al sabato o al sabato successivo senza che nemmeno me ne accorga. Forse in quei pomeriggi a casa della zia, nessuno di noi aveva degli obiettivi così importanti da raggiungere e forse proprio per questo ci si poteva permettere di vivere senza fretta. Mi viene da chiedermi sempre più spesso se rincorrendo e accumulando i tanti obiettivi importanti della nostra vita, se nel frattempo non abbiamo perso quello più importante. Quello che i miei vecchi raggiungevano lì, seduti al sole, mentre chiacchieravano di cose da poco e ridevano e Dario continuava a riempire i bicchieri...

L'ingresso alla professione dei giovani medici: la Tesi di Laurea

La Laurea rappresenta, evidentemente, un momento importante nella nostra storia lavorativa e non.
La Tesi di Laurea può costituire il frutto di mesi di lavoro e di approfondimento scientifico che faranno parte per sempre del bagaglio culturale e della forma mentis del futuro medico.
Con la pubblicazione di questo primo abstract di una Tesi di Laurea vorremmo aprire una sorta di nuova rubrica, che spero possa essere a cadenza mensile, nella quale pubblicare i lavori che sono apparsi più interessanti ai Colleghi del Consiglio dell'OMCEO di Bologna che partecipano ai lavori della Commissione di Laurea.

***

Per chi volesse approfondire l'esame della Tesi "Manifestazioni neurologiche del medulloblastoma in età pediatrica: studio retrospettivo su 21 pazienti" della Dott.ssa Sara Cicali può trovare il lavoro completo al seguente link:
https://www.odmbologna.it/2022/09/16/manifestazioni-neurologiche-del-medulloblastoma-in-eta-pediatrica-studio-retrospettivo-su-21-pazienti/

Alma Mater Studiorum - Università di Bologna
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
MANIFESTAZIONI NEUROLOGICHE DEL MEDULLOBLASTOMA IN ETÀ PEDIATRICA: STUDIO RETROSPETTIVO SU 21 PAZIENTI
Tesi di Laurea in Neuropsichiatria Infantile
Presentata da: **Sara Cicali**
Relatore: Chiar.mo Prof. Duccio Maria Cordelli
Correlatori: Dott.ssa Fraia Melchionda, Dott.ssa Anna Fetta
Anno Accademico 2021-2022

Introduzione: Il medulloblastoma è un tumore primitivo del cervelletto, nonché il tumore cerebrale maligno più comune dell'infanzia. I protocolli terapeutici costituiti da chirurgia, radioterapia e chemioterapia, che permettono ai pazienti di avere una probabilità di sopravvivenza di circa il 75% a 5 anni, comportano complicanze neurologiche dovute sia alla terapia stessa che alla particolare sede di localizzazione del tumore, la fossa cranica posteriore. Gli obiettivi dello studio sono definire le caratteristiche dei sintomi neurologici di esordio e delle complicanze neurologiche manifestatesi durante il percorso terapeutico dei pazienti con diagnosi di medulloblastoma in fossa cranica posteriore.

Materiali e Metodi: sono state studiate in modo retrospettivo le storie cliniche di 21 pazienti affetti da medulloblastoma cerebellare, di età compresa tra 0-18 anni, diagnosticati e/o trattati, sulla base di una classificazione di rischio clinica, neurochirurgica, neuroradiologica e istopatologica/molecolare loro assegnata, presso la Clinica Pediatrica di Bologna nel periodo 2010-2021. Durante lo studio l'attenzione è stata posta sull'insorgenza di sintomi neurologici in fase pre diagnostica e in fase terapeutica, post chirurgia, post radioterapia e post chemioterapia, e sulla loro evoluzione.

Risultati: Lo studio ha evidenziato come sintomi neurologici di esordio più frequenti l'atassia (62%), il vomito (71%), la cefalea (71%) e la posizione coatta del capo (33%). In fase post-chirurgica i sintomi neurologici più frequentemente diagnosticati sono l'ipostenia (48%), la paralisi dei nervi cranici (33%), l'atassia (29%), la cefalea (29%), la dismetria (24%) e il mutismo cerebellare (24%); la sindrome del mutismo cerebellare (Cerebellar Mutism Syndrome, CMS) si è manifestata in fase post-chirurgica in 5 pazienti, tutti aventi un medulloblastoma localizzato prevalentemente a livello del verme cerebellare e/o IV ventricolo e dei 5 pazienti con CMS, 2 bambini hanno presentato anche la sindrome cerebellare cognitivo affettiva post-chirurgica (Cerebellar Cognitive Affec-

tive Syndrome, CCAS). La paralisi dei nervi cranici post-chirurgica è stata manifestata da pazienti con medulloblastoma localizzato a livello del verme e/o del IV ventricolo e da nessun paziente con un medulloblastoma localizzato esclusivamente a livello degli emisferi cerebellari. I sintomi neurologici da tossicità acuta radioterapica più frequenti sono risultati essere la cefalea, il vomito, la nausea, l'astenia, l'agitazione psicomotoria. L'agitazione psicomotoria post-RT e l'assopimento post-RT sono risultati essere maggiormente correlabili con i bambini sottoposti a protocollo low e standard risk (p-value 0.04). In fase chemioterapica l'astenia e l'affaticabilità, le neuropatie periferiche ed enteropatiche ed il dolore masseterino sono i sintomi neurologici manifestatesi più di frequente. I pazienti trattati con protocolli per tumori a rischio basso e standard sono maggiormente a rischio di manifestare sia uno o più sintomi di neuropatia periferica (parestesie e dolori agli arti inferiori, piede cadente, ipoevocabilità dei ROT, peggioramento dell'equilibrio e dolore masseterino) (p-value 0.027) sia stipsi e/o addominalgia (p-value 0.027), correlazioni conseguenti all'utilizzo più intensivo di Vincristina, rispetto al protocollo Tumori SNC ad alto rischio.
L'encefalopatia posteriore reversibile (PRES) è stata manifestata da due pazienti su 21, sottoposti l'uno a protocollo per medulloblastomi a rischio standard (dopo il 1° ciclo di CT, cisplatino 70 mg/m², CCNU 75 mg/m², VCR 1,5 mg/m², giorno 1,8 e 15) e l'altro a protocollo Tumori Maligni SNC alto rischio (successivamente all'infusione di MTX-HD).

Conclusioni: Lo studio delle storie cliniche dei bambini con medulloblastoma in fossa cranica posteriore ha permesso di comprendere i molteplici aspetti clinici relativi a tale diagnosi e soprattutto di evidenziare come le complicanze neurologiche conseguenti alla diagnosi e all'iter terapeutico, quali, tra le più frequenti, disartria, dismetria, atassia, paralisi dei nervi cranici, ipostenia, ipotonia, ipotrofia, vanno incontro a notevole miglioramento e regressione nella maggior parte dei casi grazie ad adeguati percorsi riabilitativi logopedici e fisioterapici cui i pazienti sono sottoposti; tra le complicazioni neurologiche, più difficile appare il recupero da deficit a carico dei nervi cranici. Il rischio di sviluppare sindrome della fossa cranica posteriore, relato in maggior misura alla resezione chirurgica del medulloblastoma localizzato a livello della linea mediana (verme e/o IV ventricolo), porta alla necessità di sottoporre questi pazienti ad un follow-up specifico che possa decretare il peso di tale sindrome, ad esempio in termini di deficit neurocognitivi, a lungo termine. Studiando la storia clinica dei bambini con sindrome della fossa cranica posteriore, si conferma che la CMS e la CCAS, oltre ad andare incontro generalmente a risoluzione clinica, sono due sottoinsiemi del più ampio termine sindrome della fossa cranica posteriore.
I bambini possono manifestare la sindrome della fossa posteriore sotto forma di CMS, caratterizzata da mutismo cerebellare e generalmente da atassia, disfagia, ipotonia, disfunzione dei nervi cranici, quali il VI n.c ed il VII n.c, diplopia e strabismo e/o sotto forma di CCAS, definita da una riduzione delle competenze cognitive generali (ad esempio da disturbi esecutivi e visuospaziali) con specifiche cadute di tipo neuro-psicologico, da disturbi del linguaggio espressivo (lieve agrammatismo e anomia), da disturbi nel controllo e nella modulazione dell'affettività (attenuazione degli affetti), da disturbi del comportamento (comportamento regressivo), quali labilità emotiva, apatia, disforia, insonnia, amimia, inconsolabilità, ritiro sociale, irritabilità ed agitazione psicomotoria.
Da questo elaborato è emerso che i bambini con medulloblastoma della linea mediana devono essere sottoposti in maniera più consistente, rispetto ai pazienti con tumore esclusivamente emisferico, a iter di riabilitazione logopedica, fisioterapica e psicologica in quanto, con la lesione localizzata in tale sede, è stato osservato un rischio maggiore sia di insorgenza di CMS e/o CCAS sia di paralisi dei nervi cranici post intervento di resezione chirurgica. Appare indispensabile per questo gruppo di pazienti ad alta complessità un follow-up neurologico specifico per definire e pianificare attività di riabilitazione fisica e neurocognitive adeguate.

