

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO ON LINE
www.smorrl.it

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1** Il tumore della mammella e la chirurgia oncoricostruttiva. Stato dell'arte ed esperienze del percorso clinico interdisciplinare.
• di B. Condorelli

ATTUALITÀ SCIENTIFICA

- 4** Novità di Terapia antibiotica
• di G. Visco
- 5** L'approccio diagnostico alla Sincope
• di A. Ciolli, A. Castro, F. Castelli
- 9** Paleo-Archeologia e Medicina
• di G. Visco

NOTIZIE FLASH

- 14** Novità di Terapia
• di G. Visco

AGENDA DELLA SCUOLA

- 15** Corsi ECM sino a luglio 2013

AVVISO

DOPO UN PERIODO DI SOSPENSIONE PER UNA GENERALE RIORGANIZZAZIONE INFORMATICA DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA, CHE HA PORTATO ALLA REALIZZAZIONE DI UN NUOVO SITO WEB: WWW.SMORRL.IT, RIPRENDE LA PUBBLICAZIONE DEL **BOLLETTINO SMO** CHE SI POTRÀ CONSULTARE E SCARICARE DIRETTAMENTE DAL SITO WEB.

IL TUMORE DELLA MAMMELLA E LA CHIRURGIA ONCORICOSTRUTTIVA. STATO DELL'ARTE ED ESPERIENZE DEL PERCORSO CLINICO INTERDISCIPLINARE*

■ di **Benedetto Condorelli**
Presidente della Scuola Medica Ospedaliera

Il 31 gennaio scorso ho preso parte al Convegno scientifico su: "Il tumore della mammella e la chirurgia oncoricostruttiva. Stato dell'arte ed esperienze del percorso clinico interdisciplinare", che si è tenuto a Roma, presso l'Aula Magna del Comando Logistico di Proiezione in Viale dell'Esercito alla Cecchignola.

Il Convegno è stato coordinato ed organizzato dal Col. me. Antonio Caramanica, Responsabile dell'Unità Operativa di Senologia del Policlinico Militare di Roma "Celio", nonché Docente storico della Scuola Medica Ospedaliera. L'evento ha avuto il patrocinio dell'Associazione Nazionale Italiana Senologi Chirurghi, nonché dell'Associazione Nazionale Sanità Militare, dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirur-

ghi e degli Odontoiatri e della Scuola Medica Ospedaliera. Hanno partecipato il Magg. Gen. Mario Alberto Germani, Direttore del Policlinico Militare di Roma "Celio"; il Gen. Rodolfo Stornelli, Presidente dell'Associazione Nazionale Sanità Militare; il Dott. Roberto Lala, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma; il Generale Ottavio Sarlo, Direttore Generale della Sanità Militare ed il sottoscritto, come Presidente della Scuola Medica Ospedaliera. Dopo alcuni brevi cenni storico-giuridici della nostra Istituzione, di cui ho ricordato le finalità sociali volte alla formazione e all'aggiornamento continuo del personale che opera in Sanità, ho rivolto un ringraziamento particolare al Col. me. Antonio Caramanica sia per il suo pregevole lavoro,

* Convegno organizzato dalla U.O. di Senologia - Area Chirurgica - del Policlinico Militare di Roma "Celio".



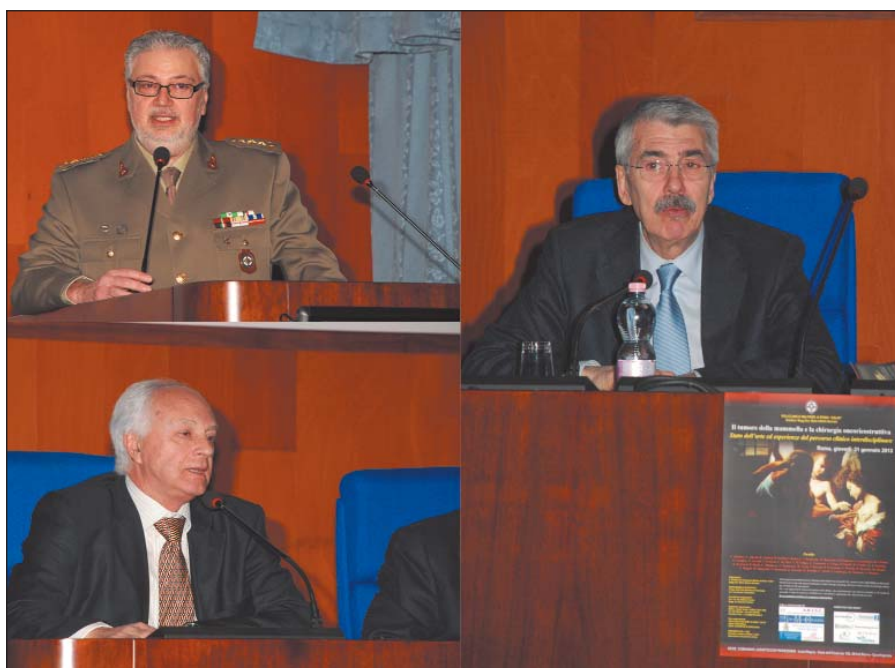
che per il suo impegno nei riguardi dei giovani medici, per formarli e sensibilizzarli verso tematiche di estrema attualità come quella affrontata nel presente convegno da lui brillantemente organizzato.

Nella presentazione del programma, si può leggere infatti che “Il carcinoma della mammella, per incidenza e gravità, rappresenta una malattia di estrema importanza sociale. L’influenza dell’ambiente, delle stimolazioni ormonali, dell’alimentazione, delle modificate abitudini riproduttive, hanno fatto aumentare negli ultimi anni la frequenza del carcino-

ma soprattutto nelle fasce d’età più giovani.

Il trattamento della patologia mammaria, in particolare di quella oncologica, impone un approccio multidisciplinare, la cui opportunità è ormai universalmente condivisa. È infatti convinzione comune che solo attraverso il coinvolgimento di diverse competenze specialistiche sia possibile scegliere il trattamento più appropriato tra le diverse possibili opzioni.

Il percorso terapeutico impone il massimo coinvolgimento della paziente, alla quale è giusto richiede-



■ Da destra, in senso orario: il Col. me. Antonio Caramanica, il Dott. Roberto Lala, il Prof. Benedetto Condorelli.

re una partecipazione estremamente attiva e consapevole. Solo attraverso la professionalità, la multidisciplinarietà, l'aggiornamento continuo e la comunicazione si ottengono i risultati migliori per la paziente e, nel contempo, una minore possibilità di errore e di contenzioso medico-legale.

In tale direzione si è sviluppata l'attività senologica del Policlinico Militare di Roma, ormai consolidata su un'esperienza quasi trentennale.

La chirurgia plastica ricostruttiva è parte integrante del trattamento chirurgico del tumore mammario ed i moderni principi oncologici, che prevedono spazi sempre più ampi per le soluzioni più conservative, hanno favorito il moltiplicarsi di quadri anatomici post-ablativi estremamente diversi. Di qui il fiorire di strategie ricostruttive e di rimodellamento che sono la base della moderna chirurgia oncoplastica della mammella.

In campo demolitivo, la ricostruzione mammaria immediata può essere proposta nello stesso tempo operatorio, in quanto l'intervallo tra chirurgia primaria e ricostruzione, ancora ieri considerato indi-

spensabile, non è più imperativamente necessario. La ricostruzione immediata è ormai un'opzione attuale e di grande interesse per il favorevole impatto psicologico sulla paziente ed anche per la riduzione dei costi complessivi della terapia chirurgica del tumore mammario".

Queste, in breve, le tematiche affrontate nel Convegno accreditato presso il Ministero della Salute. Grande e sentita è stata la partecipazione con oltre 150 iscritti appartenenti alle professioni dei medici chirurghi, psicologi, infermieri e tecnici sanitari di radiologia medica.

In conclusione, è stato per me un vero piacere partecipare a questo evento, non solo per il grande interesse scientifico, ma anche perché mi ha dato la possibilità di incontrare tanti vecchi cari amici, molti dei quali parte attiva della Scuola come docenti e figure istituzionali.

Il mio augurio è per un nuovo anno volto all'impegno e che sia produttivo di tante altre iniziative di valore come questa.



■ Roma, Aula Magna del Comando Logistico di Proiezione alla Cecchignola, Sede del Convegno.

NOVITÀ DI TERAPIA ANTIBIOTICA

■ di Giuseppe Visco - Roma

Dopo un certo periodo di stasi (in parte anche legato alla scadenza dei vecchi brevetti), si osserva da qualche anno una ripresa di interesse nella ricerca di nuove molecole ad attività antibiotica.

I motivi del fenomeno sono in primo luogo commerciali: lo sviluppo e l'estensione delle resistenze ai chemio-antibiotici oggi di uso più comune hanno, infatti, raggiunto dimensioni tali da rendere indispensabile l'apertura di mercati su nuovi farmaci.

