Bollettino Notiziario

anno XLV - N° 1 gennaio 2014

Pubblicazione mensile - Poste Italiane s.p.a - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L.353/2003 (conv. L.27/02/2004 n.46) art.1, comma 1, CN/BO

IN QUESTO NUMERO

- **Assistenza psichiatrica nei paesi europei,** Pietro Abbati, pag. 3
- **E l'assistenza sanitaria universale?,** Sergio Semeraro, pag. 7
- **Forum Non Autosufficienza. L'assistenza scarseggia. A danno 5 milioni di persone. Il rapporto,** pag. 11

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 Bologna - Tel. 051.399745
ISSN 2281-4744 (*edizione a stampa*) - ISSN 2281-4825 (*edizione digitale*)

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE
Dott. Luigi Bagnoli

COMITATO DI REDAZIONE
Dott. Pietro Abbati
Dott. Massimo Balbi
Dott. Carlo D'Achille
Dott. Andrea Dugato
Dott. Flavio Lambertini
Dott. Sebastiano Pantaleoni
Dott. Stefano Rubini
Dott.ssa Patrizia Stancari

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

Pubblicazione mensile
Poste Italiane s.p.a -
Spedizione in Abbonamento Postale -
D.L.353/2003 (conv. L.27/02/2004 n.46)
art.1, comma 1, CN/BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Dicembre 2013
è stato consegnato in posta
il giorno 2/12/2013

SOMMARIO

ANNO XLV - GENNAIO 2014 N° 1

ARTICOLI

Assistenza psichiatrica nei paesi europei • 3

E l'assistenza sanitaria universale?• 7

Forum Non Autosufficienza. L'assistenza scarseggia. A danno 5 milioni di persone. Il rapporto • 11

NOTIZIE

Dalla pagina 19 alla 27

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 28

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 29

CONVEGNI CONGRESSI • 30

PICCOLI ANNUNCI • 31

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

www.odmbologna.it

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario
Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere
Dott. VITTORIO LODI

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

Consiglieri Odontoiatri
Dott. ANDREA DUGATO
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

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

Collegio dei Revisori dei Conti

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

Assistenza psichiatrica nei paesi europei

Pietro Abbati

La lettura delle oltre 500 pagine della Relazione Ufficiale dell'"European profile of prevention and promotion of mental health" (EuroPoPP-MH) fornisce moltissimi elementi di riflessione e costituisce un fondamentale contributo alla comprensione dello stato delle cose. Si tratta di un lavoro enorme che ha coinvolto moltissimi professionisti ed ha messo in evidenza la grande diversificazione degli interventi messi in atto dai singoli stati appartenenti all'Unione.

Il bisogno di confronto con altre realtà è emerso più volte negli incontri tra i professionisti con cui sono a più stretto contatto e questo lavoro offre certamente una prima risposta a questa esigenza. Per questo mi è sembrato utile estrarre alcune informazioni da mettere a disposizione della nostra riflessione in merito a quello che facciamo ogni giorno[1].

Naturalmente la mia lettura è parziale e si sofferma su quanto ha colpito la mia personale attenzione e certamente il lavoro merita una lettura completa che non posso che incoraggiare.

Il primo punto che mi ha colpito è che a livello europeo la preoccupazione per lo stato della assistenza psichiatrica e delle misure di prevenzione della patologia psichiatrica sembra essere molto forte (fig. 1).

Nelle prime pagine della relazione viene sottolineato che "La malattia mentale rappresenta il 26% del totale dei problemi di salute ed è associata ad un aumento di tre volte del numero di giornate lavorative perse, rispetto a chi non è affetto da una malattia mentale nell'arco di 12 mesi". A partire da questa evidenza vengono fornite raccomandazioni per gli stati membri e per la commissione europea che sollecitano interventi utili per ottenere una riduzione della prevalenza della malattia mentale che, nonostante gli interventi che i singoli stati già mettono in campo, "rimane alta".