Corso di Scienze forensi all'Università 'La Sapienza' di Roma

La fallibilità della prova scientifica

Alessandro Mazzocchi

Si è svolto a Roma dal 4 al 9 luglio, presso le aule di Ingegneria civile dell'Università "La Sapienza", il Corso forense della Scuola omonima organizzato dall'ANFeA (Associazione Nazionale di Fisica e Applicazioni) in collaborazione con SBAI (Dipartimento di Scienze di Base Applicate all'Ingegneria dell'Università Sapienza). Direttori del Corso, il Prof. Lucio Rizzo per ANFeA e il Prof. Eugenio Fazio per SBAI-Sapienza. Un corso davvero esaustivo, forse non promosso a sufficienza, ma diretto, organizzato e condotto con grande rigore. Io, per esempio, ne sono venuto a conoscenza, grazie a un'e-mail informativa dell'UGIS (Unione Giornalisti Scientifici Italiani), altrimenti mi sarebbe senz'altro sfuggito. Un grosso rammarico, quindi, per tutti gli appassionati di Criminologia e criminalistica. Si trattava, infatti, di una vera ghiottoneria per i cultori di questa materia, che per definizione è multidisciplinare e interdisciplinare, coinvolgendo diverse figure professionali provenienti da ambiti molto diversificati. Una sorta di corso d'alta formazione, di livello elevato, pressato in una settimana di lavoro e di studio. Molti, dunque, gli argomenti trattati nelle sei giornate fitte di relazioni e d'interventi, sia nelle sessioni del mattino, sia in quelle pomeridiane: dall'importanza della prova scientifica nel processo penale, agli studi di balistica; dall'infortunistica stradale alla disamina delle sofisticate e innovative tecniche di Informatica forense (https://www.anfea.it/page.php?264). Per citare soltanto alcune delle materie affrontate durante il corso. Mi soffermerò per svariati motivi, non ultimi quelli legati alle esigenze di spazio, sulle questioni affrontate nella prima e nella terza giornata del corso, concernenti in particolare la fallibilità della prova scientifica, denominata spesso e forse sbrigativamente 'prova regina', che poi in soldoni è quella biogenetica del DNA. Sulle pagine di questo Notiziario, ho già avuto modo di accennare alla relatività delle ipotesi scientifiche in generale e della loro provvisorietà, come evidenziato da Karl Popper diversi anni fa in un suo noto lavoro (Scienza e Filosofia, 1969) e ribadito poi in altri scritti successivi a quello: "*Tutta la conoscenza rimane fallibile, congetturale. Non esiste nessuna giustificazione, compresa, beninteso, nessuna giustificazione definitiva di una confutazione. Tuttavia, noi impariamo attraverso confutazioni, cioè attraverso l'eliminazione di errori [...]. La scienza è fallibile perché la scienza è umana*". Tale relatività epistemologica fissa i limiti non soltanto della verità scientifica, ma anche della verità giudiziaria (sempre relativa e parziale) perseguita nel processo penale. Tant'è che viene spesso preferita la locuzione più prudente e asettica, "accertamento dei fatti". Nel 1988, con il nuovo Codice e con la soppressione del giudice istruttore, l'Italia, come si sa, scelse il cosiddetto modello accusatorio (c'è chi dice però che si tratti ancora di un sistema imperfetto, quindi misto). Comunque sia, nel precedente modello inquisitorio, la prova si formava nella fase investigativa, in quello accusatorio, invece, essa si struttura nel contraddittorio e nell'oralità del dibattimento, in presenza del giudice o dei giurati, con equivalenza più o meno completa degli strumenti di prova a disposizione dell'accusa e della difesa. E così, il nuovo modello processuale, ora in auge anche nel nostro paese, si incrocia inevitabilmente con la centralità, assunta nel contraddittorio, della prova peritale. Prova scientifica che, però, è e deve essere sempre "smentibile", cioè falsificabile. A questo principio sacrosanto non sfugge nemmeno la più ferrea delle prove scientifiche oggigiorno riconosciute, quella del DNA. Nel 1983 uno scien-

ziato britannico, Alec Jeffreys, scoperse che nel nostro genoma esistono svariate regioni, in cui una breve sequenza di nucleotidi viene ripetuta *n* volte. Si tratta dei cosiddetti polimorfismi genetici, cioè regioni ad alta variabilità nella popolazione, che non esprimono nulla o quasi nulla, e che proprio per questo vennero al tempo liquidati come "DNA spazzatura". Si sono rivelati, invece, tutt'altro che spazzatura, da un punto di vista giuridico/giudiziario: si tratta infatti di vere e proprie "impronte genetiche" della persona (*Dna-fingerprint*), che ormai hanno soppiantato le altre tecniche di riconoscimento in voga solo fino a qualche lustro fa (impronte digitali e gruppi sanguigni). Ovviamente, l'identificazione di un colpevole, di una persona scomparsa o d'una paternità, avviene sempre per confrontazione (si veda più avanti il caso Bossetti-Gambiraso). Ossia, se abbiamo un campione biologico qualsiasi, con particelle di DNA estraibile, possiamo attribuirlo a un dato individuo solo se riusciamo a confrontarlo con un analogo campione suo o d'un diretto congiunto. Alla stessa stregua, nel caso di un efferato omicidio, l'identificazione avviene per comparazione tra la traccia repertata sulla *scena criminis* e un campione biologico del sospettato. Per facilitare l'identificazione dei colpevoli, anche in Italia, è stata istituita nel 2017 la banca dati del Dna, con colpevole ritardo rispetto agli altri paesi, in barba alla precedente ratifica del Trattato di Prüm (2005, ma recepito solo nel 2009). Nella maggioranza dei casi, i DNA repertati sulle scene criminose sono poi di piccola quantità, per cui molto spesso divengono oggetto di accertamenti irripetibili ex art. 360 c.p.p e art. 117 sulle 'Disposizioni di attuazione del codice di procedura penale'. È anche vero che con la PCR (*Polymerase Chai Reaction*, metodica ideata nel 1983 dal Nobel per la chimica Kary Mullis) è possibile amplificare pezzi di DNA genomico per confrontare genotipi diversi, ottenendo proprio quelle "impronte digitali molecolari" di fondamentale importanza in Criminologia e in Medicina legale. Addirittura, oggigiorno è possibile amplificare porzioni di DNA "preistorico" isolato dai fossili e dalle mummie, quindi per i frammenti repertati pochi giorni prima dell'analisi, sulla scena del crimine, dovrebbe essere una passeggiata! Non lo è, ovviamente, perché più si trattano i frammenti e le porzioni di DNA prelevate e più si aumenta il rischio d'incorrere nelle problematiche tecniche e operative, di cui si dirà più avanti. D'ogni modo, i relatori del Corso hanno, sin dall'inizio, evidenziato come la Comunità scientifica forense stia assumendo posizioni nuove e diverse rispetto al recente passato, in modo tale che la prova regina non venga più considerata, come si pensava un tempo, granitica e inappellabile. Secondo tale ultimo orientamento, il dato genetico, se non corredato da ulteriori riscontri investigativi, si limita a rappresentare un mero indizio, proprio perché la metodica del DNA è soggetta a importanti limiti tecnico-scientifici. Come si sa, se gli indizi non sono sorretti da evidenze scientifiche, allora degradano a meri sospetti, incapaci di sostenere un'accusa in giudizio. Due recenti sentenze della Corte di Cassazione (Cass., sent. n. 30533 del 4 agosto 2021; Cass., sent. n. 28559 del 14 ottobre 2020) illustrano molto bene la differenza fra prova, indizio e sospetto, e come le semplici congetture non siano mai sufficienti a giustificare una condanna. I limiti della prova scientifica in generale, molto concisamente, si dividono in epistemologici e tecnici. I primi sono stati in via definitiva stabiliti dalla sentenza di Daubert del 1993, che ampliò la criteriologia già prevista dalla sentenza americana Frye del 1923. Quest'ultima aveva decretato l'importanza della Comunità scientifica internazionale nella validazione delle prove di scienza. La Daubert ha appunto sciorinato nel dettaglio i criteri di affidabilità della prova scientifica in tribunale, e in particolare: la verificabilità del metodo (una teoria è scientifica se può essere controllata mediante esperimenti ripetibili, la ripetibilità consente verifiche e correzioni). Il metodo, secondo l'epistemologia classica, deve inscriversi all'interno del paradigma dominante in seno alla comunità scientifica, in una data epoca storica. Al suo interno, operano, in un'ottica epistemologica kuhniana, i cosiddetti "solutori di rompicapi" – gli scienziati "normali" – che si riconoscono in quel modello universalmente accettato. In caso contrario, il metodo, destituito d'ogni fondamento, rischia di precipitare nell'oblio di ciò che non è più controllabile e verificabile. Nel mondo esi-

