ANNO XIV • NUMERO 30 • APRILE-GIUGNO 2008 • TRIMESTRALE • POSTE ITALIANE S.P.A. - SPEDIZIONE IN ABB. POST. - 70% • ROMA/2008

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA
BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO ON LINE
www.smorrl.it

SOMMARIO

EDITORIALE
1 Estratto della relazione del Presidente alla chiusura del bilancio del 31/12/2007
• di D. Scopelliti

ATTUALITA' SCIENTIFICA
5 L'informazione nel rapporto medico-paziente
• di G. La Monaca, F. Castelli

12 Aspetti nutrizionali e metabolici nei pazienti affetti da "Fatty Liver Disease" (NAFLD) e da Steato-Epatite non alcolica (NASH)
• di E. Capristo, F. Castelli, N. Malandrino, S. Farnetti, L. Miele, A. Forgione, V. Vero, A. Greco

AGENDA DELLA SCUOLA
16 Educazione Continua in Medicina: corsi proposti per maggio - giugno 2008

AVVISO

SI INVITANO I SOCI DOCENTI A PRESENTARE ENTRO L'11 LUGLIO LE DOMANDE DI DOCENZA PER I CORSI SEMESTRALI A/A 2008 - 2009

(Domanda di docenza disponibile all'interno della rivista)

ESTRATTO DELLA RELAZIONE DEL PRESIDENTE ALLA CHIUSURA DEL BILANCIO DEL 31/12/2007

di Domenico Scopelliti
Presidente della Scuola Medica Ospedaliera

Signori Associati,
a nome del Consiglio Direttivo porto a conoscenza dei Soci docenti e di tutti coloro che della Scuola sono parte attiva i risultati conseguiti nel corso del 2007.
Grazie all'impegno dei Consiglieri, nonché ad un'attenta gestione amministrativa, nel 2007 si è cercato di perseguire il consolidamento e l'accrescimento della visibilità della nostra istituzione che, ormai da alcuni anni, è coinvolta dallo stato di confusione e di criticità dell'attuale situazione nel campo della formazione e dell'aggiornamento, caratterizzato da un grande sistema concorrenziale.
Sono state quindi adottate alcune iniziative per rilanciare la Scuola sia dal punto di vista politico, che da quello della promozione dell'immagine, attraverso l'incremento di nuovi apporti collaborativi, anche con altre Istituzioni, senza trascurare il nostro obiettivo prioritario che è quello di riuscire a fornire una concreta, nonché qualificata, offerta didattica e formativa.

1) DIDATTICA

L'attività formativa è il principale campo di azione della Scuola e, a tal proposito nel corso del 2007, in pieno sviluppo della formazione legata ai crediti formativi, è stato deliberatamente scelto di continuare ad attivare i tradizionali corsi semestrali e biennali (senza crediti), a carattere prevalentemente pratico e teorico-pratico, ritenendo che possano continuare ad interessare una fascia di operatori non strettamente dipendenti dai crediti formativi, bensì da una reale necessità di potersi aggiornare e di fare formazione permanente in strutture ospedaliere.
L'attività tradizionale della Scuola nell'anno 2007 si può così sintetizzare: 35 corsi semestrali attivati presso 22 presidi ospedalieri con circa 220 iscritti; 3 corsi biennali con un totale di 64 iscritti.
Nel 2007 si è concluso il secondo anno della quinta edizione del Master biennale in Economia e Management Sanitario, che è ormai diventato un appuntamento tradizionale della Scuola, registrando 29 iscritti (di cui 3 a partecipazione gratuita) all'intero corso.

2) E.C.M.

Per quanto riguarda il programma per l'Educazione Continua in Medicina promosso dal Ministero della Salute, la Scuola Medica Ospedaliera, riconosciuta come ente erogatore di eventi, nel corso del 2007 ha attivato 29 corsi ECM con un totale di circa 500 iscritti.
Purtroppo altri 7 corsi proposti, nonostante i numerosi crediti assegnati dal Ministero sono stati annullati, per insufficienza di iscritti. Tale fenomeno ha reso necessario fare uno studio di tutta l'attività didattica della Scuola Medica Ospedaliera, adottando dei requisiti che ne permettano una pianificazione. In particolare, soprattutto per i corsi ECM, è stata evidenziata la necessità di seguire un metodo nella gestione economica del corso, con una previsione il più possibile analitica delle spese nonché delle entrate e fissando un piano finanziario da parte del direttore. Inoltre è risultato necessario confermare l'adozione di un numero minimo di iscritti a corso ed una quota minima di iscrizione.
Tra i corsi ECM del 2007, un rilievo particolare merita quello sulla responsabilità professionale del medico ed implicazioni medico legali e giudiziarie, svolto in due giornate il 7 e l'8 giugno presso l'Ospedale S. Spirito, in collaborazione con l'Ufficio Sanitario della Questura di Roma. Il successo di questo corso è stato determinato dalla presenza come moderatori e relatori di grandi personalità del mondo sanitario, giuridico, universitario, oltre che dalla partecipazione di ben 43 iscritti. Il corso è riuscito ad analizzare e delineare la responsabilità nei diversi ambienti nei quali il medico esercita la sua opera, come nell'urgenza ed emergenza, nei reparti ospedalieri, negli ambulatori e negli studi professionali, nei mezzi di informazione e nelle aule di tribunale.

3) ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E DELLE COMMISSIONI

Il Consiglio Direttivo, tra le prime iniziative adottate, ha cercato di riordinare l'attività didattica al fine di poter migliorare la qualità dell'offerta formativa, ma anche di incrementare il numero dei corsi attivati, distinguendo le varie aree specialistiche di formazione e assegnando ad ognuna un proprio responsabile con il compito di proporre nuove iniziative formative, esaminare le proposte pervenute al fine di verificarne la validità e ricercare sponsor per la realizzazione delle medesime.
All'inizio del 2007, il Direttivo ha affrontato il problema dell'analisi dei costi, nominando una Commissione analisi del bilancio composta dai Consiglieri Moretti, Recine e Scotto di Palumbo che, insieme al Consulente amministrativo, dopo aver analizzato dettagliatamente le singole voci di spesa del bilancio ai fini di una loro possibile riduzione, ha riferito di non aver trovato spese ulteriormente comprimibili.
Per quanto riguarda la Convenzione con Asclepion, scaduta nel giugno del 2006, a seguito di trattative nel corso del 2007 il Direttivo è riuscito ad avere il pagamento di una somma pari a 95.000,00 euro, come anticipo del debito residuo, pari a circa 146.000,00 euro, che Asclepion ha maturato nei confronti della SMO.
Come altra iniziativa, il Consiglio Direttivo ha affidato al Consigliere De Simone il mandato fiduciario di Responsabile dei Rapporti tra la Scuola e le Istituzioni e, in tale ottica, gli è stato richiesto di seguire la pratica dell'accreditamento della SMO per quanto riguarda il programma dell'ECM per il quale entro l'autunno 2007 avrebbero dovuto essere stabilite le regole definitive per portarlo a regime. Tra le novità sostanziali, il programma ECM non dovrebbe più prevedere singoli pagamenti per l'accreditamento dei corsi, bensì il pagamento da parte di ogni provider di una tassa annua complessiva di circa 2500,00 – 3000,00 euro. Il numero dei provider sarà drasticamente ridotto e, probabilmente, tra i requisiti richiesti per l'accreditamento vi sarà quello di un accordo in atto con un'Azienda Sanitaria Ospedaliera.
Il Consiglio Direttivo, prendendo coscienza del concreto problema di sopravvivenza non solo della SMO, ma anche di molte altre istituzioni a carattere culturale, ha provveduto ad inviare una lettera aperta al Presidente della Regione Lazio, al Ministro per i Beni e le Attività Culturali e al Sindaco di Roma, a nome delle quattro Istituzioni storiche presenti presso la ASL RM E (Scuola Medica Ospedaliera, Accademia Lancisiana, Ente Settimana Medica degli Ospedali e Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria), cercando di sensibilizzare tali organismi politici a quelli che sono i reali problemi di sussistenza di chi rappresenta un vanto delle migliori tradizio-

ni culturali nel campo del sapere medico. Bisogna però aggiungere che, a tutt'oggi, non è pervenuto alcun cenno di risposta dalle Istituzioni interpellate.
Per quanto riguarda l'attività editoriale, nel corso del 2007 sono stati pubblicati i numeri 28 e 29 del Bollettino della Scuola Medica Ospedaliera e, cercando di dare spazio all'editoria on line, è stato fatto uno studio per avviare un Bollettino on line dal titolo SMO Journal.