Status of mental health in the European Union

Recent estimates of the prevalence of mental illness show that this remains high. Mental illness accounts for 26.6% of total ill-health and is associated with a three-fold increase in the number of work days lost compared to not having a mental illness over the past 12 months (Wittchen et al., 2011; Wittchen & Jacobi, 2005).

Recommendations for Member States

1. Ensure commitment and leadership to population mental health and well-being
2. Strengthen mental health promotion and prevention of mental illness
3. Promote mental health and well-being partnership action
4. Promote the transition towards mental health services that are integrated into the community and ensure a better distribution of and access to services
5. Promote quality of care, data collection and defining indicators
6. Empower users, informal carers and civil society

Recommendations for the European Commission

1. Continuing a leadership role on mental health and well-being
2. Promoting exchange and cooperation between Member States
3. Integrating mental health into the EU's own policies
4. Working with stakeholders
5. Improving the availability of data on the mental health status in the population and defining, collecting and disseminating good practices

Figura 1.

Gli estensori del documento mettono in chiara evidenza la fragilità della assistenza psichiatrica che viene depauperata di investimenti in ragione delle critiche condizioni di bilancio che la maggior parte dei paesi europei sta attraversando e che determina una forte tendenza a disinvestire sulle attività sia di prevenzione sia di assistenza in ambito psichiatrico.

"Suscita notevole preoccupazione in chi si occupa di assistenza psichiatrica la sostenibilità dei bilanci destinati alla sanità mentale in Europa a seguito della crisi. Come evidenziato dalla European Social Network (2012), i servizi essenziali per giovani e adulti con bisogni di salute mentale vengono tagliati. In Irlanda, per esempio, c'erano piani per investire 35.000.000 euro nei servizi di salute mentale per l'assunzione di circa 400 dipendenti e l'apertura di nuovi centri; 20.000.000 euro avrebbero dovuto essere investiti nelle cure primarie. Invece i finanziamenti per questo investimento iniziale saranno utilizzati per compensare il deficit del Servizio Sanitario. Questo ed altri tagli di finanziamento determineranno la

[1] Tutte le informazioni e le immagini sono tratte da "Mental Health System in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefit to be expected from Investments into Mental Heath – Main Report July 2013" Prepared by: Chiara Samele, Stuart Frew and Norman Urquia.

Financing mental health systems and promoting efficiency

Sustaining mental health care budgets in Europe to meet need in the wake of the economic crisis have provoked considerable concern among many stakeholders. As highlighted by the European Social Network (2012), essential services for young people and adults with mental health needs are being cut. In Ireland, for example, there were plans to invest €35 million in mental health services to recruit approximately 400 staff and to open new units; €20 million were also to be invested in primary care. Instead funding for this original investment will be used to offset the deficit in the Health Service Executive. This and other funding cuts means that up to 600 public nursing home beds and a number of psychiatric inpatient beds are to be lost.

Figura 2.

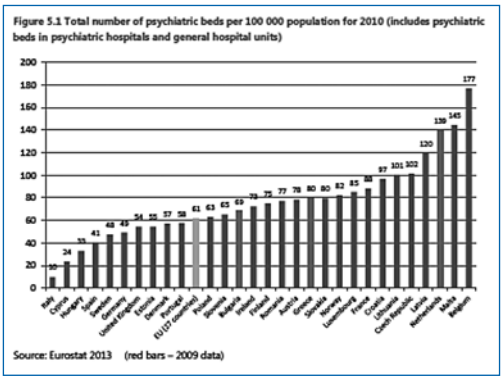


Figura 3.

scomparsa di 600 posti letto nelle case di cura pubbliche e di un certo numero di posti letto nelle degenze psichiatriche" (fig. 2).

Concentrando poi l'attenzione sulla situazione italiana nel confronto con gli altri paesi europei emergono alcune evidenze che non esiterei a giudicare drammatiche. Cominciamo dai posti letto (fig. 3).

L'Italia dispone di meno 1/4 dei posti letto della Germania o della Spagna, 1/8 dei posti letto disponibili in Francia, Olanda, Austria, meno di 1/10 dell'Olanda. Nessun paese europeo dispone di così pochi posti letto destinati all'assistenza psichiatrica come l'Italia.