stono diverse culture e diversi paradigmi, intesi come modelli di esplicazione fenomenica, ma molti di questi sono radicati nella mitologia e nella tradizione dei popoli, quindi non validabili. Il filosofo Paul Feyerabend la pensava diversamente, ma questo è un altro discorso. Egli, però, non era contro il metodo scientifico *tout court*, ma favorevole a tutti i metodi, come chiarisce Giorello nell'introduzione al testo più noto di Feyerabend, che appunto si intitola "Contro il metodo". Il secondo caposaldo della validazione scientifica è senz'altro la falsificabilità popperiana: la teoria deve fornire i criteri e gli strumenti per essere falsificata e, come già discusso in un precedente lavoro, le cosiddette *ipotesi ad hoc* delle pseudoscienze (o discipline antiscientifiche) servono appunto per invalidare i "falsificatori", modificando ad arte la teoria. Con le argomentazioni *ad hoc*, come in un cavilloso sofisma, si può cercare di rendere inattaccabile qualsiasi teorema, anche il più insensato. È stato detto che la pseudoscienza, cieca e immobile, ha qualcosa in comune con la paranoia. Anche il costrutto paranoico si oppone strenuamente alle critiche e alle confutazioni al pari di molte teorie antiscientifiche [Monti Rossi M. (2016) Paranoia, scienza e pseudoscienza]. In assenza di ipotesi *ad hoc* i falsificatori, invece, confermano o disconfermano la sua credibilità. La falsificabilità, ossia la smentita di una teoria attraverso la dimostrazione di un caso contrario (il cosiddetto "cigno nero"!), diviene per Popper proprio il criterio di demarcazione fra scienza e anti-scienza (o pseudoscienza). Questo non solo nell'ambito delle scienze esatte, ovviamente. Il criterio popperiano oggigiorno mostra un po' la corda. Per Thomas Kuhn, il paradigma scientifico accettato universalmente dalla Comunità scientifica, ad un certo punto, può sgretolarsi e saltare. Ciò avviene, per esempio, a seguito di scoperte nuove e rivoluzionarie, al punto che gli scienziati cosiddetti "normali" non riescono più a risolvere i soliti "rompicapi", costretti, come in un letto di Damaste, dentro i limiti angusti del loro modello concettuale, in via di superamento. Si ha così un vero e proprio ribaltamento culturale col passaggio a un nuovo paradigma che mette in soffitta il vecchio, divenuto improvvisamente obsoleto. Secondo altri epistemologi, come Imre Lakatos, a fronte di un'evoluzione dei cosiddetti programmi di ricerca, è possibile apportare piccole correzioni alla tesi dominante, almeno nella sua cintura esterna, mantenendo inalterato il "core" concettuale, il nucleo duro inattaccabile. Solo per quest'ultimo resta ancora valido il criterio di falsificabilità di Popper. Senza giungere, così, a un sovvertimento totale del paradigma, alla rivoluzione scientifica di cui parla Kuhn, Lakatos, dunque, sembra autorizzare l'introduzione nel paradigma di centellinate ipotesi *ad hoc*, con una prudenza tale da non sconvolgerlo, pur consentendo un progresso, diciamo così, atraumatico della scienza (senza rivoluzioni). Già con Kuhn il criterio di falsificabilità di Popper sbiadisce senza scomparire completamente. Per Kuhn il criterio di demarcazione fra scienza e pseudoscienza risiede, infatti, nell'impossibilità della seconda di evolversi, rimanendo ancorata a tradizioni non rinnovabili. Kuhn usa spesso, come esempio prediletto, quello dell'astrologia, confrontandola con l'astronomia. L'astronomo, se fallisce nelle previsioni, esegue ulteriori misurazioni oppure modifica la teoria, mentre l'astrologo non rivedrà mai le sue inattaccabili credenze e tradizioni. Ecco perché in un'aula di Tribunale, o in un laboratorio di Scienze (ma pure in una corsia d'Ospedale e sul tavolo autoptico), si privilegia il metodo scientifico e non quello sciamanico o magico. Solo il primo consente di correggere errori e ipotesi e quindi di evolvere e progredire verso una verità, che resta, sempre e comunque, relativa e provvisoria. Su questo Popper non sbagliava.

I secondi limiti, a cui si accennava, sono quelli più propriamente tecnici, ben noti in Criminalistica. Fondamentalmente, i seguenti: l'impreparazione degli operatori in sede di sopralluogo; l'inaccuratezza della repertazione e/o della conservazione del materiale biologico rinvenuto; l'imprecisa trascrizione del codice di un genotipo o gli errori nella sua immissione all'interno della banca dati; l'imperfetta trasportabilità del reperto contenente il DNA; la degradazione enzimatica del DNA causata dalle componenti microbiche che possono intaccarlo; il decadimento fisico-chimico del DNA causato dai fattori ambientali più dispa-

rati; la contaminazione esogena, o sporadica, in cui la stessa è attribuibile a errori umani; la contaminazione endogena iniziale dovuta alla presenza, nel reperto, di materiali organici diversi. Per un approfondimento delle problematiche epistemiche e tecniche della prova scientifica e indiziaria si rimanda al ricco commento di Paolo Tonini (Diritto penale e processo, 11/2011) alla sentenza Daubert del 1993. Come esempi estratti dalla letteratura, si riportano a questo punto, dei cenni di casi divenuti famosi mediaticamente, alcuni dei quali sono stati proprio discussi dai relatori durante le prima giornate del corso. Tali processi sono divenuti così celebri che sul Web troviamo centinaia di pagine a loro dedicate. Molti lettori ricorderanno anche vere e proprie maratone televisive, in prima e in seconda serata, durante seguitissimi *talk show*, con plastici, interviste, video di ricostruzione e ospiti illustri, scelti fra penalisti e criminologi cattedratici universitari.

Il caso Meredith, a proposito dei limiti tecnici di repertazione e conservazione della traccia, è quasi paradigmatico: infatti, errori anche lievissimi che riguardano le delicatissime fasi della raccolta, conservazione e analisi, possono invalidare i risultati per sempre. Nel caso Meredith, in particolare, i periti del primo giudice avevano riscontrato, sul reggipetto della ragazza assassinata e anche sull'arma del delitto, tracce ematiche che parevano decisive nei riguardi degli imputati, ma una perizia disposta dai giudici d'Appello le ha poi ritenute inaffidabili, giacché secondo gli esperti medici legali di Roma, non vennero seguite correttamente le procedure, quelle validate e standardizzate a livello internazionale, durante la repertazione e il campionamento. Pertanto, non si poté escludere che i risultati delle analisi derivassero dalla tanto temuta contaminazione, uno dei limiti tecnici più importanti assieme all'esiguità del materiale ritrovato.

Si ricordi, seppur rapidamente, sempre a proposito dei limiti tecnici della prova genetica, anche il caso di un celebre campione sportivo americano: all'inizio degli anni Novanta, il giocatore di football O.J. Simpson venne accusato dell'omicidio della ex moglie Nicole e di un amico, freddati entrambi con un'arma da taglio. Il sangue delle due vittime, rinvenuto sotto le unghie di O. J. e sui suoi guanti, sembrava dover intrappolare per sempre il campione, ma l'incuria nella repertazione e nella raccolta degli indizi, fece pensare proprio a una contaminazione esogena o endogena, e Simpson venne così assolto. Questo caso fece però conoscere a tutto il mondo, a seguito della vasta risonanza mediatica che ebbe, l'importanza (e i limiti) della prova genetica.

Il caso Gambirasio, per il quale può parlarsi davvero di prova regina, ritenuta così granitica e sicura da chiuderlo definitivamente. Il caso dell'omicidio di Yara Gambirasio ha visto la condanna dell'imputato Bossetti solo sulla base dell'identificazione genetica, dopo un'estesa indagine nella comunità locale, con un test del DNA a tappeto su oltre 20.000 individui. Mancarono però la dinamicità e l'integrazione di tutti i vari fattori spazio-temporali in causa nel delitto. Infatti, l'imputato è stato condannato sulla base del solo dato del DNA, inteso come elemento meramente statico, senza andare a verificare se il DNA del Bossetti si potesse trovare nel posto giusto al momento giusto, ad esempio attraverso gli esperimenti giudiziari. A metà del mese di giugno 2014, infatti, viene arrestato Massimo Giuseppe Bossetti, muratore di Mapello incensurato, il cui DNA nucleare risultava sovrapponibile con quello dell'uomo definito "Ignoto 1", rilevato sugli indumenti della ragazza uccisa. Sulla base di alcuni indizi, e durante un controllo stradale più o meno fortuito, con l'ausilio dell'etilometro, viene prelevato il DNA a Massimo Bossetti, uno dei due figli di Ester Arzuffi (la donna, in cui il DNA nucleare corrispondeva alla metà materna del profilo dell'Ignoto 1), e viene verificata la corrispondenza del suo DNA nucleare con quello rinvenuto sulla vittima. Altro elemento dell'accusa, più marginale e controverso, furono le telecamere di sorveglianza vicino la palestra frequentata dalla vittima. La testimonianza della moglie del Bossetti, la quale dichiarò che il marito era a casa la sera del delitto, non venne tenuta in considerazione. Il 3 giugno 2021 tutte le istanze presentate dagli avvocati di Massimo Bossetti vengono rigettate dalla Corte d'Assise di Bergamo: la difesa chiedeva di potere analizzare nuovamente i reperti, per tentare la revisione del processo. La traccia decisiva, quella da cui