4) RINNOVAMENTO STATUTARIO

Per quanto riguarda il progetto di rinnovamento statutario il cui studio, avviato nel 2006, è stato portato avanti nel corso del 2007, sono state analizzate tutte le possibili forme giuridiche adattabili alla SMO, non solo per sveltirne le attuali modalità operative e per rispondere meglio alle nuove regole del mercato formativo, ma anche per perseguire il fine di una possibile assegnazione di fondi e di contributi.
Tenendo presente i desiderata già espressi dal Direttivo per il futuro statuto (mantenere la denominazione di Scuola Medica Ospedaliera, in funzione dell'antica tradizione e per assicurarne la continuità; confermare l'identità della Scuola quale istituzione a carattere ospedaliero, non precludendo però la possibilità per gli universitari di dare il loro contributo come esperti invitati, pur non godendo delle specifiche prerogative dei soci; ribadire come oggetto sociale quello della formazione, estendendolo anche alla ricerca scientifica e alla cooperazione con altre istituzioni; identificare la Scuola quale organismo di tipo regionale anche in funzione delle attuali delibere della Regione Lazio; confermare la presenza dei rappresentanti delle Istituzioni in seno al Direttivo), si è arrivati alla conclusione che qualsiasi forma giuridica analizzata, comporterebbe cambiamenti sostanziali del modo di operare della Scuola, oltre a presentare dei limiti.
Le scarse risorse economiche disponibili e la tempistica hanno indotto, almeno per il momento, a non affrontare una riforma statutaria, ma a prevedere delle modifiche, quale il pagamento delle docenze ai proponenti i corsi, senza far perdere alla SMO la qualifica di ente non commerciale, in quanto gli eventuali avanzi di gestione non verrebbero distribuiti tra gli associati, ma destinati al potenziamento dell'attività istituzionale.
Nell'ottica di un contenimento delle spese e come anticipazione per l'anno 2008 il Direttivo, considerando il maggior impegno richiesto ai docenti per l'organizzazione di un corso ECM, ha condiviso la possibilità di avviare una fase sperimentale, tesa a valorizzare il contributo dei docenti in termini economici, applicando una tariffa per ora di lezione, a seguito di valutazione del budget di ogni singolo corso (secondo le entrate e le spese previste).

5) CONVENZIONI E PROTOCOLLI D'INTESA

Ricordiamo che il nuovo Direttivo ha disdetto le convenzioni stipulate tra la Scuola e le Aziende ospedaliere, non avendo queste dato alcun risultato e dimostrandosi di scarsa utilità, soprattutto di fronte al problema di una sede idonea dove poter svolgere i corsi della Scuola. Infatti, con le nuove politiche aziendali è diventato sempre più problematico svolgere i corsi all'interno delle strutture sanitarie, come è la tradizione della Scuola. Un'unica eccezione è stata prevista per la convenzione con la ASL RM E, in funzione delle trattative che sono già state avviate e dei nuovi accordi operativi che devono essere presi.
Il Direttivo è però riuscito a porre le basi per nuovi accordi come quello con il Direttore Generale del Policlinico Umberto I, dott. Ubaldo Montaguti, che si è offerto di farsi promotore di un progetto di collaborazione tra la SMO e l'Università, al fine di poter costituire una sorta di Scuola Superiore di Sanità.
Inoltre, l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni-Addolorata ha fatto pervenire, tramite il suo Direttore Sanitario, una lettera con la quale ha rinnovato la disponibilità dell'Azienda a far svolgere nel suo interno i corsi della Scuola, oltre che a stipulare un nuovo rapporto di convenzione.
Un'iniziativa di rilievo è stata intrapresa dal Presidente con il Ministero degli Affari Esteri che, attraverso l'Ufficio per la Cooperazione e lo Sviluppo, finanzia progetti formativi per medici stranieri. Il Presidente ha presentato una proposta di corso sulle malformazioni cranio-facciali che la Scuola dovrebbe organizzare per il 2008 per medici iracheni, in collaborazione con Operation Smile Italia e con l'Ufficio formazione della ASL RM E.

Il budget predisposto dal Ministero degli Affari Esteri per ogni progetto formativo sostenibile è dell'ammontare di circa 100,000 euro. Attualmente siamo in attesa di una comunicazione da parte dell'Ufficio competente in merito alla proposta formativa da noi presentata.
Un merito particolare va al Consigliere De Simone che, in qualità di Responsabile dei Rapporti con le Istituzioni, si sta prodigando molto per la Scuola ed ha portato a conclusione un Protocollo d'Intesa tra la SMO e la Provincia di Roma che ha come scopo lo sviluppo di iniziative formative, commissionate alla SMO dalla Provincia, sulla base di sue precise esigenze di finalità sociali. Le prime due esigenze formative richieste sono dirette ai centri anziani e alle scuole e, per tali esigenze, è stato stanziato dalla Provincia un contributo di circa 30.000 euro. Per le attuali vicende politiche, tale iniziativa, già firmata nel 2007 potrà essere portata a felice conclusione a metà del 2008, a seguito di un'apposita lettera di incarico.
Come altra iniziativa è stata avviata una trattativa con la RAI volta a stipulare una convenzione che preveda, a carico della SMO, la progettazione e realizzazione di corsi, convegni e seminari, diretti alla formazione permanente di operatori sanitari del Servizio Sanitario Aziendale RAI. Il personale sanitario RAI da formare, al quale bisognerà assicurare la più ampia e diffusa acquisizione dei crediti formativi, è di tipologia mista, medico ed infermieristico, provenienti dalle diverse sedi del territorio nazionale.