C'è da dire che, quantomeno per ciò che riguarda la terapia antitubercolare, a questi motivi si è aggiunta anche una spinta di tipo socio-politico, dato che l'OMS ha preso finalmente posizione sulla gravità dell'endemia tubercolare esistente in molti dei paesi in via di sviluppo (mentre la malattia si va rarefacendo in quelli ad economia avanzata) e sulla assoluta necessità di introdurre interventi risolutivi.

Cominciando da quest'ultimo campo, appare ormai provata l'efficacia della (non più recente) moxifloxacin (*Avalox*, Bayer) su *Mycobacterium tuberculosis*.

Tra le nuove molecole, è stata documentata l'efficacia terapeutica nell'uomo vuoi del PA-824 (una nitro-imidazo-oxazina) che della betaquolina (TMC207, una diaril-chinolina) [Diacon AH, et Al. *Lancet* **380**, 286, 2012] [Didilescu C e Craiova UM, *Pneumologia* **60**, 198, 2011], mentre la PNU 100480 (sutezolid) è ancora in fase di studio sull'animale, con risultati piuttosto promettenti [Williams K et Al. *Antimicrob. Ag.Chemother.* **56**, 3114, 2012].

Per quanto riguarda le altre malattie infettive, la "vecchia" doxiciclina si è rivelata, con i suoi numerosi derivati, ricca fonte di nuove molecole attive – come lo hyclato di doxiciclina (Vibramicina) che, con un ciclo di soli 7 giorni, sembra aver risolto il problema delle infezioni urogenitali (non complicate) da *Chlamydia trachomatis*.

Altra affezione finora difficile da trattare era l'enterite da *Clostridium difficile*, che appare invece ben curabile con la nuova fidaxomicina (una molecola macrociclica), anche nei casi resistenza alla vancomicina [Crook W et Al, *Clin Infect Dis*, **55**, Suppl.2, S93, 2012].

Infine, per le future epidemie di influenza A (H1N1) è disponibile il peramivir (un nuovo inibitore della neuraminidasi virale) in luogo di oseltamivir e zanamivir già in commercio, di recente gravati di segnalazioni di casi tossicità anche letale [Yu Y, et Al, *Clin Infect Dis*, **55**, 8, 2012], tanto da portare alla decisione di ridurne il dosaggio.

Qualche cenno, infine, su nuove applicazioni di antibiotici già noti:

L'**azitromicina** si è rivelata come il farmaco più efficace e comodo (anche per il monodosaggio giornaliero) sia nella prevenzione delle bronchiettasiti recidivanti [Wong C., et Al., *Lancet* **380**, 660, 2012] che nella cura della *framboesia* (o *pian*), la malattia tropicale da *Treponema pallidum* (var. *pertenue*).

Inoltre, nella cura della gonorrea, è indispensabile che questo farmaco, in monodose unica, venga associato alla monodose unica i.m. di 250mg di ceftriaxone (che da solo – come prima era prescritto – non è più in grado di curare l'infezione).

Il **fluconazolo**, largamente usato nelle micosi, è oggi il farmaco di prima scelta per la leishmaniosi in Brasile [Torres J e Suarez JA – *Clin.Infect. Dis.*, **55**, 309, 2012].

Le gravi, spesso letali, batteriemie da *acinetobacter baumannii*, che sono il terrore dei Centri di Terapia Intensiva, possono essere efficacemente curate con l'associazione "mirata" di betalattamine, carbapenemi e fluorochinoloni [Yi-Tzu L. *Clin.Infect. Dis.*, **55**, 09, 2012].

■

L'APPROCCIO DIAGNOSTICO ALLA SINCOPE

■ di **Andrea Ciolli***, **Antonio Castro****, **Fabrizio Castelli*****

U.O.C di Cardiologia, Ospedale Sandro Pertini, Roma

*U.O.S. di Cardiologia d'Urgenza, **Laboratorio di Elettrofisiologia, ***Laboratorio di Ecocardiografia

La sincope è definita come “perdita della coscienza transitoria dovuta ad ipoperfusione cerebrale globale transitoria, caratterizzata da: rapida insorgenza, breve durata e recupero completo e spontaneo”

Abitualmente la sincope ha una durata inferiore ai 20 secondi, sebbene raramente possa persistere fino ad alcuni minuti, rendendo difficile la diagnosi differenziale con altri tipi di perdita di coscienza. Può insorgere improvvisamente o essere preceduta da prodromi come instabilità dell'equilibrio, disturbi visivi, astenia improvvisa, nausea. Quando tale corredo sintomatologico si presenta senza essere seguito da perdita di coscienza si parla di presincope. Il termine presincope ha attualmente sostituito quello di lipotimia.

Sebbene la ripresa della coscienza sia abitualmente rapida, in alcuni casi, specialmente negli anziani, può essere presente amnesia retrograda e astenia.

Gli episodi sincopali possono essere reali o apparenti.

Le **sincopi reali** (dovute cioè ad ipoperfusione *globale* cerebrale) rappresentano il 78 % del totale e sono secondarie a:

a) riflessi neuromediati, che determinano ipotensione e/o bradicardia e che possono essere riconducibili stress emotivi o a particolari “situazioni” come tosse, dolore addominale, defecazione, postminzione, postesercizio, postprandium, massaggio del seno carotideo.

Si distinguono inoltre *forme con presentazione atipica* e senza particolari triggers, diagnosticate mediante criteri di esclusione o mediante riproduzione dei sintomi con il tilt test;

b) ipotensione ortostatica, primaria (disfunzione autonoma pura, atrofia sistemica multipla, morbo di Parkinson), secondaria a disfunzione autonoma da diabete, amiloidosi o uremia, o dovuta a farmaci come vasodilatatori, diuretici o

alcool o a deplezione di volume da emorragia, diarrea, vomito;

c) patologie cardiovascolari, cioè bradi o tachiaritmie o patologie strutturali come stenosi aortica, cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva, infarto miocardico acuto, embolia polmonare, dissezione aortica ecc.

Le **sincopi apparenti**, cioè disordini con parziale o totale perdita di coscienza *non* riconducibile ad ipoperfusione cerebrale globale, sono più rare e possono essere secondarie a:

a) epilessia;
b) disturbi metabolici come ipoglicemia, ipossia, iperventilazione;
c) TIA vertebrobasilare;
d) Intossicazione.

Infine bisogna considerare a parte i disturbi, incorrettamente diagnosticati come sincope, che non comportano perdita di coscienza, come la pseudo sincope psicogena, la cataplessia, i “drop attacks” e i TIA di origine carotidea.

La sincope è responsabile dell'1% di tutti gli accessi ai Dipartimenti di Emergenza e nel 40% dei casi comporta l'ospedalizzazione del paziente, determinando quindi un notevole impatto sul SSN.

Poiché le cause di questo sintomo sono molteplici spesso la diagnosi è difficile, soprattutto nell'anziano ove più concause possono essere contemporaneamente presenti. Tuttavia è dimostrato che **un'attenta anamnesi ed esame obiettivo associati ad una accurata valutazione dell'ECG permettono di far diagnosi fino al 50% dei casi.**

Compito del medico del DEA e del cardiologo è perciò quello di iniziare una corretta strategia di gestione del paziente attraverso:

a) accurata valutazione clinica iniziale,
b) indagini diagnostiche guidate dalla valutazione iniziale,
c) eventuale rivalutazione.

L'esame obiettivo deve essere **sempre** completo di **misurazione della pressione ortostatica**.

Le misurazioni vengono effettuate al 1°, 2° e 3° minuto dall'assunzione dell'ortostatismo, definendo ipotensione ortostatica, indipendentemente dalla presenza o meno di sintomi, un decremento della pressione arteriosa sistolica ≥ 20 mmHg o un decremento della stessa a valori < 90 mmHg.

Oltre alla classica sincope ortostatica che si manifesta entro 3 min dall'ortostatismo, si riconosce una forma iniziale, attribuita ad una caduta immediata della pressione, ed una forma ritardata, riconducibile a lenta e progressiva riduzione della pressione sistolica, dovuta alla malfunzione dei riflessi compensatori tipica degli anziani.

Il **massaggio del seno carotideo**, effettuato sia in posizione

supina che in ortostatismo, deve essere sempre praticato nei soggetti di età superiore ai 40 anni. Una pausa di durata > 3 sec. o una riduzione della pressione sistolica > 50 mmHg definiscono una ipersensibilità del seno carotideo, mentre la diagnosi di malattia richiede la riproduzione della sintomatologia.

Di fronte al paziente con sincope bisogna **sempre porsi le seguenti 3 domande**:

- La perdita di conoscenza è dovuta a una sincope o no?
- È stata fatta una diagnosi eziologica?
- Vi sono dati suggestivi di alto rischio cardiovascolare?

Determinare la presenza o meno di una cardiopatia è cruciale per la prognosi: infatti la

maggior parte delle morti o degli eventi cardiaci maggiori è dovuta alla severità della malattia sottostante più che alla sincope in sé: l'assenza di cardiopatia si accompagna ad una prognosi eccellente mentre la mortalità nelle sincope da cause cardiogene è del 24%.