fu estratto il DNA del celeberrimo "Ignoto 1", era però oramai esaurita, quindi non più impiegabile.
Ed infine, il clamoroso caso giudiziario dell'omicidio di Garlasco. Esso dimostra, invece, quanto sia importante il contesto inquirente, a prescindere dalle prove scientifiche. Su questo caso vale la pena spendere qualche parola in più. La Poggi fu colpita a morte con un oggetto contundente mai identificato, nella villa di famiglia a Garlasco, vicino Pavia, il 13 agosto del 2007. Secondo gli inquirenti, ella conosceva il suo carnefice, avendogli aperto spontaneamente la porta di casa in veste da notte, senza necessità dunque di alcuna effrazione. La ragazza, del resto, si trovava da sola, i quanto i congiunti erano andati in ferie. Il fidanzato Alberto, anche lui studente della Bocconi, trovò il corpo esanime della donna e diede subito l'allarme, ma i sospetti caddero proprio su di lui a causa dell'inspiegabile pulizia delle scarpe e dei vestiti, oltreché per alcune contraddizioni logiche delle sue prime dichiarazioni. Le scarpe di Stasi, secondo la perizia dei RIS, avrebbero dovuto macchiarsi di sangue, e non potevano quindi risultare del tutto linde. Alle medesime conclusioni si giunse per il tappeto dell'auto. A dire il vero, il DNA della vittima venne rivenuto già nel 2007 sulle tracce biologiche repertate nei pedali della bicicletta di Stasi e sul tappeto dell'auto, ma si dubitò che fossero di sangue, e quindi quei reperti vennero scartati dal GUP.
Al processo d'appello *bis* (17 dicembre 2014), in seguito alla nuova perizia sulla camminata, sulla bicicletta dello Stasi e all'ormai divenuto celebre scambio di pedali, assieme alle note incongruenze nella sua ricostruzione, e pur in assenza di riscontri genetici, Stasi venne ritenuto colpevole e condannato a ventiquattro anni di reclusione (ridotti a 16 anni in virtù del rito abbreviato) per omicidio volontario, dopo ben due assoluzioni! La Cassazione assolse invece lo Stasi dall'accusa di detenzione, nella memoria di massa del computer, di materiale pedopornografico, per cui era stato condannato in appello a trenta giorni di reclusione. A questo proposito, sarebbe quasi criminoso non ricordare la giornata conclusiva del Corso di Roma, interamente dedicata alle problematiche dell'Informatica forense. Una chiusura col botto, si direbbe, e una sessione imperdibile per gli appassionati di Informatica e di elettronica, come il sottoscritto. Non è possibile in questa sede relazionare su un argomento tanto vasto, che richiederebbe maggiori competenze da parte di chi scrive questo articolo, innanzitutto, e pagine e pagine anche solo per tratteggiarlo. Magari in un prossimo lavoro si cercherà di delineare, almeno a grandi linee, la crucialità di questa branca delle Scienze forensi, che per l'appunto prende il nome di *digital forensic o*, più particolarmente, *computer forensic*. Abbiamo appreso durante il Corso, che esistono programmi anche molto avanzati e alquanto costosi, che consentono il recupero dei dati dai *personal computer*, oppure da altri dispositivi digitali come cellulari, *netbook* e *tablet* formattati o reinizializzati volutamente o per errore. Alcuni di questi software sono riservati ad un uso personale senza fini di lucro, e si trovano facilmente *on-line* nei siti specializzati, altri sono a pagamento per utilizzi esclusivamente commerciali e aziendali; altri ancora, ben più sofisticati, sono in dotazione esclusiva alle Forze dell'Ordine per il recupero dei dati (*computer generated evidence*) da macchine sequestrate a soggetti malavitosi o coinvolti in delitti vari (pedopornografia, frodi *on-line*, spionaggio, *cyberstalking*, ecc.). Un obiettivo da perseguire, per esempio, è quello di ottenere una copia esatta dell'hard disk, prima d'ogni eventuale e possibile manipolazione. Il computer viene spento solitamente staccando la spina, viene quindi eseguita la copia esatta, settore per settore, della memoria di massa, che poi sarà scandagliata in laboratorio con gli strumenti più idonei. Si tratta appunto di alcuni dei mezzi d'investigazione adoperati dall'Informatica forense propriamente detta. Per quanto riguarda, invece, la sicurezza digitale domestica o *user-friendly*, posso affermare senza timore di smentita, che molti colleghi, poco adusi all'elettronica e all'informatica, pensano che sia sufficiente avere, nel proprio PC, un buon antivirus e un discreto *Firewall* (magari arricchito da un *Cleaner* e da un *antispyware)* per sentirsi al sicuro, ignorando completamente le insidie del *file system* e, soprattutto, di quanto vi sta sotto. La gran parte ritiene che basti formattare il proprio PC, o inizializzare il pro-

prio MAC, per eliminare tutti i dati in esso contenuti (per es., quelli dei pazienti del proprio studio medico), nel momento in cui si decide di cedere o di permutare il computer. O anche di gettarlo nel cassonetto dell'immondizia. Niente di più sbagliato. Basti soltanto sapere che non è la formattazione veloce di una memoria di massa, magari sostituendo il *file system*, a mettere al sicuro quella macchina da un eventuale intrusione volta al recupero di dati in apparenza occultati o cancellati. E neppure la cosiddetta formattazione a basso livello (ad esempio, la vecchia formattazione in DOS da linea di comando) raggiunge questo scopo, pur essendo certamente più sicura della prima. È necessario, invece, ricorrere ai cosiddetti programmi di *Data Wiping* che sovrascrivono più volte il contenuto dell'*hard disk* con filiere di zeri. Anche di questi *software*, al pari di quelli di *Recovery*, vi è ampia disponibilità sul Web. Alcuni sono *freeware* o *open source*, quindi gratuiti. Essi consentono senz'altro di rivendere in tranquillità il vecchio Pc, a cui eravamo tanto legati, senza timore di avere lasciato al suo interno tracce di noi o dei nostri assistiti. Essi, pertanto, sono fortemente raccomandati a tutti i professionisti. Chi curioserà in quella macchina, per cercare chissà che cosa, si troverà davanti appunto filiere di zeri e nient'altro! Quindi, i termini da ricordare in previsione di un futuro approfondimento sono fondamentalmente tre (3 semplici *keyword*): *file system*, *recovery e wipe*. I primi rudimenti, molto molto grezzi, dell'Informatica forense.

Aperta e chiusa questa doverosa parentesi informatica, richiamata incidentalmente alla memoria dal caso Stasi, andiamo a terminare il presente pezzo. In definitiva, il primo caso esemplificato (assieme a quello soltanto accennato del celebre campione americano) è un esempio di come gli errori tecnici possano compromettere definitivamente e irrimediabilmente una prova ritenuta regina, quale quella del DNA. Nella figura a fine testo vengono riassunti schematicamente i limiti della prova scientifica.

Il secondo caso dimostra, all'opposto, come in certe situazioni, l'evidenza genetica venga considerata per davvero la prova granitica e inappellabile, tanto auspicata e ritenuta dunque sufficiente da sola a incastrare l'imputato, prescindendo da tutti gli altri fattori in gioco, dinamici, logici e concausali.

Fig. 1: Vengono schematizzati i principali limiti epistemologici e tecnici che possono compromettere la prova scientifica. Nel dubbio, si giudica in favore dell'imputato. La verità, fuori e dentro i Tribunali, dunque è sempre relativa.

L'omicidio di Garlasco, in contrasto coi precedenti, documenta invece come altre prove non meramente tecnico-scientifiche, assieme a una ricostruzione accurata dei fatti, alle testimonianze e alle incongruenze riscontrate nei racconti e resoconti, alla fine possano addirittura prescindere dalla prova biogenetica e soppiantarla. Come direbbe qualcuno, anche nelle aule dei tribunali bisogna considerare sempre e comunque il cosiddetto *complexus*, come in Medicina, del resto, e in altri ambiti del sapere.

Pertanto, l'evidenza scientifica può essere considerata prova "regina" solo quando si dimostra capace di raggiungere, con certezza quasi assoluta, o meglio, al di là d'ogni ragionevole dubbio, conclusioni scientifiche certe e non falsificabili. Perché qualora sorgesse anche un minimo dubbio prevarrebbe sempre e comunque il principio '*in dubio pro reo*'. Tale massima latina trova applicazione nel nostro codice di procedura penale, all'art. 527, in cui si fissa con chiarezza quanto segue: "quando su una questione vi è parità di voti, prevale l'opinione più favorevole all'imputato".

Lo spazio di questo articolo è esaurito. Il tempo anche, ma come ci insegnano i fisici, e prima di loro i filosofi, spazio e tempo sono relativi. Come la verità, del resto. Dipendono, infatti, dal sistema di riferimento nel quale li misuriamo.

Fra un paio d'anni, ci sarà una nuova edizione del Corso, sempre nella Capitale. Arrivederci, e a rileggerci.

La neuromodulazione in psichiatria: l'importanza di un approccio integrato

Intervista al Dott. Paolo Baroncini, psichiatra, psicologo, psicoterapeuta

Paolo Cernuschi*

Che cosa sono le emozioni?

Le emozioni che proviamo, i pensieri che formuliamo, i colori di cui amiamo vestirci, la musica che ci fa rilassare o sognare, il cibo che preferiamo, di fatto tutto il nostro "essere nel mondo", sembrano tutti elementi appartenenti ad una sfera esclusivamente psichica, mentale, "incorporea", per alcuni persino appartenenti alla nostra "anima" e quindi trascendenti.

Ridurre il nostro "essere" ad una mera realtà biologica poco ci piace. L'idea infatti che tutte queste cose appartengano nientemeno che alla sfera biologica, che nascano da un cervello inteso come un organo così come lo sono il cuore, il rene, il polmone, ci fa come minimo storcere il naso e comunque ci dà la spiacevole sensazione di sminuire la nostra identità, la nostra personalità. L'idea ad esempio che ogni volta che proviamo un forte piacere o una sofferenza psichica quella sensazione altro non sia che una scarica elettrica neuronale che rilascia più o meno acutamente una sostanza chimica in uno spazio che separa due neuroni in una certa zona del cervello ci fa sentire come minimo meno "noi stessi" e sicuramente molto più vicini a computer superavanzati.

Una visone meccanicistica. Ricorda un film di Fritz Lang, Metropolis

Invece, sotto un certo punto di vista, è proprio così: la perdita di una persona cara, una vincita alla lotteria, un innamoramento, un successo nel lavoro, il gustarsi un buon cibo, il bere un buon whisky, il mettersi un buon profumo, il guardare un bel dipinto, il bere un buon caffè, ma anche il farsi di cocaina, il giocare alle macchinette. il fumarsi una canna, e così via, non sono altro che accadimenti che provocano particolari reazioni elettrochimiche in una o altra area del nostro cervello che producono il rilascio più o meno acuto (quindi sotto un imput elettrico) da parte di alcuni neuroni di una o altra sostanza chimica (i cd "neurotrasmettitori") che a loro volta producono un' emozione (di rabbia, di dolore, di gioia, di disgusto, di piacere, di tristezza, etc.); emozione poi che, se piacevole, cercheremo in seguito di riprodurre, creandone così una vera e propria "dipendenza", fisica (nel senso di biologica) e psichica (nel senso di mentale).