Esaminando poi l'andamento nel periodo 2005-2011 ci si può rendere conto che la situazione attuale è il risultato di una riduzione generalizzata nella disponibilità di posti letto che ha interessato 17 dei 24 Paesi esaminati. Ancora sembra rilevante osservare che dei sei paesi in cui il numero di posti letto è aumentato solo due sono "poveri" mentre dodici dei diciassette che hanno ridotto il numero di posti letto disponibili sono tra quelli "poveri". Questo fa pensare che i cambiamenti osservati siano più legati alla necessità di ridurre i costi dell'assistenza che non a scelte "tecniche" (fig. 4).

La politica anti istituzionale che il nostro Paese persegue da oltre trent'anni giustifica probabilmente il fatto che l'Italia è l'unico paese europeo in cui il numero di posti letto per l'assistenza psichiatrica non si è modificato nel periodo 2005-2011 rimanendo immobile a 10/100.000 ab indifferente a qualsiasi cambiamento sociale, crisi economica, cambiamento nei paradigmi scientifici. Orgogliosamente impermeabile alla realtà che cambia.

Quanto poi al personale dedicato ed alla generale sensazione degli operatori psichiatrici di essere sovraccarichi di lavoro, è del massimo interesse il confronto con gli altri paesi europei perché consente di verificare che alla sensazione corrisponde qualche elemento di realtà dal momento che il numero di psichiatri ogni 100.000 abitanti è in Italia circa 1/3 di quelli di cui dispone la Francia o l'Austria, 1/2 di quelli di cui dispone la Germania, 1/4 di quelli di cui dispone la Finlandia. Ci può consolare sapere che stanno peggio di noi in Bulgaria, a Cipro, in Ungheria, Irlanda, Polonia, Portogallo e Romania (fig. 5).

Lo stesso vale per gli infermieri che in Italia sono 19,3 ogni 100.000 abitanti come in Slovakia, ma un po' meglio che in Romania, Polonia, Portogallo e Spagna. Però 1/4 di quelli Francesi, 1/2 di quelli Tedeschi.

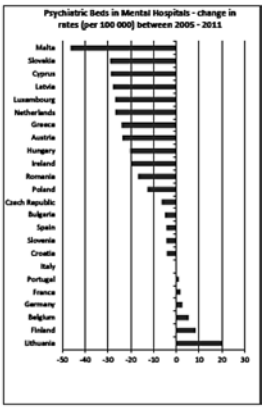
Francamente sembra difficile sostenere, leggendo questi dati, che il nostro paese stia investendo nell'assistenza psichiatrica e se da una parte constatare che la sensazione di essere sottodimensionati rispetto alle esigenze di as-

Table 5.4 Psychiatric beds in mental hospitals (rate per 100 000)

Country	2011	2005
Austria	21.4	45.0
Belgium	134.5	129.0
Bulgaria	36.1	41.0
Croatia	76.0	80.2
Cyprus	16.3	45.0
Czech Republic	91.6	98.0
Denmark	n/k	n/k
Estonia	n/k	80.0
Finland	8.4	0
France	71.8	70.0
Germany	47.6	45.0
Greece	19.0	43.0
Hungary	2.8	23.0
Ireland	54.5	74.5
Italy	0	0
Latvia	107.3	135.0
Lithuania	106.1	86.0
Luxembourg	48.2	75.0
Malta	141.71	188.0
Netherlands	127.3	154.0
Norway	89.1	n/k
Poland	39.5	52.0
Portugal	16.0	15.0
Romania	38.3	55.0
Slovakia	30.9	60.0
Slovenia	67.7	72.0
Spain	32.7	37.0
Sweden	n/a	n/k
UK	n/k	n/k

Source: WHO Mental Health Atlas (2011, 2005)

Figure 5.2



Caution needs to be applied when interpreting these WHO Atlas data on psychiatric beds between 2005 and 2011 as they are not entirely comparable. However, they provide some indication of the reductions and increases in psychiatric bed numbers.