6) ATTIVITÀ PROMOZIONALI

La Società di marketing con la quale la Scuola ha stipulato un contratto di consulenza annuale, nel corso del 2007 ha elaborato uno studio per supportare l'attività di promozione e di rilancio della SMO. A tal proposito, è stata analizzata l'offerta formativa della Scuola, evidenziandone i punti di forza (tradizione secolare e grande reputazione dell'Istituzione) ed i punti di debolezza (ampiezza ed eterogeneità dell'offerta formativa che diventa, in tal modo, di difficile comunicazione all'esterno; concorrenzialità dei corsi ECM erogati gratuitamente da altri provider). È stato tracciato un piano operativo di comunicazione con gli strumenti necessari per la sua realizzazione (newsletter cartacea ed elettronica, banner web, catalogo dei corsi, sponsor kit) che la segreteria della Scuola ha provveduto a realizzare.
Purtroppo i risultati attesi dallo sviluppo del piano di comunicazione, quali l'incremento degli iscritti ed il consolidamento dei rapporti con enti partner e sponsor, non si sono realizzati per una serie di motivi, tra i quali l'equivoco creatosi circa l'apporto dato dalla Società di Marketing che è stato quello di predisporre azioni di comunicazione qualificata, nonché di affiancamento al management e allo staff SMO, senza l'autonoma ricerca di sponsor.
Per quanto riguarda il rinnovo del sito della Scuola, nel corso del 2007 è stato condotto uno studio per la realizzazione di tre distinti siti: uno generale per l'attività di tipo tradizionale; uno per la didattica a distanza con la possibilità di inserire corsi on-line; uno dedicato all'attività editoriale. Attualmente, è stato compiutamente realizzato il primo sito, mentre è stata fatta una bozza grafica del sito SMO Journal, da completare.
È stata confermata dalla RINA anche per l'anno 2007 la certificazione di Qualità del nostro sistema di gestione aziendale, secondo la normativa ISO 9001:2000. ■

L' INFORMAZIONE NEL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

di Giuseppe La Monaca*, Fabrizio Castelli**
* *Dottore di Ricerca in Scienze Medico-Forensi*
** *UOC Cardiologia Ospedale Nuovo Regina Margherita - Roma*

La relazione tra medico e paziente si è evoluta nel corso dei secoli attraversando varie fasi, di pari passo con i progressi della medicina, fino a giungere ai nostri giorni consegnandoci un rapporto spesso logorato. Non è un mistero che oggi il medico sia spinto a concentrare la propria attenzione sempre più sulla malattia (ma anche sull'organizzazione dei servizi e sulla razionalizzazione dei costi di cura) e sempre meno sul malato che, parallelamente, spesso risente della mancanza di un rapporto fiduciario interpersonale e di una valida comunicazione con il proprio curante.

Sono state teorizzate diverse tipologie di relazione medico-paziente, ciascuna con i propri pregi e i propri limiti, tenendo conto tanto del diritto del paziente ad essere attivamente coinvolto nel progetto di cura, esercitando la propria libertà di autodeterminazione nelle scelte relative alla salute, quanto dei valori di riferimento del medico ed in particolare del rispetto della sua autonomia all'interno di quella posizione di garanzia del bene salute che gli è conferita in forza della sua professione.

La svolta fondamentale nel rapporto medico-paziente è senza dubbio consistita nel passaggio dal paternalismo medico al principio di autonomia del paziente. Nel primo modello il medico assumeva su di sé tutte le responsabilità relative alla cura del malato, fornendogli spesso un'informazione selezionata che lo incoraggiasse a prestare il proprio consenso. L'affermazione del principio di autonomia del paziente scaturisce viceversa in un contesto sociale profondamente mutato: oggi il paziente ha generalmente una maggiore consapevolezza dei propri diritti e, grazie al ruolo informativo dei media, possiede spesso maggiori strumenti rispetto al passato per poter comprendere - o talora ritenere di comprendere - talune problematiche mediche; conseguentemente è più motivato rispetto al passato nel pretendere di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute.

Dinanzi a tale mutato contesto una riproposizione acritica del paternalismo delle epoche passate sarebbe anacronistica oltre che praticamente inattuabile. Tuttavia anche l'assolutizzazione del principio di autodeterminazione del paziente non è scevra da conseguenze dannose. Essa può portare ad un sempre più pericoloso scollamento tra medico e paziente e ad una distorsio-

ne nella relazione con il curante, senza poi considerare i limiti alla sua concreta attuabilità in molte situazioni. Ci si deve d'altra parte chiedere se sia davvero possibile realizzare una completa informazione del paziente nel corso delle cure mediche, se questa sia sempre una esigenza prioritaria e risponda realmente alla volontà di ogni malato, se la volontà del paziente possa e debba rappresentare il riferimento principale dell'agire medico.

Il momento dell'informazione è senza dubbio uno degli aspetti cruciali e fondanti del rapporto medico-paziente, tanto più riscoperto nella sua criticità quanto più la Medicina moderna ha imboccato la strada della superspecializzazione e della tecnicizzazione estrema. Costituisce inoltre per il medico un preciso dovere, dettato in primo luogo dalla norma deontologica, ma la cui violazione può essere fonte di responsabilità sia in sede penale che in sede civile: dovere che prescinde della necessità contingente di acquisire un valido consenso ad un trattamento e che accompagna il medico in ogni fase dell'assistenza all'ammalato, indipendentemente dalle modalità e dai tempi ritenuti più idonei per assolvere a tale compito nel singolo paziente.

Affinché si possa stabilire un buon rapporto medico-paziente si deve tuttavia in primo luogo riscoprire il valore della comunicazione come strumento non soltanto per garantire al paziente il necessario diritto all'informazione e ad una consapevole libertà di scelta - o, eventualmente, per riscontrare in questi l'opposta volontà di 'non sapere' e improntare il proprio comportamento al rispetto di tale esigenza non meno meritevole di tutela - ma anche dotato in proprio, spesso, di una concreta ed intrinseca efficacia terapeutica: la comunicazione rappresenta infatti uno degli aspetti da cui più direttamente dipende la soddisfazione e la fiducia del paziente nei confronti del curante, le quali, a loro volta, possono favorire l'instaurarsi di una efficace *compliance* e quindi, in certa misura, anche condizionare favorevolmente i risultati finali di una terapia.

Una corretta realizzazione del dovere di informazione presupporrà dunque necessariamente l'instaurarsi di una relazione in cui il medico sappia entrare in empatia con il malato, ascoltandolo, comprendendone stati d'animo ed aspettative ed adeguandosi di volta in volta al proprio interlocutore, ma salvaguardando al tempo stesso la propria indipendenza nell'esercizio della professione.

L'informazione dovrà dunque essere "personalizzata", capace di modularsi e di modificarsi tenendo conto delle peculiarità di ogni singolo paziente, dei diversi fattori (culturali, sociali e soprattutto psicologici; ma anche dell'età, del tipo e dello stadio della malattia, ecc.) che lo caratterizzano ed individuano e del contesto globale in cui questi è chiamato a vivere la propria esperienza di malattia, così da divenire essa stessa efficace espressione della centralità del soggetto ammalato nell'interesse del medico e nel suo progetto di cura.

Si tratta evidentemente di un processo che richiede del tempo e che appare in controtendenza rispetto ai ritmi frenetici ed alle linee di sviluppo della moderna medicina, in cui il malato è sempre più spesso costretto a relazionarsi con enti impersonali, quali le strutture ospedaliere, piuttosto che con figure sanitarie di riferimento. Si tratta inoltre di un processo che, a rigor di

(segue a pagina 11)

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA
Borgo Santo Spirito, 3 - 00193 Roma
Tel. 0668352411 - 0668802626 - Fax 0668806712
E-mail: segreteria@smorrl.it Sito web: www.smorrl.it
Certificata ISO 9001:2000 N 11749/04

DOMANDA DI DOCENZA PER CORSI SEMESTRALI

Al Presidente della S.M.O.

Il sottoscritto (cognome e nome).....

Qualifica (indicare se dirigente di I livello - fascia A o B - oppure II livello) .....

divisione o servizio ..... presidio ospedaliero.....

nato a .....(Prov. .....) il.....

domiciliato.....(Prov. .....) Via..... n.....

C.A.P..... E-mail.....

Tel. (abitaz.) ...../..... Cell. ...../.....

Tel. (diretto ospedale) ...../..... Fax ...../.....

presenta domanda di adesione alla Scuola Medica Ospedaliera ai sensi dell'articolo 5 dello Statuto e di conferimento d'incarico d'insegnamento per il prossimo anno accademico.