In questa ottica la descrizione delle emozioni si avvicina a quella di Inside Out

Ogni qualsiasi dipendenza infatti, ma così anche come ogni abitudine, altro non è che il risultato del nostro cervello (biologico) che richiede quella stessa specifica stimolazione esterna per ottenere quello stesso rilascio di neurotrasmettitori che ci provoca quel determinato piacere. Accade anche ai topi, certamente svilente dal punto di vista narcisistico, ma è proprio così. Il topo in gabbia indotto ad assumere cocaina o cibo, in poco tempo assumerà solo cocaina fino a morirne. E parlare di traumi psicologici infantili del topo mi sembrerebbe quantomeno azzardato! E se tutto questo accade in primis in un ambito fisiologico, di "normalità", nel quotidiano, ancora di più accade in ambito patologico, nella vera e propria malattia psichica, che poi altro non è che uno squilibrio elettrochimico in alcune aree cerebrali.

È una questione di chimica?

Sì. Lo squilibrio elettrochimico che causa a sua volta una alterazione o delle emozioni

(sia in senso inibitorio come ad esempio nella depressione che in senso eccitatorio come ad esempio nella mania o nel ADHD o in ambedue alternati come nei disturbi bipolari) o dei pensieri (come ad esempio nei deliri psicotici) o del sensorio (come ad esempio nelle allucinazioni psicotiche o tossiche) o dei comportamenti (come ad esempio nell'impulsività e nell'aggressività in certi disturbi di personalità) o in certe specifiche funzioni, come nel sonno, nell'alimentazione, nel cognitivo (le demenze), etc. Certamente gli eventi negativi della nostra vita influiscono, rendendoci più o meno fragili di fronte allo stesso stimolo/evento, ma certamente per ogni emozione o comportamento o pensiero sussiste sempre un substrato biologico. Fatta questa premessa, è chiaro quindi come un intervento che agisca direttamente sul cervello biologico possa rappresentare già di per sé una terapia, al di là delle problematiche psicologiche sottostanti.

Riassumendo: si tratta solamente di farmacologia?

È in fondo su questo presupposto che agiscono gli psicofarmaci, con però lo svantaggio di essere sistemici, non mirati e causare quindi spesso alcuni effetti collaterali non voluti (danni epatici, renali, dismetabolismi, cerebrali, etc.).

E la neuromodulazione?

Le recenti tecniche di neuromodulazione invece, quali ad esempio la Stimolazione Magnetica Transcranica, altro non fanno che la stessa cosa del farmaco, non però direttamente attraverso la chimica, ma attraverso l'elettricità, o ancora meglio attraverso un campo elettromagnetico che modifica l'elettricità del cervello e quindi conseguentemente la sua chimica, ma col vantaggio di non causare tutti quegli effetti collaterali che i farmaci causano e di essere sicuramente più mirate (agiscono infatti solo su zone specifiche del cervello).

È efficace?

Per certe specifiche patologie psichiche ormai (quali ad esempio la depressione resistente, il D.O.C., la dipendenza da cocaina) la loro reale efficacia è scientificamente dimostrata. Ovviamente però, quando si parla di problematiche psicologiche o psichiatriche, un approccio integrato, che comprenda cioè farmaci, psicoterapia, neuromodulazione, interventi sociali, etc., è certamente sempre da privilegiare, proprio per la natura stessa della patologia che interessa solitamente tutte le aree (biologica, sociale, psicologica) dell'individuo. Più che mai quando si parla di problematiche psichiche la personalizzazione dell'intervento è prioritaria. La contrapposizione ideologica fra una o l'altra tecnica poco si aggrada con la complessità della mente umana.

*** Paolo Cernuschi**
Primario Ospedale privato accreditato psichiatrico "Ai Colli", Bologna
Consulente psichiatra "Neurocare Clinic", Bologna

Sanità cenerentola, anche del Pnrr

di Mirka Cocconcelli

Gentile Direttore,

dopo 2 anni di una pandemia che ha stressato oltre ogni limite il SSN/SSR, non mi sarei mai aspettata che la Salute fosse relegata in ultima posizione per risorse stanziate, autentica Cenerentola del PNRR. Chi ha permesso che la quota destinata alla Salute fosse un "misero" 15,63 miliardi di euro (8%), rispetto ai 40,32 miliardi di euro (22%) per la digitalizzazione, sul totale degli investimenti del PNRR pari a 191,5 miliardi di euro?
Nessuno dei nostri policy maker che, per la Sanità, abbia sostenuto il motto: "Whatever it takes"ed è veramente difficile votare per qualcuno in questo scenario! Evidentemente non hanno alcuna cognizione di quali siano le priorità e questo dimostra come la Sanità non sia mai stata al centro dell'agenda politica dei vari governi che, tra l'altro, non sono mai riusciti a partorire una legge di bilancio adeguata che contrastasse diseconomie e sprechi. Non ricordo politici che si siano battuti per una idea diversa di Sanità, mentre si sono riempiti la bocca di sterili slogan, tra cui il più inflazionato, ipocrita e privo di qualsiasi valenza concreta è: "Il malato al centro del SSN ", mentre il paziente è sì, al centro, ma dei disservizi, come il San Sebastiano del Mantegna, trafitto da carenze croniche, inutilmente denunciate.
Al centro non c'è la Sanità, ma le menzogne sulla Sanità, ci sono i definanziamenti che hanno condotto alle scriteriate operazioni di "ospedalectomia", all'accorpamento dei reparti, al taglio del personale, con conseguente riduzione dei servizi. Si sono inventati anche i Super Primari dei Dipartimenti interaziendali che sovraintendono trasversalmente e contemporaneamente diverse strutture del territorio metropolitano, funzionali a tagliare le "obsolete" funzioni dei "Vecchi Primari"/Direttori di UO/Struttura complessa in quanto, a parere di un Governatore, costavano troppo.
Super Primari interaziendali, vera sublimazione del multitasking sanitario, dotati di poteri sovrannaturali di multi locazione/telecinesi, non considerando che il "Vecchio Primario", era il vero "Magister/Master of Art", presente nella sede dove si erogavano le prestazioni, a cui ci si rivolgeva, nottetempo, per le patologie di particolare complessità e depositario della maggior esperienza/clinical competence; tutto azzerato, polverizzato, parcellizzato, compreso il rapporto di fiducia fra collaboratori.
La Sanità non è mai stata destinataria della parola "investimento" che non significa solo aumento di risorse finanziarie, ma significa MO-TI-VA-RE il personale, attualmente in precipitosa fuga dagli ospedali, in quanto schiavizzato da scelte politiche scellerate e l'ultima trovata dei decisori istituzionali è stata l'assunzione di medici cubani, nel silenzio tombale del Governo, del ministro Speranza e dei vari Partiti, forse partiti sì, ma per le ferie agostane! Questa transumanza sanitaria comporterà dumping salariale, precariato, contratti nazionali aggirati, concorrenza sleale, con utilizzo di mano d'opera medicale a basso costo; oggi Cuba, domani sarà Albania, Argentina od un altro Paese!
A questo punto, proporrei di sostituire anche tutto il management sanitario, manifestamente non all'altezza dei compiti gestionali, con Dg/DS/DA cubani, albanesi, argentini, con contratti Co.Co.Co.
I sanitari devono tornare protagonisti del Governo Clinico, per riacquistare dignità professionale, oggi sottomessa all'autoritarismo burocratico dei DG e dei loro mentori politici. Tra l'altro, è notizia di questi giorni che, in Emilia-Romagna, sono stati premiati i DG dell'Ausl Reggiana e della Ausl Romagna con circa 30.000 eurini per il raggiungimento degli obiettivi in aggiunta ai 150.000 di stipendio fisso (della serie: i finanziamenti per pagare i DG ci sono, per i