Figura 4.

Table 5.8 Numbers of professionals working in mental health services by country for 2011 (rate per 100 000)

	Psychiatrists	Nurses	Psychologists	Social workers	Occupational therapists
Austria	19.7		79.9		
Belgium		0.04	1.3	0.9	0.03
Bulgaria	6.7	431.0	0.9	0.5	
Croatia	10.2	35.6	2.9	1.02	0.6
Cyprus	6.8	42.2	28.9		8.4
Czech Republic	11.8	28.2	2.03	0.9	0.3
Denmark	14.1				
Estonia	13.5				
Finland	28.1				
France	22.3	86.2	47.9	3.83	
Germany	15.2	56.1			
Greece	12.9		26.8		
Hungary	6.52	21.9	2.5	3.0	
Ireland	6.1	112.8	3.5	3.8	3.2
Italy	7.8	19.3	2.6	1.9	2.2
Latvia	10.8	30.8			0.4
Lithuania	17.8				
Luxembourg	21.1				
Malta	3.2	66.8	4.4	5.1	4.6
Netherlands	18.8	132.3	15.1		
Norway	30.8	120.9	0.4		
Poland	5.1	17.6	3.6	0.6	5.3
Portugal	6.1	12.1	2.1	1.0	0.5
Romania	6.4	14.1			
Slovakia	11.5	19.3			
Slovenia	7.1	69.7	4.5	3.7	1.3
Spain	8.6	6.6			
Sweden	3.5	28.9	0.9	18.4	0.5
UK					

Source: WHO (2011)

Figura 5.

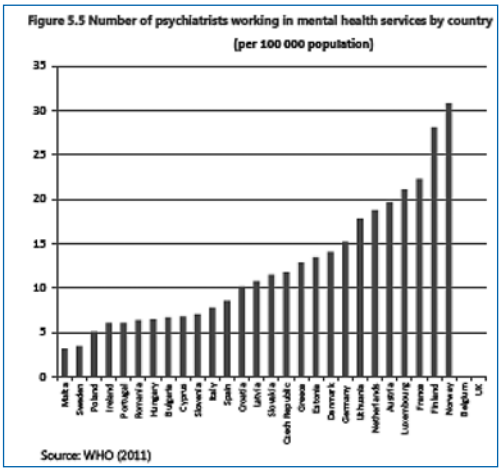


Figura 6.

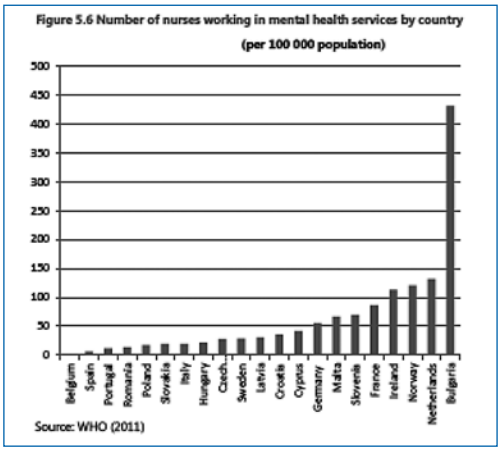


Figura 7.

sistenza che ci investono offre un qualche sollievo, dall'altra alimenta una certa rabbia verso le frequenti e trionfalistiche rappresentazioni che vengono offerte della capacità dei nostri servizi di rispondere con "efficacia" ed "efficienza" lungo un percorso di "miglioramento continuo" alle esigenze del territorio. Purtroppo la realtà è che il 26% della patologia è rappresentato dalla patologia mentale e quello che sta accadendo è che la assistenza psichiatrica viene depauperata di luoghi di cura e personale di assistenza per far fronte ad esigenze di cassa in Italia come nel resto d'Europa (figg. 6, 7).

I dati sulla incidenza della spesa sanitaria sul Pil (GDP) e di quella psichiatrica sulla spesa sanitaria complessiva non fa che offrire ulteriori conferme (tab. 1).