Per prevedere il rischio di morte dopo la sincope è stato elaborato il cosiddetto OESIL RISK SCORE (Fig. I).

Tra le cause di sincope cardiogena le più frequenti sono le aritmie cardiache (20 % del totale). Un'aritmia può essere sospettata come agente eziologico quando la sincope è preceduta da palpitazioni, si verifica durante esercizio o in posizione supina o si manifesta in soggetti con blocco bifascicolare, pregresso infarto miocardico, cardiomiopatia ipertrofica, sindrome di Brugada, sindrome del

FIGURA I

STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA (Oesil risk score)

- età > 65 anni
- anamnesi di scompenso cardiaco
- anamnesi di aritmie ventricolari
- ECG patologico

Basso rischio < 2 fattori

Alto rischio > 2 fattori

Mortalità entro 1 anno

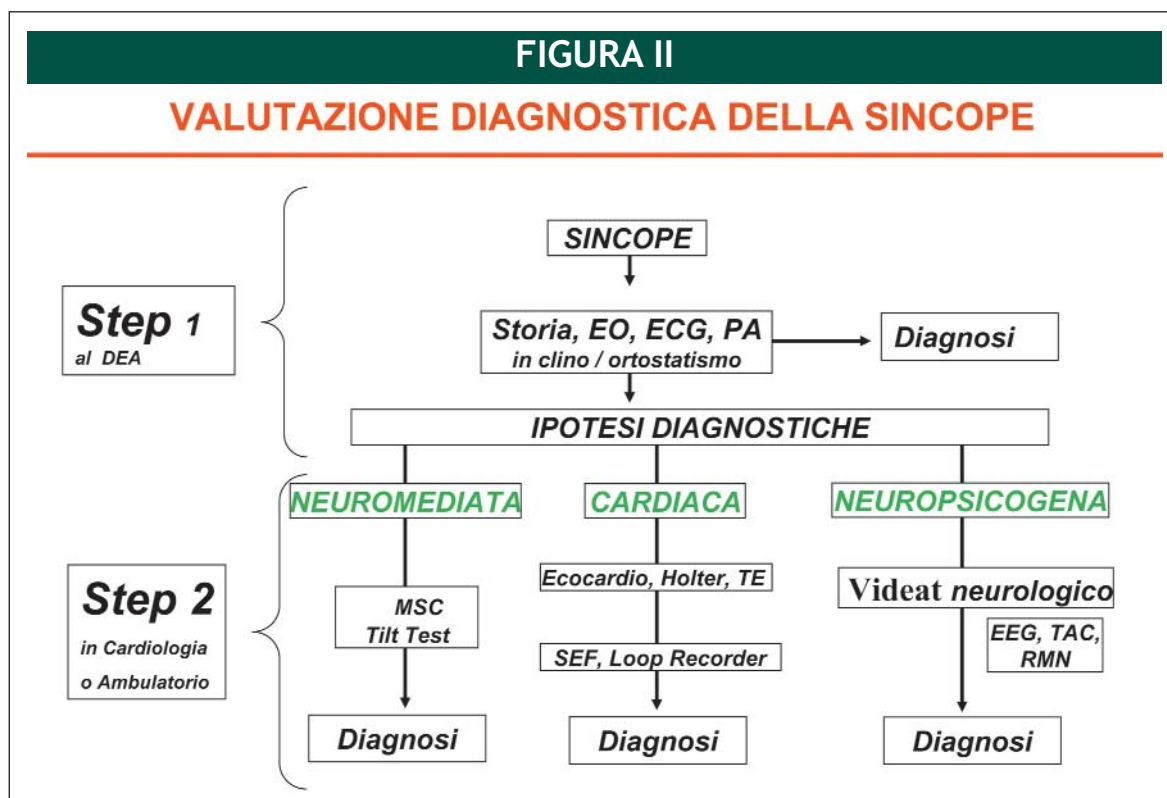
0% → 0 fattori

0,8% → 1 fattore

19,6 % → 2 fattori

34,7% → 3 fattori

57,1 → 4 fattori



QT lungo o con storia familiare di morte improvvisa.

Un'aritmia come causa della sincope è invece certa quando è presente bradicardia sinusale spiccata, pause sinusali > di 3 secondi, blocco atrioventricolare di 2° grado Mobitz II o di 3° grado, blocco di branca alternante, tachicardie parossistiche sopraventricolari o tachicardie ventricolari rapide e malfunzionamento di pacemaker.

Nei soggetti con sincope neuromediata l'esordio della sintomatologia segue spesso visioni, suoni o odori improvvisi inaspettati e sgradevoli, dolore intenso, un pasto abbondante, prolungato ortostatismo o si verifica durante la permanenza in luoghi caldi e affollati.

Quando la valutazione clinica basale risulta negativa è indispensabile programmare altri

accertamenti non invasivi ed invasivi (Fig. II):

- Ecocardiogramma (dotato di basso potere diagnostico in assenza di rilievi suggestivi di cardiopatia).
- Test ergometrico (da effettuare solo quando la sincope si presenta durante o dopo sforzo).
- Tilt test (consente la riproduzione in laboratorio di un riflesso neuromediato: il ridotto ritorno venoso dovuto allo stress ortostatitico e l'immobilizzazione scatenano ipotensione e/o bradicardia. Un tilt test negativo non esclude tuttavia la diagnosi di sincope neuromediata).
- Monitoraggio elettrocardiografico immediato (da effettuare sempre quando si sospetta un'aritmia).
- Holter 24-48 ore (utile solo nell'1-2 % dei casi, poiché raramente i sintomi si ripre-

sentano durante il periodo monitorato).

- Loop recorder esterno (cioè un apparecchio connesso al paziente tramite elettrodi cutanei, dotato di memoria che registra e cancella continuamente l'ECG, attivabile dal paziente entro 15 min dal verificarsi dei sintomi. La sua utilità è compromessa dalla scarsa "compliance" dei pazienti, abitualmente limitata ad alcune settimane).
- Loop recorder impiantabile (posizionato sottocute a livello subclaveare sin., è dotato di batterie con durata fino a 36 mesi. L'impianto, indicato dalle precedenti Linee Guida quando tutte le indagini erano risultate negative, è attualmente consigliato precocemente in caso di elevata probabilità di causa aritmica della sincope. È infatti dimo-

- strato un rapporto costo/efficacia più favorevole rispetto alla strategia convenzionale.
- Test ATP (la somministrazione endovenosa di adenosintrifosfato in pazienti predisposti, provocando un potente effetto dromotropo sul nodo atrioventricolare, causa pause ventricolari prolungate. Ha basso valore predittivo).
 - Studio elettrofisiologico (dotato in genere di bassa sensibilità e specificità, ha una efficacia altamente dipendente dalla probabilità pretest. Inoltre non è più indicato nei pazienti con bassa frazione di eiezione in cui vi è consenso generale sull'impianto di defi-

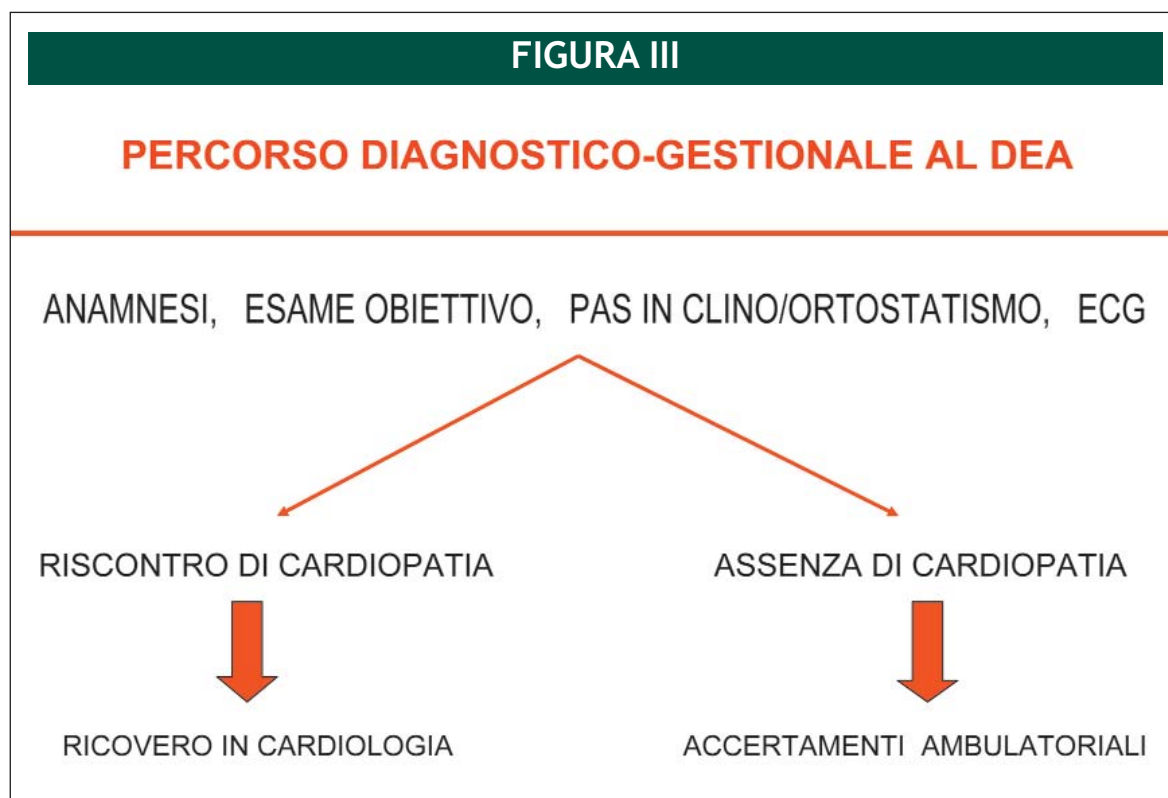
brillatore)