sanitari NO!). Oltre al danno la beffa, perché questi premi di risultato sono forse legati alla recente fuga di 11 medici dai PS di RE o sono forse legati alle 11 unità fuggite dal PS di Rimini o, forse per il PS di Rimini andato in tilt?
Vengono investiti decine di miliardi in "cattedrali nel deserto": "1.430 Case della comunità, 435 ospedali di comunità, 611 centrali operative territoriali, li si fornisce di nuove apparecchiature elettromedicali di alta tecnologia", sottacendo che manca personale specializzato per farli funzionare; ma in fin dei conti è l'apparenza che conta, non la sostanza! Il presidente di Agenas, in una conferenza, affermava che mancano, per la loro realizzazione, circa 30 mila infermieri e 10 mila medici, mentre negli ultimi 3 anni il SSN ha perso circa 21 mila medici specialisti e, dal 2019 al 2021, hanno abbandonato l'ospedale 8.000 camici bianchi per dimissioni volontarie, a cui si aggiungono 12.645 pensionamenti.
Abbiamo una emergenza decennale rappresentata dalla "questione medica" (esplicitata innumerevoli volte da quella "Cassandra" del prof. Cavicchi!) che ha assoggettato la medicina ippocratica al più puro economicismo aziendalistico, soccombente al numero di prestazioni eseguite per unità di tempo, dove la quantità è sottomessa alla qualità, dove il malato è esclusivamente un numero o peggio un DRG perché non viene conteggiato il malato, ma la sua malattia!
La colpa di questo "cupio dissolvi" è anche mia/nostra perché ho/abbiamo permesso, che venisse meno la mia/nostra funzione prioritaria: CU-RA-RE!
Perché ho permesso che mi fosse imposto, "de facto", di visitare un paziente ogni 10/15 minuti, quando un disabile, un anziano, un claudicante, un traumatizzato, impiega 10 minuti solo per recarsi dalla porta dell'ambulatorio al lettino? Un qualsiasi Politico/Direttore Generale mi spieghi come posso instaurare una relazione empatica, una "comunicazione efficace", "una cura centrata sulla persona" e la tanto decantata "alleanza terapeutica", quando mi sono concessi SOLO 10/15 minuti per l'ascolto, il colloquio, la semeiotica e la visita di un paziente?
Ricordate la catena di montaggio nel film "Tempi moderni" di Chaplin, con l'asservimento dell'individuo al dogma della produttività? Il malato è diventato un prodotto e quando i DG ti chiedono l'impossibile, il fallimento e la frustrazione sono inevitabili perché non siamo "Trivial machine", ma umani con tutti i nostri limiti e con la probabilità di incorrere in errori diagnostici e terapeutici.
La produttività di un sanitario non deve essere valutata in base al numero di pazienti visitati per unità di tempo, ma in base alla qualità di cure prestate ed ai risultati ottenuti, ma mi rendo conto che questi ragionamenti sono inutili!
Perché ho consentito che pagassero una prima visita specialistica ortopedica/neurologica/urologica ben 23 euro lordi ed una visita di controllo 18 euro lordi (Nomenclatore tariffario regionale Emilia Romagna, aggiornamento Novembre 2016, Allegato 3: Prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale)? Perché ho consentito che una visita specialistica venisse pagata meno di una prestazione di pedicure? Sindacati di categoria e Ordini dei Medici se ci siete, battete un colpo; perché la mia professionalità, la mia dignità, la mia serenità deve essere barattata per "4 denari"?
L'art. 54 del codice di deontologia medica e l'art. 2233, secondo comma, del Codice Civile recitano: "... in ogni caso la misura del compenso deve essere adeguata all'importanza dell'opera ed al decoro della professione"; l'onorario di 23 euro lordi è adeguato, è decoroso?; lo ritenete un equo compenso?
Qualcuno mi spieghi perché la mia professionalità non viene riconosciuta adeguatamente, qualcuno mi spieghi perché io "NON VALGO" (parafrasando una celebre pubblicità)!
Per forza molti sanitari "gettano la spugna", soprattutto i più giovani, perché "NON VALGONO", perché il tanto decantato capitale umano non è valorizzato, ha scarse opportunità di crescita professionale, intento a svolgere compiti estranei all'assistenza, perché esiste una manifesta incapacità gestionale, il tutto espresso in

un'atmosfera rigida e inflessibile e, ciliegina sulla torta, probabilmente sostituiti da medici esteri reclutati "a prezzi di realizzo". Andiamo pure avanti così!
Mi dicono che la telemedicina sarà il futuro che la "Trivial machine" soppianterà il medico, l'infermiere, l'oss; ma poi ci si accorge che per spiegare al paziente che è affetto da malattia terminale, serve l'empatia, lo "scambio di amorosi sensi" (Foscolo docet!) fra malato e sanitario e che non è ancora stata inventata (per ora!) la macchina in grado di trasmettere emozioni. I politici ed i DG comprendono che il tempo di ascolto è tempo di cura o lo ritengono solo uno slogan ad effetto?
I decisori istituzionali comprendono che oltre al benessere del paziente è obbligatorio, improcrastinabile occuparsi dei bisogni insoddisfatti dei sanitari e auspicherei che i vari Direttori Generali facessero proprio un motto dei nativi d'America: "Non giudicare un uomo se non hai camminato per tre lune nelle sue scarpe"; tradotto: Vi siete mai recati nella bolgia infernale di un qualsiasi PS italico per un intero turno di guardia (12/24h!!!) o presso la sala d'attesa di un ambulatorio di periferia dove esercita, in solitario, un MMG o presso una guardia medica a "Monte Cuccolino"? Non credo, perché altrimenti capireste cosa significa faticare (non lavorare, faticare!!) quotidianamente, in luoghi spesso angusti, con disservizi cronici ed una pletora di persone che premono per ottenere un'assistenza adeguata.
Una quota di quel misero 8% del PNRR dovrebbe essere impiegata per la gestione e gratificazione del personale perché è fondamentale infondere un sentimento semplice, ma desueto: " la PASSIONE". Sì, la Passione di lavorare in un determinato ospedale/reparto/ambulatorio; passione che diventa contagiosa e benefica; ma non si ha PASSIONE, se non si è motivati, se si lavora sotto numero, con il rischio aggiuntivo di essere ingiuriati e percossi perché ritenuti colpevoli dei cronici disservizi.
Mi sono accorta, avendo operato per quindici anni, presso un PS di un Ospedale del Nord Italia, che i tempi di attesa nei Pronto soccorso possono essere molto importanti, tanto quanto la percezione del trattamento medico ricevuto.
Il PS è il biglietto da visita dell'Ospedale ed i pazienti hanno bisogno di essere informati e confortati perché il "tempo sospeso", le lunghe attese, l'indeterminatezza di non sapere cosa stia accadendo oltre il paravento, sono parte delle paure dei pazienti e dei familiari che spesso sfociano in atteggiamenti aggressivi e intolleranti.
Sarebbe auspicabile trasformare una realtà "negativa di sofferenza, stress e dolore", in una positiva, potenziando l'organico e introducendo anche personale volontario, opportunamente formato, nelle sale d'attesa dei PS che illustri, chi sta facendo cosa, onde alleviare inutili sofferenze a pazienti e familiari; un approccio di questo tipo potrebbe ridurre l'ansia agevolando il lavoro dei sanitari.
Infatti, quando una persona sperimenta sulle proprie membra la sofferenza della malattia, gli interrogativi si moltiplicano, l'ansia aumenta, anche la psiche si obnubila ed il paziente si rifugia nell'unico conforto offerto da personale sanitario in grado di ascoltare, capire, tranquillizzare e la visita diventa espressione di autentica solidarietà umana, ma se i sanitari sono pochi e demotivati questo obiettivo non si raggiunge e l'ospedale diventa un luogo di sofferenza, frustrazione e dolore, non solo per il paziente in attesa, ma anche per i sanitari che vi lavorano e, appena possibile, rassegnati, si licenzieranno perché ritengono la situazione immodificabile/ingestibile!
Concludendo, l'obiettivo prioritario dei decisori istituzionali deve concretizzarsi nella cura del paziente, ma è fondamentale riaccendere la "Valvola della P-A-S-S-I-O-N-E", assicurando il rispetto delle giuste condizioni lavorative e motivazionali: "Assumere persone intelligenti e dargli ordini non ha alcun senso: Dobbiamo assumere persone intelligenti affinché siano loro a dirci cosa fare"!!! (Steve Jobs).

Dr.ssa Mirka Cocconcelli
Chirurgo ortopedico
Socio onorario di Obiettivo Ippocrate

Certificato

UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

VILLA BELLOMBRA
RIABILITAZIONE ROBOTICA

Riabilitazione intensiva
con tecnologia robotica
LOKOMAT PRO®
e ARMEO POWER®
per il recupero degli arti inferiori e superiori

L'Ospedale Villa Bellombra è consorziato e associato con:

COLIBRÌ®
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

European Union of Private Hospitals

VILLA BELLOMBRA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

via Bellombra 24
40136 Bologna
tel 051.58.20.95
info@villabellombra.it
www.villabellombra.it

Seguici su facebook

Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Pedone
Specialista in Geriatria, Medicina Interna, Cardiologia, Pneumologia e Dietologia

sandrostefanelli.com

Aut.San. N. PG 121388 del 13.05.10 © foto: Hocoma, Switzerland

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 13 settembre 2022

COCO GIORGIO	320/04.09.853	LAMANNA LORENZO	338/42.64.516
COLAJANNI ELENA	347/90.35.570	RAVASIO RICCARDO	366/53.42.541

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
FABIO FRANCESCO BUTERA	Odontoiatra – Ortognatodonzia	349/79.31.655
CUTRUPI RITA DOMENICA	Patologia Clinica e Biochimica Clinica	327/01.61.726

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

Monitoraggio cardiorespiratorio
Studio apnee notturne e russamenti
Tel. 051.338475
neurologia@villabaruzziana.it

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

CORSO REGIONALE OBBLIGATORIO DI FORMAZIONE ED ACQUISIZIONE DELLE COMPETENZE PER IL PERSONALE ADDETTO ALLA ATTIVITÀ DI RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI

Corso Regionale obbligatorio di formazione ed acquisizione delle competenze per il personale addetto alla attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti ai sensi del Decreto Ministeriale 25 luglio 2012 "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti".

Il corso si svolgerà in modalità TEAMS, in 1 edizione:
1° EDIZIONE:
17 ottobre 2022 ORE 14.30-17.30
24 ottobre 2022 ORE 14.30-17.30
31 ottobre 2022 ORE 14.30-17.30
07 novembre 2022 ORE 14.30-17.30
Professioni interessate: medici, biologi, tecnici di laboratorio e personale infermieristico/ostetrico dei Servizi Trasfusionali, delle associazioni e federazioni, operante o che lavorerà, nei centri di raccolta pubblici e associativi (attestato di superamento del corso obbligatorio).