Mi chiedo se non sia parte dell'acquisizione di un consenso informato da parte delle persone

	Total health budget/ expenditure spent on mental health	Finance systems	Health expenditure/ budget (% of GDP)	Year
Austria	n/k	No separate mental health budget exists. Complex system of financing mental health services, largely through state taxation, insurance and co-payments.	11.0	2009
Belgium	6%	Mental health services are financed mainly through social and private insurance, out of pocket and taxation.	11.8	2009
Bulgaria	Less than 2%	National Health Insurance Fund is the main source of funding.	4.0	2012
Croatia	n/a	No separate budget allocation for mental health. National insurance based financing.	7.8	2011
Cyprus	4.8%	Main funding sources are tax revenues, out-of-pocket, social insurance and grants.	7.4	2011
Czech Republic	2.9%	Several stable sources of funding are used: the Health Insurance Fund, subsidies from the Ministry of Labour and Health, out of pocket and direct payments by patients for private services.	7.4	2011/ 2008
Denmark	8%	Main funding sources are tax revenues.	11.2	2009
Estonia	5.8%	Main funding sources are from the Health Insurance Fund, out of pocket funds and co-payments.	6.0	2011
Finland	3.9%	Tax revenues, social and private insurance, out of pocket expenses are the main sources.	8.9	2011
France	12.9%	Primary sources of funding are tax revenues and social insurance.	11.6	2011/ 2009
Germany	11%	Statutory or private health insurance are the main sources of funding.	11.1	2011
Greece	4.4%	Main sources of funding are tax revenues, social and private insurance.	10.8	2011
Hungary	5.1%	Main sources of funding taxation, social insurance and out of pocket expenses.	7.7	2009
Ireland	5.3%	n/a	9.4	2012
Italy	5.0%	Main funding sources through tax revenues, cost sharing and direct payments from service users.	8.7	2007
Latvia	5.9%	n/a	6.2	2011
Lithuania	n/a	Financed through State Sick Fund.	6.6	2011
Luxembourg	13.4%	n/a	7.7	2005
Malta	6.7%	Financed through general taxation.	8.7	2011
Netherlands	11%	Financed through basic health insurance.	12.0	2009
Norway	18%	Financed through state funding and some out of pocket expenses.	9.1	2011
Portugal	5.2%	Main sources of funding through taxation and out of pocket expenses for private healthcare.	10.4	2011
Romania	n/a	Financed through compulsory and voluntary insurance contributions.	4.0	2012
Slovakia	n/a	Financed through compulsory public health insurance.	7.3	2010
Slovenia	n/a	n/a	9.1	2011
Spain	3-8% (estimate)	Financed through tax revenues, out of pocket expenses and private insurance.	9.4	2011
Sweden	10.0%	n/a	9.4	2011
UK	13%	Mainly financed through general taxation.	9.6	2012/ 2010

Source: Country profiles and World Health Organization National Health Account database (2011)
n/a – not available n/k – not known

Tab. 1.

che rivendicano il proprio diritto costituzionale ad essere assistite, dichiarare i limiti che il nostro sistema di assistenza sta affrontando. Mi chiedo se non sarebbe più utile a ridurre i contenziosi in ambito sanitario uscire da questo atteggiamento difensivo fatto di liberatorie, istruzioni operative e moduli pieni di crocette per riprendere a parlare con le persone da persone, privilegiando la condivisione di sofferenze che spesso non siamo in grado di guarire al presentarci come esecutori di procedure asettiche e falsamente salvifiche. Mi chiedo infine se la battaglia che i rappresentanti del personale che opera in sanità dovrebbero svolgere a livello politico sia quella per difendere i denari che sono necessari per disporre del personale e delle strutture necessarie o quella per garantire agli infermieri o ai medici qualche riconoscimento economico in cambio della adesione al sacrificio di posti letto ed alla conseguente ulteriore diminuzione dei posti di lavoro.

Penso che le oltre 500 pagine del lavoro che ha sollecitato queste riflessioni meritino di essere lette proprio perché suscitano domande che meritano risposte e che penso abbiano il dovere di essere almeno ricercate con determinazione e onestà.