- Test neurologici: l'EEG è raccomandato solo quando si sospetti che l'epilessia possa essere responsabile della perdita di coscienza, mentre non vi sono studi che suggeriscano l'utilità di TAC e RMN cerebrali e del Doppler carotideo nella studio della sincope. Pertanto **EEG, TAC e RMN cerebrale e Doppler dei vasi epiaortici non devono essere eseguiti di routine.**

In un sostanziale numero di casi (18-35%), pur in presenza di un completo e corretto percorso diagnostico, la causa di sincope rimane indeterminata e il sinto-

mo può recidivare nel 35% dei pazienti nei successivi 3 anni.

Compito fondamentale del medico in PS è tuttavia saper riconoscere quei sintomi o segni che possono suggerire una prognosi severa della sincope (come l'insorgenza durante sforzo o in posizione supina, l'assenza di fattori scatenanti, la storia familiare di morte improvvisa, il lento recupero della coscienza o le alterazioni elettrocardiografiche) e che impongono il ricovero, saper riconoscere i pazienti a basso rischio che possono essere dimessi e successivamente studiati in ambulatorio e quelli, infine, che non necessitano di ulteriori esami o terapie (Fig.III). ■



PALEO-ARCHEOLOGIA E MEDICINA

■ di Giuseppe Visco - Roma

Dai moderni metodi di ricerca medica e biologica applicati agli studi preistorici e proto-storici sono stati forniti, negli ultimi decenni, importanti contributi alle conoscenze geo-archeologiche mentre, dall'altro canto, anche la paleontologia ha offerto interessanti informazioni alla storia della medicina. Porteremo, quindi, alcuni esempi delle interazioni tra le due scienze, alla luce dei più recenti risultati in questo campo.

Esaminando sotto l'aspetto anatomo-funzionale alcuni reperti paleo-archeologici si è arrivati, ad esempio, a dedurre che *Homo neanderthalensis* (Fig 1), nonostante le ridotte dimensioni dei suoi arti inferiori, fu favorito nella caccia su terreni scoscesi dalla forma degli indici dei suoi piedi (13)(19) (Fig 2).

Anche gli studi sull'occhio dei mammiferi (sulla loro forma, sul tipo di recettori, sulla struttura della retina, ecc.) hanno fornito contributi alle conoscenze sull'evoluzione del sistema visivo di quegli animali e di come, da notturni, si siano fatti diurni(1)(12).

Un altro esempio di modificazioni della forma del corpo degli *Hominidi* per influenze eco-geografiche ci viene dato dall'osservazione che sia nella femmina di *Australopithecines* che in quella di *Homo* arcaico si era realizzata una maggiore ampiezza della pelvi ed il canale del parto di forma ellittica, che favoriva le gravidanze (Fig. 3).

Ma la maggior rivoluzione nel settore è stata portata dalla **genetica molecolare**, con i risultati di studi sia sull'evoluzione di *Hominidi* che sull'esatta collocazione – temporale e geografica – di *H. neanderthalensis* e dei Denisoviani.

Ad esempio, l'analisi del codice genetico dei resti di Gona, un famoso reperto archeologico rinvenuto in Etiopia e finora attribuito a *Homo erectus*, ci ha invece rivelato essere molto più vicino ad altre specie non-*Homo*, quali *Horrorin tugenesis*, *Australopithecus africanus* e *Paranthropus robustus* (24).

FIG. 1 *Homo neanderthalensis*

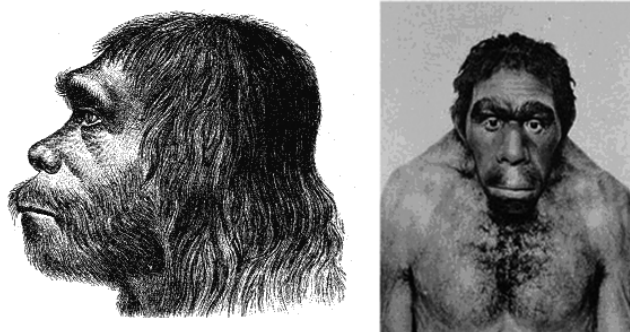
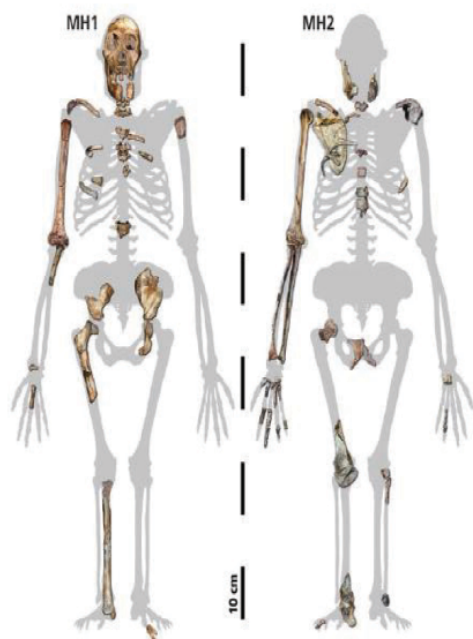


Fig. 2 SCHELETRO
di *H. sapiens neanderthalensis*



FIG. 3 - SCHELETRI di *Australopithecines* e di *Homo sapiens*



Sempre dagli studi sul genoma (16)(20) abbiamo appreso che *Homo sapiens neanderthalensis* è, in effetti, il parente più prossimo di *Homo sapiens sapiens* ma anche che, tra le specie oggi esistenti, la distanza genetica minore è quella tra *Humani* e scimpanzé (10)(20)(Fig. 4).

È stato, inoltre, accertato che *Ursus spelaeus* ed *Homo sapiens neanderthalensis* sono scomparsi contemporaneamente, nell'ultima era glaciale, in conseguenza della medesima pandemia (la cui causa non è stata, però, finora accertata).

Per ciò che riguarda le migrazioni delle popolazioni umane sul nostro pianeta, abbiamo la prova che, nelle età del bronzo e del ferro, le popolazioni nomadi che, dall'Africa, avevano raggiunto l'Asia e l'Europa, si mescolarono fra loro, insediandosi nella depressione di Turpan (Cina occidentale), dalla quale si sono poi ridistribuite nei diversi continenti (3) (Fig. 5).

FIG. 4



Homo sapiens neanderthalensis



Homo sapiens sapiens



Chimpanzé



FIG. 5 - DEPRESSIONE DI TURPAN

Altro settore che ha offerto interessanti contributi è quello della Paleo-microbiologia.

Innanzitutto, da questi studi è nata l'ipotesi che i dinosauri teropoidi (in particolare *Tirannosaurus rex*) si siano estinti per una letale pandemia provocata da un *Trichomonas gallinae*-simile, di origine aviaria (Fig. 6). Si tratterebbe quindi del primo esempio di un'infezione trasmessa dagli uccelli ad ospiti non volatili (così come è avvenuto, all'inizio di questo secolo, con *Coronavirus SARS* (Fig. 7), che ha infettato anche l'uomo) (33).

Dal genoma di esemplari di *Ursus spelaeus*, affetti da osteomieliti mascellari purulente trovati nella repubblica slovacca sono state invece identificate alcune specie di schizomiceti, simili a quelle oggi in circolazione (27) (Fig. 8).

È stata anche ricostruita, con tecniche analoghe, la "storia" del bacillo tubercolare (*Mycobacterium tuberculosis*). Esso è nato in Africa centrale 35.000 anni a.C., dalla mutazione di un micobatterio ambientale e da lì fu portato in India, in Oceania, in Mesopotamia ed in Europa orientale, dove stato trovato nei resti di un malato di 7000 anni fa (13).

Di estremo interesse i risultati degli studi di **Paleo-immunologia**. Da essi è nata, di recente, l'ipotesi che l'immunità acquisita abbia avuto origine, negli animali superiori, dall'inserzione nei linfociti (Fig. 9) di un *Herpesvirus* (Fig. 11) codificante un *rag-transposoon*, ovverosia di un gene - che si è inserito nel loro DNA (Fig. 10) - capace di indurre una risposta anticorpale, di fronte ad un antigene, riconosciuto come estraneo (6).