MODALITÀ DI ISCRIZIONE:
Dipendenti Emilia Romagna tramite il portale del dipendente.
Per gli altri professionisti Portale Esterno GRU (https://portale-ext-gru.progetto-sole.it).
È necessario segnalare, al momento dell'iscrizione, la propria mail e un numero di cellulare, per inviare la documentazione e il link di collegamento al corso.

Le iscrizioni si apriranno il 1° settembre 2022 e termineranno il 10 ottobre 2022.
Numero massimo per edizione: 100 professionisti.

Il rilascio dell'attestato per accreditamento ECM è subordinato alla partecipazione dell'80% delle ore di lezione previste, al 100% delle ore di autoapprendimento, al superamento della prova di apprendimento e alla compilazione del questionario di gradimento, all'invio del modulo dati anagrafici ed altri documenti richiesti, esclusivamente in formato PDF.
A seguire il link per ulteriori informazioni e ove sono disponibili le relazioni presentate al seminario in oggetto.

https://avisemiliaromagna.it/seminari-area-sanitaria/

PER INFORMAZIONI:
Segreteria Organizzativa: Dr.ssa Marina Verenini m.verenini@ausl.bologna.it 051 3172855

Centro Regionale Sangue
AUSL di Bologna - Ospedale Maggiore
tel. 051/3172590

CORSI DI ALLENAMENTO DELLA MEMORIA

14 aprile-6 giugno - 20° corso a scopo preventivo per il benessere psicocognitivo della popolazione anziana

Con questa breve relazione riprendiamo l'informazione sui corsi. Dal 14 Aprile al 6 Giugno abbiamo effettuato il 20° corso a scopo preventivo per il benessere psicocognitivo della popolazione anziana, come scritto nel Progetto generale, svoltosi presso la sede dell'Archiginnasio della Società Medica Chirurgica di Bologna. Dopo la sospensione per covid abbiamo ripreso quest'anno gli incontri con grande piacere sia della FEDERSPEV sia degli "alunni", 12-14 colleghe e colleghi, tutti soddisfatti e partecipativi nell'effettuare e risolvere gli esercizi proposti, come già avvenuto in passato. Sono state portate a termine otto sessioni di due ore ciascuna con riferimento alle diverse funzioni cognitive e ai vari tipi di memoria, introducendo come novità, ancora parziale, alcune azioni motorie tipo alzarsi dalla sedia senza l'aiuto degli arti superiori o stare in equilibrio su una gamba sola. Ciò in base al principio della unitarietà corpo/mente in modo da consentire al cervello di "resettarsi" con pause di rilassamento.
Infine, come in passato, la bella esperienza si è conclusa in pizzeria con l'incontro amical/conviviale e con la decisione di proseguire i Corsi nel prossimo autunno (covid permettendo!).

G. Savorani PR. Dal Monte

VIII EDIZIONE FOCUS ON OSTEOPATIE METABOLICHE E TERAPIA

21 e 22 aprile 2021

L'osteoporosi è una malattia sistemica dell'apparato scheletrico caratterizzata da una riduzione della densità minerale e dal deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo, che portano ad un aumento della fragilità ossea e del rischio di frattura. L'osteoporosi è la più frequente delle malattie metaboliche dell'osso e si stima che interessi in Italia circa 5 milioni di persone, di cui l'80% sono donne in post menopausa. In Italia, il 23% delle donne di età superiore ai 40 anni e il 14% degli uomini con più di 60 anni, è affetto da osteoporosi e il numero dei soggetti affetti da questa patologia è in continua crescita in relazione all'allungamento dell'età media della popolazione. Nel corso della vita circa il 40% della popolazione presenta una frattura di femore, vertebra o polso, prevalentemente dopo i 65 anni. Le fratture da fragilità per osteoporosi hanno significative conseguenze sia in termini di mortalità che di disabilità motoria, con elevati costi sia sanitari che sociali. La mortalità da frattura di femore è del 5% nel periodo immediatamente successivo all'evento fratturativo e del 15-25% a un anno. Nel 20% dei casi si ha una perdita definitiva della capacità di deambulare autonomamentee solo il 30/40% dei soggetti torna alle condizioni precedenti la frattura. La presenza di fratture osteoporotiche sembra accompagnarsi ad un aumento della mortalità, rispetto alla popolazione generale, nei pazienti che non sono trattati con una terapia mirata per l'osteoporosi. Ne segue l'importanza di una diagnosi precoce nei soggetti con questa patologia e l'adozione non solo di adeguate misure farmacologiche preventive ma anche di un adeguato stile di vita (corretta alimentazione e adeguata attività fisica) L'osteoporosi è una patologia che interessa prevalentemente le donne dopo la menopausa e i soggetti anziani di entrambi i sessi, ma si può manifestare in soggetti relativamente giovani anche di sesso maschile. Inoltre, non va trascurata la frequente associazione dell'osteoporosi con altre patologie e con l'impiego di farmaci specifici per il loro trattamento. Poiché l'incidenza delle fratture osteoporotiche aumenta esponenzialmente con l'età, è necessaria un'implementazione di tutte le misure necessarie per ridurre il rischio di fratture; infatti i costi medici diretti legati al ricovero ospedaliero per fratture osteoporotiche sia negli uomini che nelle donne, sono superiori a quelli per il trattamento ospedaliero di molte patologie croniche quali eventi cardiovascolari maggiori (ictus, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca), carcinoma della mammella, malattie polmonari ostruttive croniche. Appare quindi di fondamentale importanza poter individuare precocemente i soggetti a maggior rischio di frattura; questo obiettivo è reso attualmente più semplice dall'uso combinato di mezzi diagnostici che consentono di valutare non solo il contenuto e la densità minerale ossea ma anche aspetti qualitativi della microstruttura ossea misurabili con la metodica della densitometria ossea a raggi X (DEXA), quali il trabecular bone score, il bone strein index, la hip structural analisys e dalla valutazione laboratoristica dei markers di turnover osseo. Infine una relazione I risultati di queste indagini, unitamente a dati anamnestici e antropometrici consentono di individuare i principali fattori di rischio clinici per la fattura da osteoporosi e vengono attualmente utilizzati in alcuni algoritmi validati che consentono di individuare non solo la soglia diagnostica ma anche quella terapeutica.
Il programma scientifico comprendeva quattro sessioni e una tavola rotonda.
La prima sessione era dedicata alla fragilità ossea; la seconda alla sarcopenia, la terza alla clinica e alla identificazione dei pazienti "non responders". Infine la quarta sessione ha affrontato il tema della terapia esaminando sia i farmaci attualmente a disposizione, sia i nuovi farmaci anabolizzanti già in commercio all'estero. Si è affrontato il tema della prevenzione non farmacologica dell'osteoporosi, analizzando l'uso dei supplementi di calcio e valutandone rischi e benefici. Infine è stato preso in considerazione l'importanza del ruolo del citrato per la salute dell'osso; questo aspetto è stato trascurato a lungo e le ricerche hanno preso nuovo impulso soprattutto dal 2010. In passato, già nel 1941 Dickens aveva osservato che il 90% del citrato si trova nei tessuti mineralizzati. Nel 1952, Dixon e Perkins avevano osservato che il citrato si lega ai complessi di calcio-fosfato e ha un ruolo chiave nella regolarizzazione del processo di mineralizzazione. Nel 2010 HuYY *et al.* hanno dimostrato che il citrato è parte integrante della struttura dei nanocristalli di apatite influenzandone le dimensioni (crescita longitudinale e spessore). Costello LC *et al.* (2012) hanno osservato che gli osteoblasti sono cellule specializzate in grado di liberare citrato nel microambiente osseo e innescare il processo di citratazione. Il ruolo del citrato è stato ampiamente studiato nella prevenzione della formazione dei calcoli urinari; in questi pazienti l'ipocitraturia è stata osservata nel 15%-60% dei casi, sia come singola anomalia (10%) sia in associazione con altre alterazio-

ni metaboliche (50%). Il citrato urinario inibisce la cristallizzazione dei sali di calcio, e una escrezione urinaria di citrato inferiore a 320 mg /die, viene indicata come ipocitraturia. Questi studi hanno suggerito di studiare l'effetto della terapia orale con citrato che aumenta la sua escrezione urinaria e legandosi col calcio inibisce il processo di cristallizzazione riducendo quindi la formazione dei calcoli. È da segnalare che numerosi autori hanno poi osservato che i pazienti con calcolosi idiopatica calcica mostrano una associazione con un ridotto contenuto minerale (BMC) ed una ridotta densità ossea (BMD), insieme ad un aumento del rischio di fratture. Una correlazione tra escrezione lineare positiva di citrato e valori di BMC e BMD a livello del radio distale ed ultradistale è stata descritta per la prima volta dal gruppo di studio del metabolismo minerale dell'Università di Bologna nel 1995 (Caudarella R. et al. Ital J MIneral Electrolyte Metab). Sempre lo stesso gruppo ha descritto la correlazione tra prevalenza delle fratture vertebrali e ridotta escrezione urinaria dei citrati; lo studio di questa relazione è risultata statisticamente positiva; infatti, tanto minore era l'escrezione di citrato urinario tanto maggiore era la percentuale di fratture vertebrali (Caudarella R. et al. Frontiers in Bioscience. 2003;8:s1084-s1106). In conclusione i citrati sono attualmente oggetto di studio da parte di numerosi ricercatori soprattutto per dimostrare se la terapia con soli citrati alcalini possa avere un ruolo antifratturativo, o la loro azione si esplichi quando vengono usati in associazione con farmaci di provata efficacia sulle fratture.
Infine, è stato dedicato lo spazio di una tavola rotonda alla vitamina D e alla recente nota 96 con le sue implicazioni nella gestione del paziente con osteoporosi.
Anche se in versione digitale, il Focus ha ottenuto un buon successo di partecipazione e garantito la discussione tra esperti e partecipanti sugli argomenti trattati alcuni dei quali presi scarsamente in considerazione nei congressi che trattano di metabolismo minerale.