E l'assistenza sanitaria universale?

Sergio Semeraro

Premessa

Secondo la definizione della Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) l'assistenza sanitaria universale rappresenta "*la possibilità dell'accesso per tutti, in caso di bisogno, alle giuste cure mediche, alla prevenzione ed alla riabilitazione*". Come ha recentemente affermato Margaret Chau, direttore generale dell'O.M.S., "*la copertura sanitaria universale è il più potente concetto che la salute pubblica può offrire*".

L'America verso l'Europa o l'Europa verso l'America?

"*È il momento di una copertura sanitaria universale*". Queste le parole pronunciate da Barack Obama quando era "solo" senatore dell'Illinois. Recentemente Barack Obama, presidente degli U.S.A. si è battuto per avvicinare il popolo statunitense al citato sistema di assistenza sanitaria. Perché invoco questi due interventi di Barack Obama? La risposta è la seguente: *l'assistenza sanitaria universale*, vanto dell'Italia e dell'Europa, nonché di altre società "civili", è in serio pericolo di regressione.
Certamente si sono avverate condizioni che hanno avuto la conseguenza di incrementare la spesa pubblica.
In tutti i casi sono stati messi in atto, da parte dei nostri amministratori due provvedimenti negativi: i cosiddetti TAGLI ALLA SPESA PUBBLICA nonché l'incremento di COSTI AGGIUNTIVI per ottenere indagini clinico-laboratoristiche e per l'acquisto di farmaci.

Viva l'Ita(g)lia

Vi assicuro che non si tratta di una svista di ordine grafico, ma di una sorta di neologismo che mi permetto di proporre quale metafora di un atteggiamento assai di moda da parte dei "reggitori" del nostro Servizio Sanitario.
Eppure il rapporto Oasi dell'Università Bocconi (tanto nomini) del 2012 ci rivela che la *spesa sanitaria italiana è la più bassa d'Europa*.
Nonostante ciò da qui al 2015 tale spesa, a causa delle varie manovre dei nostri governanti, dovrà affrontare una *cura dimagrante di 30 miliardi*.
Ma veniamo a noi. La spending review dell' Azienda Opedaliero-Universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi viene enunciato all' inclita ed al volgo mediante misteriosi comunicati stampa. Un primo "annuncio" (anonimo) fu elargito al capocronista del "Resto del Carlino" addì 3 aprile anno domini 2013. Tale annuncio, mai smentito, si riferiva, fra l'altro, alla Geriatria come una disciplina "non specialistica" quindi eliminabile (vedi mio articolo precedente).
Un secondo "annuncio" è comparso addì 15 novembre e vi si rilevava che "*a febbraio si elimineranno i doppioni e saranno ridotti alcuni reparti considerati non strategici*". Tale secondo annuncio è risultato doppiamente anonimo (assenza anche del nome del giornalista autore del "pezzo").
Perché ai nostri "reggitori" non giunge l'idea "democratica" di rinunciare a questi annunci paraevangelici (gli evangelisti peraltro si firmavano) e di presentarsi invece ai fedeli onde svelare a tutti noi, compresi i samaritani, i particolari delle loro "taglienti" ma sane (a dir loro) proposte?

Breve intromissione semiseria (ma non troppo) di ordine antropologico-sanitario

Da tempo stiamo assistendo nella Sanità ad un FENOMENO ANTROPOLOGICO di ordine epocale: la "estinzione" di una figura quale il DIRETTORE di unità operativa ospedaliera, alias PRIMARIO.
Fra non molto le tracce di questo umanoide saranno reperibili solamente nei musei. Questi i nomi più probabili: PRIMARIUS ERECTUS, PRIMARIUS (NON) SAPIENS.
I più pessimisti prevedono l'estinzione anche di un altro umanoide, il MEDICO, che sarà verosimilmente chiamato MEDICUS NEANDERTHALIUS. Entrambe le suddette *mummie*, secondo alcune voci di corridoio, saranno messe a disposizione del pubblico sopravvissuto (quindi ahimè costoso) nel Museo recentemente istituito in via Castiglione a Palazzo Pepoli.