Per chi sia nuovo della materia il fenomeno potrebbe sembrare sorprendente ma, in realtà, esso non lo è affatto, dato che noi oggi sappiamo, dall'analisi del DNA umano, che l'8% della sua struttura è fatta di frammenti introdotti da virus.

Ma anche la storia della medicina ha acquisito, dalla paleontologia, importanti conoscenze sull'origine e sulla diffusione, nel pianeta, di alcune affezioni come i tumori e le malattie infettive, reumatiche e degenerative.

Si sa, ad esempio, che molte malattie sono comparse sulla terra a seguito dei grandi cambiamenti paleo-ambientali. Ad esempio, nel Neolitico, l'au-

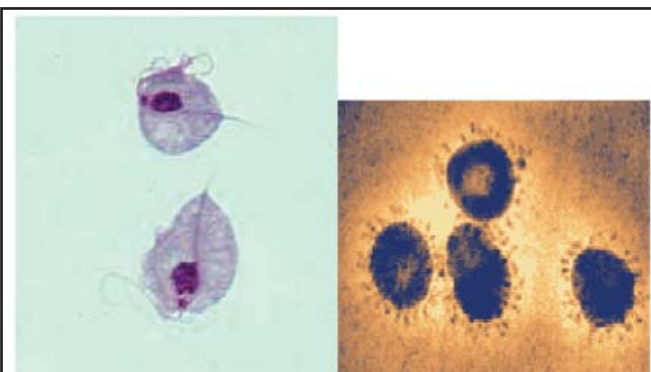
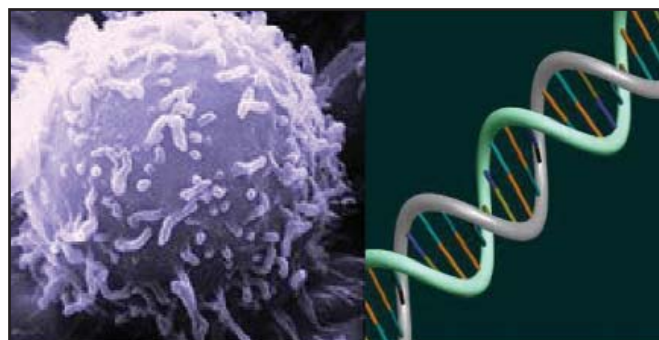
FIG. 6-*Trichomonas* sppFIG. 7-*Coronavirus SARS*FIG. 8 - OSTEOMIELE DEL MASCELLARE DA PIOGENI in *Ursus spelaeus*

FIG. 9 - LINFOCITO

FIG. 10 - DNA UMANO

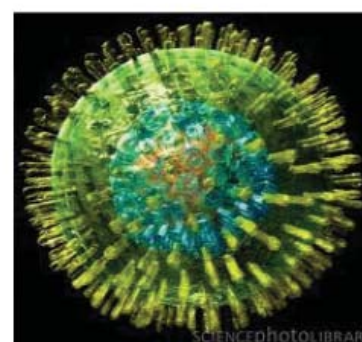
FIG. 11- *Herpesvirus*

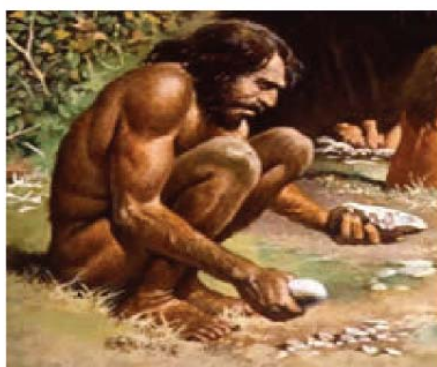
FIG. 12 - SCHELETRO di *Ursus spelaeus*FIG. 13 - *Homo sapiens neanderthalensis*

FIG. 14 - MESOPOTAMIA: LA "MEZZALUNA FERTILE"

FIG. 15 - *Salmonella typhi*

mento della temperatura del pianeta determinò la crescita dei livelli marini in Europa e nel Medio Oriente, al che conseguirono notevoli riasseti geologici – quali la nascita di paludi lungo le coste del Mediterraneo. Ne risultò un radicale cambiamento dell'ambiente, sia vegetale che animale

Possiamo dire che fu a quel punto che gli uomini dovettero far fronte alle malattie vere e proprie. Fino ad allora essi morivano giovani, per cause traumatiche e solo eccezionalmente raggiungevano la longevità ma, a seguito della "rivoluzione ecologica", comparvero e si diffusero, per prime, le malattie infettive trasmissibili e, solo più tardi, quelle dismetaboliche e degenerative.

Abbiamo appreso ad esempio che, nell'ultima era glaciale, *Ursus spelaeus* (Fig. 12) e *Homo sapiens neanderthalensis* (Fig. 13) scomparvero contemporaneamente, nel corso di una medesima pandemia, la cui causa non è stata, però, ancora accertata.

Intorno agli 8.500 a.C. le condizioni di vita migliorarono, soprattutto nella "Mezzaluna Fertile" del Medio Oriente (Fig. 14) e quindi, di fronte ad un ambiente divenuto più accogliente, gli Ominidi si trasformarono da "spazzini di cibo" a cacciatori-raccoglitori (sempre però nomadi) ed infine in agricoltori (stanziali) (32).

Mentre i nomadi erano per lo più affetti dalle comuni infezioni croniche (batteriche (Fig. 15), ma soprattutto parassitarie (Fig. 16), le popolazioni stanziali cominciarono ad essere colpite da infezioni virali (Fig. 17).

Infatti l'avvento dell'agricoltura, con i relativi insediamenti, portò all'organizzazione di aree sociali abitate, dove le risorse si accumulavano, aumentava la densità e quindi la promiscuità delle popolazioni. Fu questa la causa della diffusione di molte malattie a trasmissione inter-umana.

L'accumulo dei rifiuti domestici intorno e dentro le abitazioni e l'allevamento degli animali domestici facilitò, in Eurasia, anche lo sviluppo di molte malattie trasmesse da animali (le c.d. antrozoosi). Ed in Africa, dove ancora, da millenni, le popolazioni vivono in maggioranza più sparse, il principale serbatoio delle infezioni umane sono ancora gli animali selvatici (32).

Passando ai tempi più recenti, l'archeologia e la paleontologia ci hanno mostrato quanto (relativamente) avanzate fossero - in alcuni campi - sia la medicina che la chirurgia nell'antico Egitto e negli Imperi Cinese e Romano dove, ad esempio, erano già conosciute, e temute, la malaria, i tumori, l'arteriosclerosi e la microcitemia (2)(4)(7)(8)(11)(17). Infine, passando all'era moderna, queste scienze ci hanno rivelato che alcune malattie, come le malattie ossee da *Treponema* o l'artrite reumatoide erano già presenti nel continente americano rispettivamente nel 1300 d.C. (23) e nel 3000 a.C.(11), sfatando così la leggenda che le voleva importate dall'Europa. ■

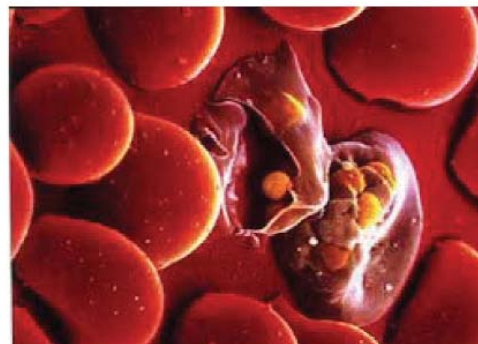
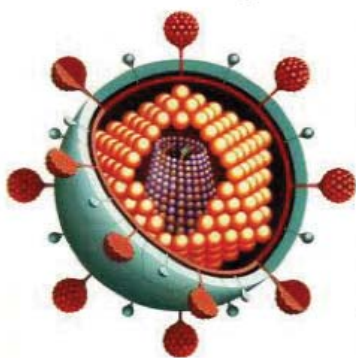
FIG. 16 - *Plasmodium malariae*FIG. 17 - *Herpesvirus hominis*