La Segreteria Scientifica

Poliambulatorio Privato
ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell' A.M.A.B.
Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo
Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna
Tel. 366-2876956, **www.amabonline.it**
infopoliambulatorioagopuntura@gmail.com

L'Istituto è attivo dal **1986**. Rappresenta uno dei primi esempi in Italia di **integrazione fra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale**. Oltre all'attività di assistenza medica, è la sede dell'attività di Ricerca e Didattica dell' A.M.A.B. Scuola Italo-Cinese di Agopuntura

Vi operano **10 medici qualificati** che lavorano 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

Certificato

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

SANTA VIOLA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

Ricoveri privati tempestivi senza lista d'attesa

L'Ospedale Santa Viola
è consorziato e associato con:

COLIBRÌ® E PLURIBUS UNUM CONSORZIO OSPEDALIERO

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

Uehp European Union of Private Hospitals

Ricoveri ospedalieri

Post acuzie

Riabilitazione

Pazienti affetti da disordini della coscienza

Ricerca e formazione

SANTA VIOLA
Presidio Ospedaliero Accreditato
via della Ferriera, 10,
Bologna 40133
t. 051 38 38 24
info@santaviola.it
www.santaviola.it

Seguici su facebook

Autor. Sanitaria N. PG 196321 del 14.05.2018

Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Pedone
Specialista in Geriatria, Medicina Interna, Cardiologia, Pneumologia e Dietologia

CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio a Bologna e provincia

Per le radiografie 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 il numero 800100670 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

800100670 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA COLIBRÌ

CERTIFICATA

Aut.San. PG.N. 25139/2017

I CONGRESSO NAZIONALE SULLA DIAGNOSI E CURA DELLA SARCOIDOSI LE NUOVE LINEE GUIDA

30 Aprile-1 Maggio 2022, Bologna - Royal Hotel Carlton

Filippo Martone, Presidente del Congresso e Presidente dell'Associazione ACSI (Amici Contro la Sarcoidosi Italia Onlus) ha il piacere di informare che nei giorni 30 Aprile e 1 Maggio 2022 si è tenuto a Bologna presso il Royal Hotel Carlton il "I CONGRESSO NAZIONALE SULLA DIAGNOSI E CURA DELLA SARCOIDOSI LE NUOVE LINEE GUIDA".
Uno dei principali risultati che l'Associazione ha raggiunto negli ultimi mesi è stato favorire e collaborare alla compilazione di linee guida internazionali aggiornate (le precedenti erano state stilate oltre 20 anni fa), sia per la diagnosi che per la terapia della sarcoidosi. Con queste premesse, l'Associazione ha organizzato questo congresso, al quale hanno partecipato coloro che, in qualità di maggiori esperti a livello mondiale, hanno fatto parte delle task force che hanno prodotto queste linee guida. Pneumologi, ma anche internisti di fama internazionale, così come i maggiori esperti del nostro paese hanno potuto approfondire le scelte fatte e lo spirito che le anima, permettendo ai professionisti che hanno partecipato di impossessarsene e utilizzarle nella propria pratica clinica quotidiana.
L'evento, rivolto a tutte le figure professionali sanitarie di tutte le discipline che collaborano al percorso di diagnosi e cura dei pazienti affetti da sarcoidosi, ha visto la partecipazione di 150 persone fra cui numerosi specializzandi e neo specializzati, per i quali è stato indetto un premio in denaro riservato ai tre migliori poster presentati durante i lavori.
Dato il successo dell'evento, l'Associazione ACSI ha deciso di organizzare a partire dal 1 settembre al 31 dicembre 2022 il I CORSO DI FORMAZIONE A DISTANZA ASINCRONO SULLA DIAGNOSI E CURA DELLA SARCOIDOSI per dare la possibilità di seguire i lavori anche a coloro che non hanno potuto partecipare.

***

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ALLE LESIONI RADIOTRASPARENTI DEI MASCELLARI

Bologna, 21 maggio 2022 - Clinica odontoiatrica dipartimento di scienze biomediche e neuromotorie (DIBINEM) - Aula Branzi - Via San Vitale, 59 - Bologna (BO)

La B.E. Beta Eventi srl, in qualità di Provider ECM e segreteria organizzativa, attesta che l'evento dal titolo **Approccio multidisciplinare alle lesioni radiotrasparenti dei mascellari** tenuto a Bologna presso la Clinica odontoiatrica dipartimento di scienze biomediche e neuromotorie (DIBINEM) in data **21 maggio 2022** si è svolto regolarmente. Nessun impedimento si è verificato in sede e l'evento si è svolto regolarmente.
L'evento è stato accreditato al num. 687-352658. I discenti, aventi diritto ai crediti ECM, hanno partecipato ad almeno il 90% del totale delle ore e superato la prova di valutazione dell'apprendimento.
Si attesta che i relatori erano tutti presenti come da programma, le relazioni si sono svolte correttamente e i contenuti di queste sono stati pertinenti al tema del corso, articolati ed esaustivi e non si sono riscontrate interferenze commerciali di nessun genere. I tempi sono stati rispettati e non sono state rilevate criticità di sorta.
Obiettivo del corso di fornire un giusto inquadramento clinico-patologico delle lesioni radiotrasparenti ai Professionisti che quotidianamente lavorano sulle patologie orali è stato raggiunto con successo.
Cogliamo l'occasione per ringraziare nuovamente per la concessione del Patrocinio e per inviare cordiali saluti.

B.E. BETA EVENTI srl
Maria Cristina Bellardinelli

Affittasi, anche a giorni singoli, ambulatorio medico situato in zona centralissima con accesso al portico, dotato di 3 luminose vetrine, sala d'aspetto, ampio box per segretaria, piccolo ambulatorio accessorio al piano inferiore, servizi, frigorifero, TV, computer, stampante. Per ulteriori informazioni telefonare al n. 335/7070234.

In palazzo storico di Piazza dei Martiri (Bologna) munito di ascensore e servizio di portierato sono disponibili 2 stanze libere da arredo in studio medico condiviso con collega odontoiatra. Canone richiesto euro 500,00 comprese tutte le spese. Cell. 349/4914773. No odontoiatra.

Poliambulatorio medico Agorà (ginecologia, odontoiatria, proctologia, 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, fisiatria, dermatologia, gastroenterologia, pediatria, cardiologia ed urologia. Per informazioni tel. 051.557366 - Cell. 348/6712133 - fabrizia.pierini@libero.it - info@agoramedica.it.

Si ricerca Medico per collaborazione con Guardia Medica Privata per Bologna e zone limitrofe. Se interessati contattare il numero 051-224466 o inviare curriculum a info@newhelp.it / segreteria3@bernasconi.pro. L'orario di segreteria è il seguente: dal lunedì al giovedì dalle 8:30 alle 16:00 e il venerdì dalle 8,30 alle 12,30.

Si ricerca Specialistica in Cardiologia per collaborazione con Guardia Medica Privata per Bologna e zone limitrofe. Se interessati contattare il numero 051-224466 o inviare curriculum a info@newhelp.it / segreteria3@bernasconi.pro. L'orario di segreteria è il seguente: dal lunedì al giovedì dalle 8:30 alle 16:00 e il venerdì dalle 8,30 alle 12,30.

Affittasi studio dentistico, provvisto di autorizzazione sanitaria, a Monterenzio (BO). Lo studio consta di 2 stanze operative, zona sterilizzazione, sala d'attesa, doppi bagni con antibagni. Piano terra con ampio parcheggio. Possibilità di acquistare le attrezzature presenti, tutte recenti. Per informazioni: Tel. 338/8889449.

In via Zaccherini Alvisi 8, in un nuovo centro medico sono disponibili ambulatori per medici e operatori sanitari. Servizio di accoglienza, wi-fi, pulizie generali comprese nel canone. Per un sopralluogo e ulteriori informazioni contattare lo 051/348344 chiedendo Gioia o Jessica.

Cedesi studio dentistico situato a San Lazzaro di Savena (BO), avviamento trentacinquennale, causa prossima cessazione attività. Composto da 2 unità operative annesso studio medico, segreteria, zona sterilizzazione, sala d'aspetto, 2 servizi igienici. Tutti i permessi in regola. Per info scrivere a dottorob@gmail.com.

Il poliambulatorio medico e fisioterapico Centro Integra S.r.l. (via Emilia Levante 59, Bologna) cerca medico fisiatra per attività ambulatoriale. La nostra equipe di professionisti, attraverso metodiche di cura integrate, si propone di perseguire un progetto di cura condiviso. Si offre contratto di lavoro libero professionale. Se interessati è possibile contattarci allo 051/6241801 (lunedì-venerdì 8-19,30) oppure alla mail centrointegra@centrointegra.it.

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

DA OGNI INCONTRO GENERIAMO VALORE

Siamo nati azienda e **siamo diventati un gruppo**, sappiamo cosa vuol dire essere piccoli e stiamo imparando a essere grandi. Cresciamo con i nostri clienti e tracciamo insieme **nuove strade da percorrere**, sviluppando **packaging per l'healthcare nati dal dialogo**.

www.renogroup.eu

RENOGROUP
La forma del cambiamento