A tal proposito dichiara sotto la propria responsabilità:

a) di essere medico ospedaliero in servizio di ruolo dal .....

o Primario emerito con delibera del .....

b) di aver conseguito la laurea in .....

presso l'Università di ..... in data .....

c) di essere in possesso della libera docenza in .....

d) di essere in possesso della specializzazione in .....

Titolo del corso proposto .....

(per ragioni meccanografiche il titolo deve essere contenuto entro n. 100 caratteri compresi gli spazi vuoti)

Tipo del corso: Teorico-pratico ☐ Pratico ☐ Pluridisciplinare integrato ☐

Durata del corso (minimo 30 ore di lezione): dal ..... al .....

Giorno e orario delle lezioni .....

Presidio ospedaliero e Divisione (o Servizio) sede del corso .....

Numero massimo di iscritti .....

(possono essere richiesti minimo 3 iscritti - vedi punto 3 del regolamento)

Corsi di laurea ammessi:

Tutti ☐ Medicina e Chirurgia e studenti in Medicina ☐

Psicologia ☐ Farmacia ☐ Odontoiatria e protesi dentaria ☐

Scienze biologiche ☐ Biotecnologia ☐ Chimica e tecnologia farmaceutica ☐

Eventuali altre notizie .....

Precisare di seguito in modo dettagliato **gli argomenti che saranno svolti** durante il corso da ciascun docente.

DOCENTI	ARGOMENTI
..... (Coordinatore)	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 riportata sul retro della presente e preso atto dei diritti che gli derivano dal precedente art. 7 della stessa legge, esprime formale consenso a che la S.M.O. effettui il trattamento dei propri dati personali, nella misura necessaria e nella esclusiva finalità di adempimento di specifici obblighi contabili, fiscali e derivanti dall'attività didattica.

Data, ...

NULLA OSTA DEL DIRIGENTE DI II LIVELLO
responsabile della Divisione o Servizio sede del Corso

..... (firma e timbro)

FIRMA

..... (firma e timbro)

PARTE RISERVATA ALLA SEGRETERIA

Il richiedente in base ai requisiti presentati è: Docente ☐ Esperto ☐

PARTE RISERVATA ALLA COMMISSIONE ESAMINATRICE

Corso ammesso: SI NO

Nuovo titolo se variato .....

Il richiedente se non ha i requisiti come docente può essere ammesso come esperto: SI NO

La Commissione esaminatrice

FIRMA

.....

REGOLAMENTO DEI CORSI E NORME DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI DOCENZA

1) I corsi teorico-pratici e pratici possono essere espletati nel periodo compreso tra il 15 dicembre c.a. e il 15 luglio dell'anno venturo.

2) I corsi devono avere durata trimestrale se pratici (in tal caso i docenti del corso non potranno essere più di tre) e semestrale se teorico-pratici. Possono essere anche proposti corsi pluridisciplinari integrati di durata semestrale, con più docenti di diverse materie complementari.

3) **I corsi possono essere attivati solo se avranno un numero minimo di 3 iscritti. I corsi con uno o due iscritti saranno quindi annullati.**

4) Ciascun corso deve comprendere **almeno 30 ore** di insegnamento distribuite in **almeno 20 lezioni** svolte in differenti giornate.

5) Nel caso che il corso sia svolto da più docenti, **ciascun docente deve tenere almeno il 20% delle lezioni complessive del corso.**

6) Le singole lezioni vanno annotate nell'apposito libretto fornito dalla Scuola e sottoscritto in **modo leggibile** dai vari docenti; nello stesso libretto, devono essere raccolte per ogni lezione le firme dei discenti presenti.

7) L'esame finale potrà essere sostenuto solo da quei discenti che avranno frequentato almeno i due terzi delle lezioni svolte.

8) Alla fine del corso: il docente dovrà compilare nell'apposito libretto fornito dalla Scuola il verbale dell'esame sostenuto da ogni singolo discente, con il giudizio conseguito che potrà essere ottimo, buono, sufficiente o insufficiente; ogni discente dovràácompilare la scheda di valutazione del corso da consegnare direttamente alla segreteria della Scuola.

9) Il verbale d'esame va inviato il più sollecitamente possibile alla Segreteria della Scuola e comunque non oltre il 31 luglio c.a. per i necessari controlli ed il rilascio delle relative certificazioni.

10) **I singoli docenti non possono svolgere più di due corsi nello stesso anno accademico** e potranno coordinarne uno solo nel caso di più docenti.

11) Il Coordinatore del Corso dovrà avvisare tempestivamente per telefono gli iscritti del giorno di inizio del corso (il numero telefonico gli verrà trasmesso con l'elenco degli iscritti dalla Segreteria).

12) **Termine improrogabile per la presentazione delle domande di docenza: ore 13 dell´11 luglio c.a.** Qualora il termine ricadesse in un giorno festivo, il primo giorno utile successivo.

13) I requisiti richiesti dall'art. 11 dello Statuto per lo svolgimento delle attività didattiche sono i seguenti:
- **Laurea in Medicina e Chirurgia da almeno 7 anni.**
- **Servizio di ruolo ospedaliero da almeno 5 anni** (tale periodo potrà essere inferiore se liberi docenti o specializzati nella materia di insegnamento).
- Delibera di **Primario Emerito** se il richiedente ha completato il suo rapporto di lavoro con la struttura ospedaliera.

14) Chi presenta per la prima volta domanda di docenza, dovrà quindi allegare, a norma di statuto, la seguente documentazione:
- fotocopia, in carta semplice, del certificato di laurea;
- fotocopia, in carta semplice, della specializzazione conseguita;
- certificato, in carta semplice, dal quale risulti l'anzianità del servizio di ruolo prestato in Ospedale;
- fotocopia della delibera nel caso di primari emeriti.

15) Le domande di docenza si intendono accettate all'atto di pubblicazione nel libretto-programma.

16) L'eventuale impossibilità a svolgere il corso dovrà essere immediatamente segnalata alla Segreteria affinché provveda a far cambiare corso o a rimborsare ai discenti la quota di partecipazione. Ugualmente si dovrà avvertire la Segreteria di eventuali variazioni di programma o sostituzioni di docenti per la valutazione da parte del Consiglio Direttivo.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del regolamento dei corsi e di attenersi scrupolosamente ad esso.

Firma

.....

ATTENZIONE

Allo scopo di tenere aggiornato l'archivio dei dati personali, si prega di riempire il presente modulo in tutte le sue parti ed in modo leggibile. Le domande dovranno essere inoltrate in originale. Non verranno prese in considerazione le domande non debitamente compilate in ogni parte, prive del nulla osta timbrato e firmato dal Dirigente di struttura complessa e della necessaria documentazione allegata.

Gentile docente,

desideriamo informarLa che il D. Lgs. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge indicata tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 della legge predetta, Le forniamo quindi le seguenti informazioni:

- I Suoi dati verranno trattati per le finalità strumentali alla n/s attività didattica, quali ad esempio:
  1. esecuzione della didattica e degli adempimenti contabili e fiscali;
  2. gestione archivio curriculum dei docenti.
- Il trattamento dei dati avverrà mediante supporti cartacei e/o magnetici con l'osservanza di misure di sicurezza e di riservatezza.
- Il titolare del trattamento è la Scuola Medica con sede legale e organizzativa in Borgo S. Spirito, 3 - 00193 Roma.

La informiamo, inoltre, che il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale mancato consenso comporta la impossibilità di mantenere i Suoi dati in nostro possesso e di conseguenza la mancata accettazione della domanda di associazione.

(continua da pagina 6)

logica, non può essere neanche ingabbiato in procedure standardizzate, concettualmente in antitetesi con l'esigenza di restituire al soggetto ammalato quella effettiva "centralità" che gli spetta.