FIG. 18 - UN MERCATO IN AFRICA

BIBLIOGRAFIA

- Ankel-Simons, F. and Rasmussen, D.T. 2008. Diurnality, nocturnality, and the evolution of primate visual systems. *Am. J. Phys. Anthropol.*, Suppl. 47. P. 100-17.
- Cornish, B., Solomon, L.B., Walshe, K. 2010. Surviving multi-trauma in the past. *ANZ J. Surg.* Vol. 80. P. 912-6.
- Cui, Y.Q. 2006. A study of genetic structure of the inhabitants in the Turpan Depression from the Bronze Age to the Iron. *J. Archaeol. Sci.* Vol. 38. P. 3555-9.
- Djurić, M., Janović, A., et Al. 2010. Adolescent health in medieval Serbia: signs of infectious diseases and risk of trauma. *Homo.* Vol. 61. No.2. P. 130-49.
- Dottarelli R. 2012. Evoluzione e alimentazione. *Civiltà tav.* Vol. 236. P. 20-4.
- Dreyfus, D.H. 2009. Paleo-immunology: insertion of a primordial herpes virus-like element in the origins of acquired immunity. *PLoS One* Vol. 4. P. 5778.
- Finch, C.E. 2011. Atherosclerosis is an old disease: The Paleocardiology of Ancient Egypt. *Exp Gerontol.* Vol. 46. No.1. P.843-6.
- Finch, J. 2011. Ancient origins of prosthetic medicine *Lancet* Vol. 377. P. 9765, P.548-9.
- Giuffrè V, Minozzi S, et Al. 2010. Antonio Ascenzi (1915-2000), a pathologist devoted to anthropology and paleopathology. *Pathologica.* Vol.102. No.1. P. 1-5.
- Goodman, M and Sterner, K.N. 2010. Phylogenomic evidence of adaptive evolution in the ancestry of humans. *Proc. Nat. Acad. Sci. USA.* Vol.11. Suppl. 2. P. 8918-23.
- Halberg, P. 1991. Is rheumatoid arthritis a new disease? *Ugeskr Laeger.* Vol. 48. P. 3386-8.
- Heesy, C.P. and Hall, M.I. 2010. The nocturnal bottleneck and the evolution of mammalian vision. *Brain Behav. Evol.* Vol.75. P. 198-03.
- Higgins, R.W and Ruff, C.B. 2011. The effect of distal limb segment shortening on locomotory efficiency in sloped terrain: implications for Neandertal locomotor behaviour. *Am. J. Phys. Anthropol.* Vol.146. P. 336-45.
- Iwai, K., Maeda, S. and Murase, Y. 2010. Archaeology of tubercular bacilli and tuberculosis. *Kekkaku.* Vol. 85. P. 465-74.
- Johns, T. 1990. The Origins of human Diet and Medicine. The University Arizona Press, Tucson. P. 356.
- Jolly, C. 2001. Analogies from the *Papionin* monkeys and their implications for human evolution. *Am. J. Phys. Anthropol.* Suppl. 33. P. 177-204.
- Lagier, R., Baud, C.A., Arnaud, G., Arnaud S., and Menk, R. 1982. Lesion characteristic of infection or malignant tumor in paleo-eskimo skulls. *Virchows Arch.* Vol. 395. P. 237-43.
- Leca, A-P. 1986. La medicina egizia al tempo dei faraoni. Ciba-Geigy Paris. 368 p.
- Mariotti, V. and Belcastro M.G. 2011. Lower limb enthesal morphology in the Neandertal Krapina population. *J. Hum. Evol.* Vol. 6. P. 694-02.
- Noonan, J.P. 2010. Neanderthal genomics and the evolution of modern humans. *Genome Res.* Vol. 20 No 5. P. 547-53.
- Oh, C.S., Seo, M., Lim, N.J., Lee S.J. Lee S.D. and Sin D.H. 2010. Paleoparasitological report on *Ascaris* aDNA from an ancient East Asian sample - Mem. Inst. Oswaldo Cruz. Vol. 105. P. 225-8.
- Piek J., Lidke G., and Terberger T. 2011. The Neolithic skull from Bolkendorf- evidence for Stone Age neurosurgery? *Cen Eur. Neurosurg.* Vol. 72. P. 42-3.
- Pineda, C., Mansilla-Lory, J., Martinez-Lavin, M., Leboeiro, I., Izaquiere, A. and Pijoan, C. 2009. Rheumatic diseases in the ancient Americas. *J. Clin. Rheumatol.* Vol.15. No. 6. P. 280-3.
- Ruff, C. 2010. Body size and body shape in early *hominins*. Implications of the Gona pelvis. *J. Hum. Evol.* Vol.58. P.166-78.
- Shin, D.H., Oh, C.S. Lee, S.J., Chai, J.Y., Kim, J., Lee, S.D., Park, J.B., Choi, I., Lee, H.J. and Seo, M. 2011. Paleoparasitological study on the soils collected from archaeological sites in old district of Seoul City. *J. Arch. Sci.* Vol.38. P. 3555-9.
- Strouhal, E. and Nemeckova, A. 2009. Palaeopathological diagnosis after 2500 years. *Prague Med. Rep.* Vol. 110. No.2. P. 102-13.
- Stuller, F., Novomeský, F., Krajčovič, J., Straka, L., Bendik, A., Sabol, M., Necas, L., and Strecha, J. 2011. The interdisciplinary cooperation of forensic medicine, clinical medicine and palaeozoology: a case of cave bear (*Ursus spelaeus*) bones. - *Soud Lek.* Vol.56, P. 7-9.
- Sullivan, R. 1995. A brief journey into medical care and disease in ancient Egypt. *J. R. Soc. Med.*, Vol.88. P. 424.
- Timmann, C., and Meyer, C.G. 2010. Malaria, mummies, mutations: Tutankhamun's archaeological autopsy. *Trop. Med. Int. Health.* Vol.15. P. 1278-80.
- Tullo, E. 2010. Trepanation and Roman medicine. *J. Roy. Coll. Physicians Edinb.* Vol.40. P. 165-71.
- Visco, G. 2007. L'impatto delle grandi epidemie nell'evoluzione della società medioevale. *Policl. (Prat.)* Vol.114. P. 521-5.
- Visco, G., Visco Comandini, U. 2008. Come le grandi epidemie hanno cambiato il mondo. *Polic. (Prat.)* Vol. 116. P. 135-57.
- Wolff, E.D., Salisbury, S.W., Horner, J.R., and Varricchio, D.J. 2009. Common avian infection plagued the tyrant dinosaurs. *PLoS One.* Vol. 4. No. 9. P. 7288.

FLASH BIBLIOGRAFICI: NOVITÀ DI TERAPIA

■ di Giuseppe Visco - Roma

MEDICINA GENERALE

- L'associazione Clopidogrel + aspirina è molto efficace nel *post-ictus* – NEJM, 2012, **367** (9), 864
- L'Eltrombopag corregge la piastrinopenia dei cirrotici – NEJM, 2012, **367** (8), 716
- L'Apremilast cura efficacemente la psoriasi – Lancet 2012, **380** (9843), 738
- Il Mepolizumab è valido nell'asma bronchiale – Lancet 2012, **380**, (9842), 651
- Novità nel trattamento dell'infezione da *H.pylori* – Intern. Emerg.Med. 2012,
- La terapia sequenziale con 1 farmaco è più efficace di quella con 3 nell'infezione da *H.pylori* – Lancet 2013, **382** (9862), 205
- Anticorpi monoclonali nell'iper-colesterolemia LDL – Lancet 2012, **380** (9856), 1995 e 2007
- PCSK9: un anticorpo monoclonale attivo nell'iper-colesterolemia LDL – Lancet 2012, **380** (9836), 29
- PCSK9 è più attivo nell'iper-colesterolemia LDL se associato ad atorvastatina – NEJM 2012, **367** (20), 1891
- L'Ustekinumab è efficace nel morbo di Crohn – NEJM, 2012, **367** (16), 1519
- La Enzalutamide è efficace nel carcinoma prostatico – NEJM, 2012, **367** (13), 1187
- Il trastuzumab è efficace nel carcinoma mammario HER2 – NEJM, 2012, **367** (19), 1783
- Nuove terapie per la sclerosi multipla: Glatiramar e BG 12 – NEJM, 2012, **367** (12), 1087 e 1098
- Nuove terapie per la sclerosi multipla:

Alemtuzumab – Lancet 2012, **380** (9856), 1819 e 1829.

- Uso delle trasfusioni di piastrine – Lancet 2012, **380** (9850), 1309
- Utili le trasfusioni nelle emorragie gastriche solo se l'emoglobina è inferiore a 7g – NEJM, 2012, **368** (1), 952
- Una lozione di ivermectina cura l'infestazione da *Pediculus capitis* – NEJM, 2012, **367** (18), 1687
- Nella tosse irriducibile efficace il gabapentin (1,8g/die)-Lancet 2012,**380**(9853)1583

MALATTIE INFETTIVE

- Nuovo farmaco antivirale attivo nell'influenza: il peramivir – Clin. Infect. Dis., 2012, **55** (1), pagg.1, 8, 16.
- La vibramicina è efficace nelle infezioni da *Chl. trachomatis* – Clin. Infect. Dis., 2012, **55** (1),82.
- Le attuali terapie antibiotiche contro le infezioni da stafilococco – Clin. Infect. Dis., 2012, **55** (1),103 e 159.
- Cicli di Ciprofloxacina per 7 gg. sono efficaci quanto quelli per 14 gg. nel trattamento della cistopielite nella donna – Lancet 2012, **380** (9840), 484.
- Nuove terapie anti-tbc: il PA 824 e la Bedaquilina – Lancet 2012, **380**, (9846), 986
- Il Linezolid è efficace nella terapia anti-tbc – NEJM, 2012, **367** (16), 1508 – Il trattamento della tbc multiresistente – Lancet 2012, **380** (9851),1406



SOCIETÀ
ITALIANA
DIFFUSIONE
ENDOSCOPIA E
RIDOTTI INVASIVITÀ
OPERATORIA ONLUS

2013
EVENTI RESIDENZIALI
EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA
**RINITE ALLERGICA E
PATOLOGIE RESPIRATORIE**
VIII° CORSO TEORICO-PRATICO
CREDITI ASSEGNATI: 15
Giovedì 11 e Venerdì 12 Aprile 2013



Responsabile del Corso
Dott. Lino DI RIENZO BUSINCO

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

ELENCO CORSI PROPOSTI PER MARZO-LUGLIO 2013

MARZO

2 Marzo 2013

LA MEDICINA SOCIALE TRA SCIENZA, GIUSTIZIA E BIOETICA

Resp.: S. Ricci – Incontri: 1 – Univ. Sapienza - Med. Legale

Aperto a 200 Partecipanti – **Crediti: 6**

4 Marzo – 9 Maggio 2013

URGENZE ED EMERGENZE IN CARDIOLOGIA

Resp.: G. Scaffidi – Incontri: 9 – ASL RM E, Aula SMO

Aperto a 20 Medici – **Crediti: 50**

7 - 21 Marzo 2013

SOGNO E PSICOTERAPIA

Resp.: G. Lago – Incontri: 3 - IRPPI

Aperto a 25 Med. e Psi. – **Crediti: 18**

9 Marzo 2013

LA SEDAZIONE NEL PAZIENTE ODONTOIATRICO

Resp.: C. Di Maria – M. Niso – Incontri: 1 – ASL RM E, Aula SMO

Aperto a 20 Med. e Odont. – **Crediti: 12**

11 - 12 Marzo 2013

GESTIONE DEL PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO

Resp.: C. Cataldi – T. Mastropietro – Incontri: 2 – AO S. Camillo-Forlanini

Aperto a 20 Med. e Inferm. – **Crediti: 20**

13 Marzo - 24 Aprile 2013

CORSO DI PSICOFARMACOLOGIA CLINICA

Resp.: M. Raja – Incontri: 6 – ASL RM E, Aula SMO

Aperto a 20 Med. e Psi. – **Crediti: 30**

14 - 15 Marzo 2013

IL CARDIOPATICO ANZIANO NELLA PRATICA CLINICA

Resp.: D. Del Sindaco – G. Pulignano – Incontri: 1 – ASL RM E, Aula SMO

Aperto a 20 Medici – **Crediti: 22**

15 Marzo – 21 Dicembre 2013

CORSO DI ALTA FORMAZIONE IN PSICOLOGIA GIURIDICA, MEDICINA LEGALE E VALUTAZIONE DEL DANNO

Resp.: A. Pedon – S. Ricci – Incontri: 10 – Univ. Sapienza - Med. Legale

Aperto a 30 Med. e Psi. – **Crediti: 50**

16 Marzo 2013

CORSO BLSD BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL

Resp.: S. Curti – Incontri: 1 – ASL RM E, Aula SMO

Aperto a 20 Med., Inf. e Odont. – **Crediti: 14**

18 Marzo – 20 Maggio 2013

EVOLUZIONE PSICHICA E PSICOPATOLOGIA

Resp.: M. Iudica – A. Giudici – Incontri: 4 – Pol. Militare Celio

Aperto 25 Medici e Psicologi – **Crediti: 34**

22 Marzo – 12 Aprile 2013

URGENZE EMATOLOGICHE

Resp.: F. Alegiani – Incontri: 3 – ASL RM E, Piccola Spezieria

Aperto a 30 Med., Biol. e Tec.Lab. – **Crediti: 19**

23 Marzo 2013

LA TERAPIA MUSICALE: STRATEGIE DI INTERVENTO NELLE DIVERSE CONDIZIONI CLINICHE

Resp.: L. Di Ventura – Incontri: 1 – IGARS

Aperto 20 Medici e Psicologi – **Crediti: 11**

23 Marzo 2013

PREVENIRE E FRONTEGGIARE L'EMERGENZA NELLO STUDIO ODONTOIATRICO

Resp.: C. Di Maria – M. Niso – Incontri: 1 – ASL RM E, Aula SMO

Aperto a 20 Med. e Odont. – **Crediti: 12**

25 Marzo – 22 Aprile 2013

CORSO DI ECOGRAFIA ADDOMINALE: INDICAZIONI E LIMITI, APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E PERCORSI DIAGNOSTICI

Resp.: A. Soldo – Incontri: 4 – ASL RM E

Aperto a: 20 Med. - **Crediti: 29**

25 - 26 Marzo 2013

PATOLOGIE MENDELIANE NELLA DIAGNOSI POST E PRENATALE. DISTROFINOPATIE E FIBROSI CISTICA: ITER DIAGNOSTICI, INTERPRETAZIONE E GESTIONE DEI RISULTATI

Resp.: G. Sabbadini – M.S. Pergola – Incontri: 2 – ASL RM E, Aula SMO

Aperto a 20 Medici e Biologi – **Crediti: 21**

APRILE

4 - 5 Aprile 2013

CONTAMINAZIONE BATTERIOLOGICA DEGLI EMOCOMPONENTI

Resp.: C. Lavorino – Incontri: 2 – A.O. S. Camillo-Forlanini

Aperto a 60 Medici, Biologi, Tec. Lab.e Inf. – **Crediti: 24**

4 - 5 Aprile 2013

INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON SURGICAL TECHNIQUE FOR SNORING AND OSAHS: 2013 UP TO DATE IN NEW TECHNIQUES AND TECHNOLOGIES

Resp.: A. Marzetti – Incontri: 2 – ASL RM E, Sala S. Spirito

Aperto a 120 Medici – **Crediti: 18**

4 - 18 Aprile 2013

PSICOFARMACI E PSICOTERAPIA

Resp.: G. Lago – Incontri: 3 - IRPPI

Aperto a 25 Med.e Psi. – **Crediti: 18**

6 Aprile – 6 Luglio 2013

TERAPIA DEI NUCLEI PROFONDI (TNP). CORSO I° LIVELLO

Resp.: S. Cagno – Incontri: 6 – ASL RM E, Aula SMO

Aperto a 20 Med.e Psi. – **Crediti: 46**

8 - 16 Aprile 2013

G.B.R. CHIRURGIA OSSEA RIGENERATIVA

Resp.: S. Corbi – Incontri: 6 – AO S. Camillo-Forlanini

Aperto a 12 Med. e Odont. – **Crediti: 42**

11 - 22 Aprile 2013

II° CORSO DI AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE OPERANTE NELLE UDR DEL SANGUE/EMOCOMPONENTI ED ESTERNE, NEL RISPETTO DEI REQUISITI MINIMI RICHIESTI DALLA RECENTE NORMATIVA PER L'ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI TRASFUSIONALI

Resp.: L. Pierelli – Incontri: 12 – AO S. Camillo-Forlanini Aperto a 40 Med. – **Crediti: 50**

11 - 12 Aprile 2013

RINITE ALLERGICA E PATOLOGIE RESPIRATORIE: VIII° CORSO TEORICO-PRATICO

Resp.: L. Di Rienzo Businco – Incontri: 2 – ASL RM E, Sala S. Spirito

Aperto a 120 Medici – **Crediti: 15**

16 Aprile – 14 Maggio 2013

CORSO TEORICO-PRATICO DI CHIRURGIA D'URGENZA

Resp.: C. Cataldi – T. Mastropietro – Incontri: 8 – AO S. Camillo-Forlanini

Aperto a 20 Med. e Inf. – **Crediti: 50**

18 Aprile – 17 Maggio 2013

ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA DI BASE. CORSO INTERATTIVO

Resp.: L.M.C. Boccardi – P.G. Pino – Incontri: 4 – Aula SMO

Aperto a 20 Medici – **Crediti: 50**

19 - 20 Aprile 2013

SCENARI DI EMERGENZE IN SALA PARTO

Resp.: V. Scotto di Palumbo – Incontri: 2 – ASL RM E, Aula SMO

Aperto a 20 Med. e Ostetriche – **Crediti: 20**

20 Aprile 2013

LA DONNA NELL'IMMAGINARIO MASCHILE: ASPETTATIVE, DIFFIDENZE E TIMORI INCONSCI DEGLI UOMINI NEI CONFRONTI DEL FEMMINILE

Resp.: L. Di Ventura – Incontri: 1 – IGARS

Aperto 20 Medici e Psicologi – **Crediti: 11**

26 Aprile – 31 Maggio 2013

CORSO RESIDENZIALE DI ECOGRAFIA DELL'APPARATO UROGENITALE E DI AGOBIOPSIE PROSTATICHE ECOGUIDATE

Resp.: O. Tommasini – Incontri: 9 – ASL RM D

Aperto a 16 Medici – **Crediti: 5**

MAGGIO

2 - 23 Maggio 2013

CINEMA E PSICOPATOLOGIA

Resp.: G. Lago – Incontri: 3 – IRPPI

Aperto a 25 Med. e Psi. – **Crediti: 18**

6 Maggio 2013

CORSO TEORICO-PRATICO: LA FASE PREANALITICA ED IL PRELIEVO VENOSO

AGENDA DELLA SCUOLA

Resp.: G. Lavallo – Incontri: 1 – ASL RM E, Aula SMO
Aperto 20 Medici e Biologi – **Crediti: 13**