Il movimento culturale, dottrinale e giuridico che ha richiamato l'attenzione sul dovere di informazione e di acquisizione del consenso ha correttamente individuato due momenti essenziali in cui la posizione del paziente doveva essere oggetto di una maggiore tutela. Ma tale processo di opportuna sensibilizzazione al rispetto di diritti fondamentali del soggetto più debole nella relazione medico-paziente deve essere condotto con maggiore equilibrio, puntando non tanto ad un capovolgimento di ruoli e di valori tradizionali, quanto ad una più armonica relazione finalizzata ad una più efficace assistenza.

Del resto il completo stravolgimento nel rapporto medico-paziente che è derivato da un approccio di tipo prevalentemente "legale" ai principi dell'informazione e del consenso, non giova per primo al paziente, perché alimenta diffidenze reciproche, atteggiamenti difensivi ed uno snaturamento contrattualistico della assistenza medica. Viceversa il paziente ancora oggi, a parte rare eccezioni, nel relazionarsi con i propri curanti, oltre che pretendere il rispetto dei propri diritti, cerca soprattutto un'attenzione ed una sensibilità alla propria persona ed aspira ad ottenere speranze piuttosto che garanzie scritte.

Se dunque la riscoperta del dovere di informazione si esaurisce nella imposizione e nella pretesa del pedissequo rispetto di regole, spesso del tutto astratte, talora irrealistiche e svuotate dei loro più autentici presupposti, si perde un'ulteriore occasione per restituire la professione medica a quel rango di Arte, fondata su conoscenze biologiche, ma intrisa di valenze psicologiche ed antropologiche, che ha smarrito nel corso degli ultimi decenni. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Barbuto G., *Alcune considerazioni in tema di consenso dell'avente diritto e trattamento medico chirurgico*, Cass. Penale, 2003, 43, 327.
2. Binetti P., Bruni R., Ferrazzoli F., Flora C., Gryeghel M., Pontalti I., Poterzio F., *Persona, paziente, cliente*, SEU, Roma, 2000.
3. Cavicchi I., *La Medicina della scelta*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000.
4. Emanuel E.J., Emanuel L.L., *Four models of the physician-patient relationship*, JAMA, 1992, 267, 2221-2226.
5. Fiori A., *Medicina Legale della responsabilità medica*, Giuffrè, Milano, 1999.
6. Fiori A., La Monaca G., *L'informazione al paziente ai fini del consenso: senza più limiti* (nota a sentenza), Riv. It. Med. Leg., 2000, XXII, 1301-1314.
7. Iadecola G., *Il medico e la legge penale*, CEDAM, Padova, 1993.
8. Jaspers K., *Il medico nell'età della tecnica*, R. Cortina editore, Milano, 1991.
9. La Monaca G., Tambone V., Zingaro N., Polacco M., *L'informazione nel rapporto medico-paziente*, Giuffrè, Milano, 2005.
10. Paradiso M., *Il dovere del medico di informare il paziente*. In AA.VV., *La responsabilità medica*, Giuffrè, Milano, 1982.
11. Pellegrino E.D., Thomasma D., *Per il bene del paziente*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo, 1992.
12. Poletti P., *Il rapporto medico-paziente: dinamica e prospettive*, in Benciolini P., Viafora C., *Etica e medicina generale – Il rapporto medico-paziente*, CIC, Roma, 2000.
13. Santosuosso A., *Il consenso informato - Tra giustificazione per il medico e diritto del paziente*, Cortina Ed., Milano, 1996.
14. Siegler M., *Searching for moral certainty in medicine: a proposal for a new model of the doctor-patient enconter*, Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1981, 57, 56-69.
15. Tobias J.S., Souhami R.L., *Fully informed consent can be needlessly cruel*, Brit. Med. J., 1993, 307, 1199-1201.
16. Von Engelhardt D., *Il rapporto medico-paziente in mutamento: ieri, oggi, domani*, Medicina e Morale, 1999/2, 265-299.

ASPETTI NUTRIZIONALI E METABOLICI NEI PAZIENTI AFFETTI DA "FATTY LIVER DISEASE" (NAFLD) E DA STEATO-EPATITE NON ALCOLICA (NASH)

di Esmeralda Capristo*, Fabrizio Castelli**, Noemi Malandrino*, Sara Farnetti*, Luca Miele*, Alessandra Forgione*, Vittoria Vero*, Antonio Greco*

* *Istituto di Medicina Interna, Università Cattolica S. Cuore - Roma*

** *UOC Cardiologia Ospedale Nuovo Regina Margherita - Roma*

INTRODUZIONE

Il termine NAFLD (*nonalcoholic fatty liver disease*) venne coniato poco più di un ventennio fa per identificare la malattia da fegato grasso ad eziologia non alcolica, identificata ad oggi come una delle cause più frequenti di patologia cronica epatica. Tale patologia può evolvere in fibrosi e cirrosi epatica, costituendo quindi un fattore di rischio che va prontamente diagnosticato e trattato.

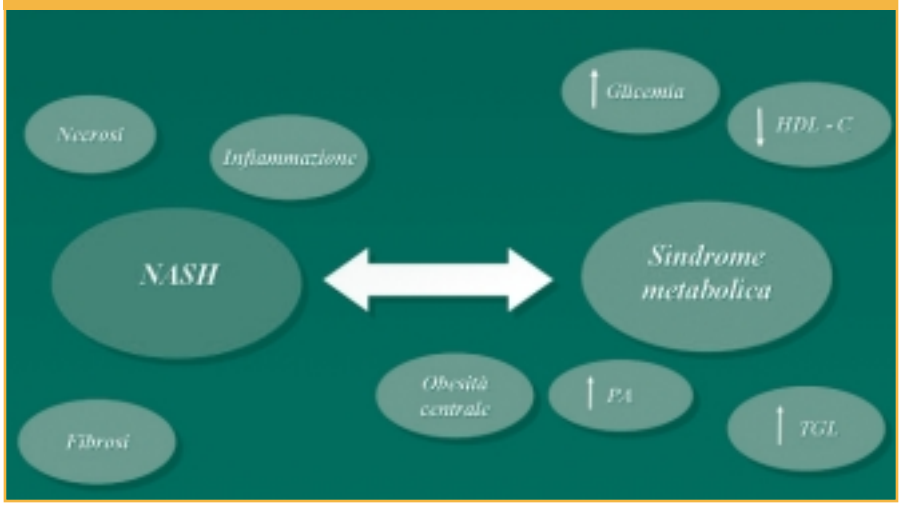
Con il termine NASH (*nonalcoholic steatohepatitis*) si intende la presenza, sempre a livello istologico, di un'infiammazione che caratterizza appunto la steato-epatite non alcolica. La distinzione tra NASH e NAFLD è un punto di cruciale importanza poiché la prima è una patologia epatica progressiva, mentre la seconda generalmente ha una prognosi benigna.

Il paziente affetto da NAFLD è spesso un paziente di sesso maschile tra i 50 e i 60 anni d'età, in soprappeso corporeo o affetto da obesità soprattutto a livello viscerale, con evidenza all'esame ecografico di epatomegalia ed aumento dell'ecogenicità del parenchima, ed agli esami di laboratorio di aumento degli indici di citolisi epatica, iperglicemia a digiuno, iperinsulinemia e ipertrigliceridemia). La diagnosi viene posta dopo aver escluso abuso di alcool, epatiti virali ed autoimmuni, ed altre possibili cause di steatosi epatica secondaria (nutrizionali, metaboliche, tossiche, farmacologiche, etc.), e deve essere confermata dall'esame istologico della biopsia epatica.

La prevalenza sia di NAFLD che di NASH risulta essere oltre 3-4 volte superiore nella popolazione obesa (fino al 70-75%), e si può riscontrare anche nei bambini, mentre il 10-20% dei soggetti affetti da NAFLD è costituito da soggetti magri. Tenuto conto dello stretto legame con l'obesità e con molti fattori che identificano la sindrome metabolica, un corretto inquadramento del paziente dal punto di vista nutrizionale e metabolico è essenziale nella prevenzione e nel trattamento del paziente affetto da NAFLD (Figura 1). In particolare, va posta particolare attenzione alla riduzione del peso corporeo e del tessuto adiposo localizzato a livello viscerale, al miglioramento dell'assetto glicolipidico e dell'insulino-resistenza (quando presente) mediante accurato approccio dietoterapico, di educazione del paziente a svolgere

FIGURA 1

Fattori che correlano la steato-eptatie non alcolica (NASH) alla sindrome metabolica.



regolare attività fisica e all'eventuale uso di terapia con metformina, vitamina E, antiossidanti, etc.
A tale proposito, la metformina agisce migliorando la sensibilità insulinica a livello epatico e si è dimostrata in grado di ridurre i livelli di transaminasi in una percentuale di pazienti superiore rispetto alla sola dieta. Migliora inoltre anche la steatosi epatica, la necro-infiammazione e la fibrosi.
Un'altra classe di farmaci, i tiazolidinedioni, migliora la sensibilità insulinica attraverso il legame con il PPARγ, e potrebbero essere di utilità nel trattamento della NAFDL.
Recentemente sono stati identificati nei pazienti affetti da NAFLD e NASH elevati livelli di citochine e/o ormoni implicati nella regolazione dei processi infammatori e metabolici, nella regolazione del peso corporeo e del metabolismo energetico che aumentano in condizione di stress ossidativi, quali il TNFα, il TGF-β 1, la resistina e la leptina, mentre sono stati riscontrati bassi livelli di adiponectina, l'adipochina che riduce il rischio di infiammazione e fibrosi.
Poiché si è detto che le alterazioni nutrizionali e metaboliche sono di frequente riscontro nei pazienti affetti da NASH, un trattamento dietetico, con conseguente perdita di peso, rappresenta uno strumento fondamentale nell'approccio terapeutico a questi pazienti.

NAFLD/NASH ED OBESITÀ

Come detto in precedenza un notevole aumento della prevalenza della NAFLD è stata riscontrata nei pazienti obesi, cioè con indice di massa corporea > 29.9 kg/m^2, ed un'alterazione dei valori di glicemia e dell'assetto lipidico è stato riscontrato in circa il 30% di questi pazienti.
In un ampio studio di popolazione, l'associazione di obesità centrale, iperleptinemia e l'iperinsulinemia si rivelavano i maggiori determinanti dell'associazione tra sovrappeso e l'elevazione delle transaminasi (Figura 2). Solga et al. (2004) hanno trovato una correlazione positiva tra l'elevato apporto di carboidrati con la dieta ed il livello di infiammazione in pazienti affetti da NASH, mentre il dato opposto è stato riportato per l'apporto di lipidi. Inoltre, un aumento dell'incidenza di insulino-resistenza è stata riportata nei pazienti con NAFLD e NASH, e può associarsi ad alterazione dei lipidi ematici, in particolare ad aumento dei trigliceridi e riduzione delle HDL-C. Quindi si evince come un adeguato supporto nutrizionale, che tenga conto dell'apporto di ogni singolo nutriente e formulato specificamente per il paziente con epatopatia steatosica, sia necessario per il trattamento di questa patologia.
È stato ampiamente dimostrato che la perdita di peso in pazienti affetti da obesità di diverso grado, fino all'obesità severa, ottenuta anche mediante procedure di chirurgia bariatrica, determina un netto miglioramento, fino alla completa risoluzione delle complicanze metaboliche associate alle alterazioni istologiche epatiche.
Vi sono diversi studi in corso o ultimati di recente sul rapporto tra ormoni e citochine coinvolte nella regolazione del peso corporeo, quali insulina, grelina e leptina, e le caratteristiche metaboliche dei pazienti affetti da NASH.
Il nostro gruppo di ricerca ha investigato recentemente la composizione corporea, il metabolismo energetico e l'utilizzazione dei substrati in pazienti affetti da NASH, comparandoli con pazienti affetti da infezione cronica da virus dell'epatite C e con un gruppo di soggetti di controllo. A tale scopo 20 pazienti di sesso maschile affetti da NASH (età: 41±11 aa; BMI: 26.2±2.1 kg/m^2) e 14

FIGURA 2

pazienti affetti da HCV (età: 44.6±13 aa; BMI: 24.8±2.8 kg/m^2) sono stati arruolati nello studio. Un gruppo di 20 soggetti di controllo (età: 39±10 aa; BMI: 23.3±1.1 kg/m^2) sono stati studiati come soggetti di controllo. La composizione corporea è stata valutata mediante assorbimetria a doppio raggio energetico, mentre il metabolismo energetico a riposo e l'utilizzazione dei substrati mediante calorimetria indiretta a circuito aperto. È stato inoltre raccolto un diario alimentare su 7 giorni. In un altro studio, 25 pazienti di sesso maschile affetti da NASH sono stati arruolati e divisi in 2 gruppi in accordo con il valore dell'indice di massa corporea (BMI: kg/m^2) (BMI≤26: N=11; BMI>26: N=14), sempre paragonati a soggetti di controllo. L'insulino resistenza è stata misurata mediante l'indice HOMA-IR (*homeostasis model assessment of insulin resistance*), e sono state ricercate correlazioni con i livelli circolanti di leptina e grelina.

RISULTATI

I pazienti affetti da NASH presentavano un peso corporeo più elevato rispetto ai pazienti con infezione da HCV ed ai soggetti di controllo (rispettivamente 75.2±8.9 vs 68.5±9.4 e vs 67.0±8.0 kg; P<0.01) e questo era essenzialmente dovuto ad aumento della massa grassa (29.8±4.8 vs 26.8±5.0%; P< 0.05). I pazienti con NASH presentavano un significativo aumento del valore della circonferenza vita, indicativa di una maggiore quantità di grasso viscerale, (104±6 cm; P<0.01) sia rispetto ai soggetti con HCV (95±6 cm) che ai soggetti di controllo (92±5 cm). La spesa energetica a riposo (RMR) è risultata ridotta nei pazienti con NASH, dopo aver controllato per età, peso corporeo e composizione corporea (Figura 3), mentre l'apporto calorico con la dieta è risultato significativamente aumentato nei pazienti affetti da NASH (2210±840 kcal/die; P<0.01) rispetto ai pazienti con HCV (1980±760 e ai soggetti di controllo (1880±570 kcal/die). La riduzione dell'RMR, associato ad un aumento dell'introito calorico giornaliero può spiegare le alterazioni nutrizionali riscontrate in questi pazienti.