10 – 31 Maggio 2013 CORSO AVANZATO DI PSICHIATRIA PER PSICOLOGI CLINICI

Resp.: G. Lago – Incontri: 3 – IRPPI
Aperto a 25 Psicologi – **Crediti: 19**

9 - 30 Maggio 2013 CHIRURGIA ONCOPLASTICA DELLA MAMMELLA. PERCORSO MULTIDISCIPLINARE

Resp.: A. Caramanica – Incontri: 4 – Pol. Militare Celio
Aperto a 20 Med., Inf. e Tec. Rad. – **Crediti: 32**

10 – 31 Maggio 2013 TEORIA E TECNICA DI LAVORO CON SOGGETTI SEX-OFFENDERS

Resp.: A. Grassi – Incontri: 3 – Soc. Telos e LIRPA
Aperto a 20 Med. e Psi. – **Crediti: 30**

10 - 11 Maggio 2013 FISIOPATOLOGIA DEL DIABETE DI TIPO 1 E DI TIPO 2: RAZIONALE DELL'APPROCCIO TERAPEUTICO

Resp.: C. Blasi – Incontri: 2 – ASL RM E, Aula SMO
Aperto a 20 Medici – **Crediti: 20**

11 Maggio 2013 CORSO BLSD PEDIATRICO SECONDO LINEE GUIDA IRC-ERC

Resp.: S. Curti – Incontri: 1 – ASL RM E, Aula SMO
Aperto a 20 Med., Inf. e Odont. – **Crediti: 14**

13 – 14 Maggio 2013 PATOLOGIE MENDELIANE NEURODEGENERATIVE DA MUTAZIONI DINAMICHE NELLA DIAGNOSI POST E PRENATALE. ITER DIAGNOSTICI E GESTIONE DEI RISULTATI

Resp.: G. Sabbadini - M.S. Pergola – Incontri: 2 – ASL RM E, Aula SMO
Aperto a 20 Medici, Biologi e Tec. Labor. – **Crediti: 21**

15 Maggio - 19 Giugno 2013 SEMEIOTICA IN CLINICA PSICHIATRICA

Resp.: M. Raja – Incontri: 6 – ASL RM E, Aula SMO
Aperto a 20 Med. e Psi. – **Crediti: 30**

16 – 17 Maggio 2013 TECNICHE E METODOLOGIE IN FOTOAFRESI: AGGIORNAMENTI E CASI CLINICI

Resp.: A. Lanti - M. Vacca – Incontri: 2 – AO S. Camillo-Forlanini
Aperto a 60 Med., Bio., Tec. Lab. e Inf. – **Crediti: 13**

18 Maggio 2013 ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA

Resp.: C. Bizzarri – Incontri: 1 – ASL RM E, Aula SMO
Aperto a 20 Medici – **Crediti: 11**

18 Maggio 2013 IL SE' E IL DOPPIO: L'IDENTITA' ATTRAVERSO L'ESPERIENZA DELLA GEMELLARITA'

Resp.: L. Di Ventura – Incontri: 1 – IGARS
Aperto 20 Medici e Psicologi – **Crediti: 11**

20 – 29 Maggio 2012 LA BRONCOSCOPIA PER L'ANESTESISTA RIANIMATORE

Resp.: G. Galluccio – R. Dello Iacono – Incontri: 4
Aula SMO e AO S. Camillo-Forlanini
Aperto 20 Medici – **Crediti: 44**

27 - 28 Maggio 2013 PREVENZIONE DEGLI ESITI AVVERSI DELLA RIPRODUZIONE BISOGNA PENSARCI PRIMA DELLA GRAVIDANZA. IL RISCHIO, LA GENETICA E LE MICROCITOMIE

Resp.: M.S. Pergola – Incontri: 2 – ASL RM E, Aula SMO
Aperto a 20 Medici – **Crediti: 14**

GIUGNO

3 – 4 Giugno 2013 200 ECG DA INTERPRETARE E REFERTARE

Resp.: G. Scaffidi – Incontri: 2 – ASL RM E, Aula SMO
Aperto a 20 Medici – **Crediti: 22**

6 – 14 Giugno 2013 ECOCARDIOGRAFIA CLINICA. CORSO INTERATTIVO AVANZATO

Resp.: L.M.C. Boccardi – P.G. Pino – Incontri: 4
- Aula SMO
Aperto a 20 Medici – **Crediti: 50**

7 – 21 Giugno 2013 TEORIA E TECNICA DI LAVORO SULLE DIPENDENZE PATOLOGICHE. DIPENDENZE DA SOSTANZE, DCA E NUOVE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Resp.: A. Grassi – Incontri: 3 – Soc. Telos e LIRPA
Aperto a 20 Med. e Psi. – **Crediti: 27**

10 Giugno 2013 I TEST GENETICI ED IL LABORATORIO DI GENETICA: DAI TEST CLASSICI AI TEST DI NUOVA GENERAZIONE

Resp.: G. Sabbadini - M.S. Pergola – Incontri: 1 – ASL RM E, Aula SMO
Aperto a 20 Medici e Biologi – **Crediti: 10**

15 Giugno - 14 Dicembre 2013 LA CHIRURGIA DEI TERZI MOLARI, STEP BY STEP

Resp.: M. Di Dio – Incontri: 10 – Osp. Fatebenefratelli
Aperto a 10 Med. e Odont. – **Crediti: 50**

17 – 18 Giugno 2013 PREVENZIONE DEGLI ESITI AVVERSI DELLA RIPRODUZIONE BISOGNA PENSARCI PRIMA DELLA GRAVIDANZA. STILI DI VITA

Resp.: M.S. Pergola – Incontri: 2 – ASL RM E, Aula SMO
Aperto a 20 Medici – **Crediti: 14**

22 Giugno 2013 EMPATIA: CONSIDERAZIONI NEUROPSICOLOGICHE E PSICODINAMICHE

Resp.: L. Di Ventura – Incontri: 1 – IGARS
Aperto 205 Medici e Psicologi – **Crediti: 11**

24 – 25 Giugno 2013 PREVENZIONE DEGLI ESITI AVVERSI DELLA RIPRODUZIONE BISOGNA PENSARCI PRIMA DELLA GRAVIDANZA. PATOLOGIE CRONICHE, FARMACI E MALATTIE INFETTIVE

Resp.: M.S. Pergola – Incontri: 2 – ASL RM E, Aula SMO
Aperto a 20 Medici – **Crediti: 14**

LUGLIO

1 – 2 Luglio 2013 IL LABORATORIO DI GENETICA OGGI: COMPLESSITA' ED INTERPRETAZIONE DEL TEST GENETICO, LA CERTIFICAZIONE, IL LABORATORIO DI GENETICA FORENSE

Resp.: G. Sabbadini - M.S. Pergola – Incontri: 2 – ASL RM E, Aula SMO
Aperto a 20 Medici e Biologi – **Crediti: 21**

5 Luglio - 13 Dicembre 2013 LA MEDICINA DEL DOLORE NELLE ALGIE CRONICHE

Resp.: R. Occhioni – Incontri: 11 – S. Maria di Leuca
Aperto a 35 Medici – **Crediti: 50**

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA (SMO)

Segreteria: B.go S. Spirito, 3 - 00193 Roma Tel. 06/68802626/68352411 Fax 06/68806712

CONSIGLIO DIRETTIVO

- Presidente: Prof. Benedetto Condorelli
- Vice-Presidenti: Prof. Aldo Morrone e Dott. Carlo Parascani
- Tesoriere: Prof. Vincenzo Scotto Di Palumbo
- Consiglieri Elettivi: Prof. Lelio Benedettelli, Dott. Marco Di Dio, Dott. Marco Di Girolamo, Prof. Antonio Grassi, Prof. Renato Massini, D.ssa Michelina Miceli, Prof. Roberto Picardi, Dott. Alberto Placido, Prof. Umberto Recine
- Consiglieri di Diritto: Dott.ssa Egle Parisi, Prof. Roberto Bernabei, Dott. Roberto Lala, Dott.ssa Maria Sabia, Prof. Laura Gasbarrone, Prof. Giuseppe Visco
- Segretario: Paola Colletta
- Revisori dei Conti: G. Nera, M. Avigo, S. Conti

BOLLETTINO DELLA SMO

Autorizzazione Tribunale di Roma n.86/95 del 18/02/95

- Direttore Responsabile: B. Condorelli
- Direttore Scientifico: G. Visco
- Comitato di redazione: L. Benedettelli, M. Di Girolamo, R. Massimi, U. Recine, V. Scotto di Palumbo, G. Visco
- Coordinamento redazionale: P. Colletta