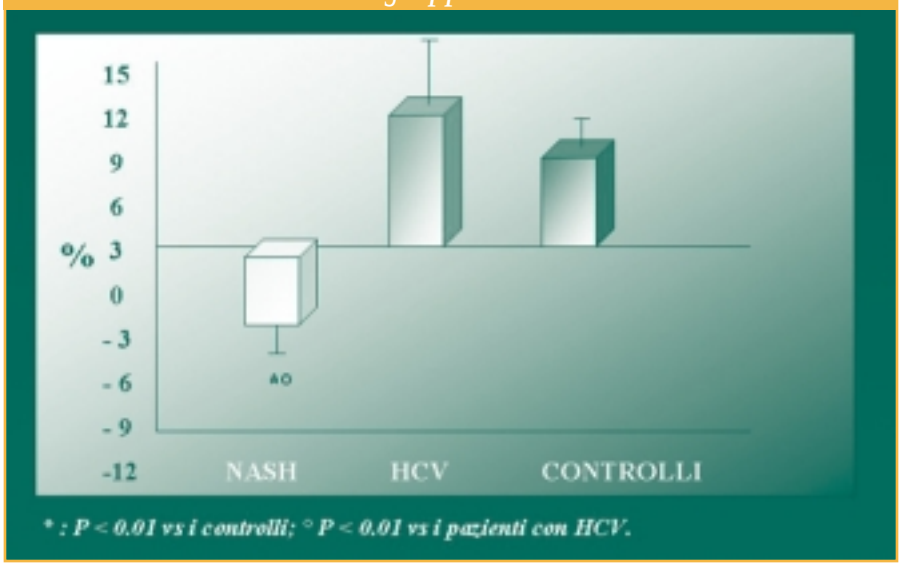
I pazienti con NASH mostravano un aumento dei valori di insulinemia a digiuno (17.6±8.4 vs 8.2±2.3 µUI/ml; P<0.01) e di leptinemia (10.4±5.3 vs 7.1±2.2 ng/ml; P<0.01) rispetto ai soggetti di controllo. L'indice HOMA-IR (unità) risultato significativamente più elevato nei pazienti con NASH in sovrappeso rispetto a quelli normopeso (4.23±0.72 vs 2.95±1.34; P<0.01), e più elevato nei pazienti con NASH rispetto ai soggetti di controllo di BMI paragonabile. Una correlazione positiva è stata trovata tra quantità di tessuto adiposo e leptina e con l'HOMA-IR nei pazienti con NASH (rispettivamente R^2 = 0.76; P<0.001 e R^2 = 0.62; P<0.001), mentre una correlazione negativa è stata trovata tra grelina e HOMA-IR sempre nei pazienti con NASH (R^2 = 0.58; P<0.001).

CONCLUSIONI

Nel contesto dell'attuale epidemia globale dell'obesità la NAFLD rappresenta una delle più frequenti epatopatie nei paesi occidentali. L'attuale ipotesi patogenetica si basa su specifiche alterazioni del metabolismo epatico dei lipidi che porterebbe all'accumulo di trigliceridi intraepatocitari ed all'innesco di una reazione infiammatoria.

FIGURA 3

Differenza del RMR rispetto al valore teorico nei 3 gruppi studiati.



Un ruolo primario sarebbe svolto dall'insulino resistenza ed in particolare da un aumentato flusso di acidi grassi liberi che giunge al fegato. Il tessuto adiposo, ed in particolare quello viscerale, produce numerose adipochine. Tra queste l'adiponectina sembra strettamente associata all'insulino-resistenza nella NAFLD. La resistina, una adipochina con proprietà pro-infiammatorie, è associata al grado di necro-infiammazione all'esame istologico. Più controverso appare il ruolo della leptina. Riguardo al suo ruolo nella patogenesi della NAFLD, a fronte di numerose evidenze in vitro circa un'azione pro- fibrogenico, il suo ruolo non è confermato in vivo nell'uomo.
La valutazione delle caratteristiche nutrizionali e metaboliche rappresenta uno strumento fondamentale sia dal punto di vista clinico e terapeutico dei pazienti con NAFLD e NASH. L'utilizzo di tecniche sofisticate per la misurazione della composizione corporea e della spesa energetica, quali la calorimetria indiretta e l'assorbimetria doppio raggio energetico, associate alla determinazione di alcuni ormoni implicati nella regolazione del peso corporeo e del bilancio energetico, è in grado di fornire informazioni rilevanti per la diagnosi di alterazioni metaboliche e per programmare un supporto nutrizionale corretto.
Dati recenti suggeriscono infatti che i pazienti affetti da NASH presentano frequentemente un aumento del peso corporeo, della massa grassa e dell'accumulo viscerale di tessuto adiposo sia rispetto ai soggetti affetti da epatopatia HCV relata che ai soggetti di controllo. Inoltre, la riduzione della spesa energetica a riposo, associata ad un aumentato apporto calorico con la dieta, può rendere conto delle alterazioni della composizione corporea riscontrate in questi pazienti.
Risulta quindi evidente come un corretto programma di calo ponderale, con riduzione essenzialmente del tessuto adipose viscerale, ed il mantenimento di un peso corporeo stabile è di fondamentale importanza nella cura e nella prognosi dei pazienti affetti da NAFLD e NASH. Inoltre, un'accurata valutazione della composizione corporea e delle richieste metaboliche può svolgere un ruolo fondamentale per ottimizzare il trattamento dietetico e per identificare i pazienti a più elevato rischio di sviluppare complicanze metaboliche, quali diabete mellito tipo 2, dislipidemia e malattie cardio-vascolari, portando ad una riduzione di morbilità e mortalità in questi pazienti.
Le indicazioni nutrizionali da prescrivere al paziente con NAFLD/NASH sono quindi le seguenti:

- Abolizione del consumo di alcolici;
- Riduzione dell'apporto calorico totale (se BMI > 24.9 kg/m^2);
- Contenere l'apporto lipidico (ma non come unico intervento);
- Riduzione del consumo di carboidrati semplici e complessi;
- Aumento dell'attività fisica (per aumentare la massa magra, la spesa energetica e l'utilizzazione dei nutrienti). ■

BIBLIOGRAFIA

1. Dixon JB, Bhathal PS, Hughes NR, O'Brien PE. Nonalcoholic fatty liver disease: Improvement in liver histological analysis with weight loss. Hepatol 2004;39:1647-54.
2. Solga S, Alkhuraishe AR, Clarck JM, et al. Dietary composition and nonalcoholic fatty liver disease. Dig Dis Sci 2004;49:1578-83.
3. Monto A, Alonzo J, Watson JJ, Grunfeld C, Wright TL. Steatosis in chronic hepatitis C: relative contributions of obesity, diabetes mellitus, and alcohol. Hepatology. 2002; 36:729-36.
4. Chitturi S, Abeygunasekera S, Farrell GC, et al. NASH and insulin resistance: insulin hypersecretion and specific association with the insulin resistance syndrome. Hepatology 2002;35:373-9.
5. Marchesini G, Bugianesi E, Forlani G, et al. Nonalcoholic fatty liver, steatohepatitis, and the metabolic syndrome. Hepatology 2003;37:917-23.
6. Chitturi S, Farrell GC, Frost L, et al. Serum leptin in NASH correlates with hepatic steatosis but not fibrosis: a manifestation of lipotoxicity? Hepatology 2002;36:403-9.
7. Marchesini G, Pagotto U, Bugianesi E, et al. Low ghrelin concentrations in nonalcoholic fatty liver disease are related to insulin resistance. J Clin Endocrinol Metab 2003;88:5674-9.
8. Capristo E, Addolorato G, Mingrone G, et al. Changes in body composition, substate oxidation, and resting metabolic rate in adult coeliac disease patients after 1-y gluten-free diet treatment. Am J Clin Nutr 2000;72:76-81.
9. Chalasani N, Crabb DW, Cummings OW, et al. Does leptin play a role in the pathogenesis of human nonalcoholic steatohepatitis? Am J Gastroenterol 2003; 98:2771-6.
10. Angulo P. Nonalcoholic fatty liver disease. N Engl J Med 2002;346:1221-31.
11. Bugianesi E et al. A randomized controlled trial of metformin versus vitamin E or prescriptive diet in nonalcoholic fatty liver disease. Am J Gastroent 2005;100:1882-90
12. Dixon JB et al. Nonalcoholic fatty liver disease: Predictors of non-alcoholic steatohepatitis and liver fibrosis in the severely obese. Gastroenterol 2001;121:91–100.
13. Musso G et al. Adipokines in NASH: postprandial lipid metabolism as link between adiponectin and liver disease. Hepatol 2005;42:1157-83.
14. Petersen KF et al. Reversal of nonalcoholic hepatic steatosis, hepatic insulin resistance, and hyperglycemia by moderate weight reduction in patients with type 2 diabetes. Diabetes 2005;54:603–8.

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

CORSI PROPOSTI PER MAGGIO-GIUGNO 2008

- **APPROCCIO ALLA DIAGNOSI DELLE MALATTIE GENETICHE E ALLA CONSULENZA GENETICA**
  Resp.: M.S. Pergola - ASL RM E
  Per 20 MED E BIO
  Durata: 36 ore dal 05/05/2008 al 04/06/2008
  Crediti: *
- **II° CORSO TEORICO-PRATICO SULLA RINITE ALLERGICA E PATOLOGIE ASSOCIATE**
  Resp.: L. Di Rienzo Businco - Osp. S. Eugenio
  Per 20 Medici e 10 Infermieri
  Durata: 17 ore dal 08/05/2008 al 09/05/2008
  Crediti: 14 MED – 18 INF
- **I DISORDINI DELLA MIELOPOIESI**
  Resp.: U. Recine - ASL RM E
  Per 30 MEDICI e BIOLOGI
  Durata: 30 ore dal 08/05/2008 al 12/06/2008
  Crediti: 27
- **INTRODUZIONE ALLA STRUTTURA DELL'ANGOSCIA**
  Resp.: C. Licitra Rosa - Villa Nazareth
  Per 20 MEDICI e 20 PSICOLOGI
  Durata: 30 ore dal 10/05/2008 al 12/07/2008
  Crediti: *
- **GASTROENTEROLOGIA E NUTRIZIONE PEDIATRICA**
  Resp.: M. Castro - Osp. Bambino Gesù
  Per 25 MEDICI
  Durata: 30 ore dal 24/05/2008 al 14/06/2008
  Crediti: 29
- **ARGOMENTI DI MEDICINA INTERNA**
  Resp.: G. Turchetti - Osp. Civitavecchia
  Per 50 INFERMIERI
  Durata: 40 ore dal 25/05/2008 al 14/12/2008
  Crediti: *
- **L'INTERNISTA E LA MEDICINA DI CONFINE**
  Resp.: G. Di Lascio - Osp. S. Camillo
  Per 25 MEDICI
  Durata: 20 ore dal 26/05/2008 al 07/06/2008
  Crediti: *
- **APPROCCIO ECOGRAFICO DI BASE NELLE URGENZE**
  Resp.: M. Castrucci - Osp. S. Filippo Neri
  Per 10 MEDICI
  Durata: 10 ore dal 27/05/2008 al 29/05/2008
  Crediti: 8
- **200 ECG DA INTERPRETARE E REFERTARE**
  Resp.: G. Scaffidi - Osp. S. Giovanni
  Per 30 MEDICI
  Durata: 10 ore dal 27/05/2008 al 10/06/2008
  Crediti: 10
- **ELEMENTI DI CHIRURGIA ORALE 1**
  Resp.: M. Di Dio - Osp. Fatebenefratelli
  Per 20 MEDICI e ODONTOIATRI
  Durata: 35 ore dal 30/05/2008 al 21/06/2008
  Crediti: 34
- **CARCINOMA DELLA MAMMELLA NELLE PAZIENTI GIOVANI: DIFFICOLTA' DIAGNOSTICHE E STRATEGIE TERAPEUTICHE**
  Resp.: A. Caramanica - Policlinico Militare Celio
  Per 15 MEDICI
  Durata: 20 ore dal 03/06/2008 al 24/06/2008
  Crediti: 27
- **LA GESTIONE DELLA COLLERA**
  Resp.: S. Cavallari, L. Battista - ASL RM E
  Per 15 MEDICI e 15 PSICOLOGI
  Durata: 15 ore dal 05/06/2008 al 07/06/2008
  Crediti: *
- **IL MALATO CRITICO E IL LAVORO DI EQUIPE: GESTIONE DELLE RISORSE E LAVORO DI SQUADRA NELLE PATOLOGIE CRITICHE NON TRAUMATICHE**
  Resp.: L. Zulli - Osp. S. Filippo Neri
  Per 12 MEDICI
  Durata: 10 ore il 05/06/2008
  Crediti: *
- **CHIRURGICA ESTETICA DEL NASO**
  Resp.: M. Eleuteri - Ospedale Israelitico
  Per 20 MEDICI
  Durata: 15 ore dal 11/06/2008 al 02/07/2008
  Crediti: 14
- **LEADERSHIP E POTERE DIRETTIVO IN SANITA'. COMUNICAZIONE IN MEDICINA**
  Resp.: R. Di Biagi, M. Sergio - ASL RM E
  Per 30 MEDICI
  Durata: 8 ore l'11/06/2008
  Crediti: *
- **CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MAMMELLA**
  Resp.: R. de Vita, M. Pozzi - Istituto Regina Elena IFO
  Per 10 MEDICI e 12 INFERMIERI
  Durata: 20 ore dal 19/06/2008 al 20/06/2008
  Crediti: 24 MED - INF*
- **MECCANICHE LOW FRICTION**
  Resp.: B. Condorelli, S. Bacconi , F. Andreani - ASL RM E
  Per 10 MEDICI e 15 ODONTOIATRI
  Durata: 15 ore dal 20/06/2008 al 21/06/2008
  Crediti: *
- **IL LABORATORIO DI IMMUNOEMATOLOGIA ERITROCITARIA: TECNOLOGIE E PROTOCOLLI DIAGNOSTICI**
  Resp.: A. Matteocci - Sala Solferino, CRI
  Per 80 MEDICI e BIOLOGI
  Durata: 27 ore dal 24/06/2008 al 26/06/2008
  Crediti: *
- **TECNOLOGIE ED AUTOMAZIONE IN INMUNOEMATOLOGIA ERITROCITARIA**
  Resp.: A. Matteocci - Sala Solferino, CRI
  Per 80 TECNICI DI LABORATORIO BIOMEDICO
  Durata: 27ore dal 24/06/2008 al 26/06/2008
  Crediti: 21

*** Corso registrato presso il Ministero in attesa di crediti**

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA (SMO)
Segreteria: B.go S. Spirito, 3 - 00193 Roma Tel. 06/68802626/68352411 Fax 06/68806712

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente:	D. Scopelliti
Vice-Presidenti:	B. Condorelli, C. Parascani
Tesoriere:	E. Accivile
Consiglieri Elettivi:	M. Baraglia, F. Castelli, P. Dauri, G. De Simone, M. Moretti, R. Picardi, U. Recine, V. Scotto di Palumbo
Consiglieri di Diritto:	L. Benedettelli, P. Grasso, G. M. Iadarola, M. Luminari, E. Parisi, A. Perrone, G. Visco
Revisori dei Conti:	G. Vassallo, F. De Santis
Consulente Amministrativo:	S. Rijli

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

Direttore Responsabile:	D. Scopelliti
Direttore Scientifico:	G. Visco
Comitato di redazione:	E. Accivile, L. Benedettelli, F. Castelli, M. Moretti, U. Recine, V. Scotto di Palumbo, G. Visco
Coordinamento redazionale:	P. Colletta
Stampa:	Nuova Editrice Grafica S.r.l. - neg@negeditrice.it

(Finito di stampare nel mese di maggio 2008)