Bologna vuole conservare il primato anche in questa epocale vicenda antropo-sanitaria, che permetterà (finalmente) di *sanare* la Sanità petroniana.

FUOR DI METAFORA va detto che *l'eliminazione* progressiva e spontanea di internisti, geriatri e chirurghi generali è una realtà in atto da anni.
Io personalmente rappresento un esempio di tale progressiva eliminazione.
Sto attualmente contando questi miei compagni di ... Venturi.
Chiedo scusa per la battuta. Ricordo sempre con simpatia quando avemmo l'occasione di frequentarci: io giovane e lui giovanissimo. Bei tempi!

Tornando a noi vi proponiamo alcuni dati

COSTI AGGIUNTIVI PER INDAGINI DIAGNOSTICHE
Secondo il **CENSIS** è dimostrata una FUGA DAL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE verso il privato che, in molti casi, offre costi minimamente superiori a quelli pubblici.
Sempre secondo il CENSIS 12 milioni di italiani hanno fatto maggior ricorso nel 2012 a PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE A PAGAMENTO, con particolare riguardo a colonscopie, eco addome, consulenze ortopediche e ginecologiche.
Secondo **l'A.G.E.N.A.S.** (Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari) nel 2012 si è assistito ai seguenti fenomeni:
– riduzione del 9% delle PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI
– riduzione del 72% delle PRESTAZIONI SPECIALISTICHE nella fascia di popolazione che NON HA DIRITTO ALLE ESENZIONI (6 italiani su 10).

LA COMMISSIONE EUROPEA SULLE DISEGUAGLIANZE dopo aver ricordato che l'accesso universale ai servizi sanitari contribuisce a ridurre la povertà, rivela che:
– gli italiani in condizione di GRAVE POVERTÀ risultano doppi rispetto ai francesi ed ai tedeschi.
– in un anno le RICETTE GRATUITE per motivi di reddito sono aumentate per una somma di 27 miliardi di euro.

Il **RAPPORTO Oasi dell'Università Bocconi** (2012) ci ricorda che la SPESA SANITARIA ITALIANA è la più bassa d'Europa e di qui al 2015 dovrà affrontare una cura dimagrante di altri 30 miliardi a causa delle "manovre".

Il TRIBUNALE DEI DIRITTI DEL MALATO CITTADINANZA ATTIVA ha denunciato l'INTRODUZIONE (estate 2011) DEL SUPERTICKET (10 euro) su visite specialistiche ed esami diagnostici.

SENTENZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE (N° 187 DEL 2012)
Viene dichiarata illegittima la "manovra Tremonti" risalente al 2011 che avrebbe comportato l'entrata in vigore, a partire dal 2014 di ulteriori tickets sulle prestazioni sanitarie con un salasso annuo individuale medio di 350 euro rispetto agli attuali 150.

SPESE POLITICO-BUROCRATICHE IN ITALIA
Secondo la definizione di Max Weber il PROFESSIONISTA POLITICO è "*colui che cerca di trarre dalla politica una fonte durevole di guadagno*". Ne citiamo alcuni esempi riguardanti il nostro Paese dedotti da una ricerca di Mario Giordano citato dalla stampa nazionale.

1.128.722 I SOGGETTI PAGATI DALLO STATO (10 volte i dipendenti F.I.A.T.)
Fra questi spiccano i 390.120 dell'*Apparato politico* ed i 487.949 cui sono stati concessi *incarichi o consulenze* di aziende pubbliche.
L'incidenza delle *cariche elettive* sul numero totale è del 12%.

23.9 MILIARDI DI EURO I COSTI DIRETTI O INDIRETTI DELLA POLITICA
Tale somma equivale all'11.5% del GETTITO DELL'IRPEF pari alla media di 772 euro all'anno per contribuente.

ALCUNI ESEMPI DI SPESE MAI "TOCCATE"
COSTO ATTUALE DEI "PALAZZI" (IN EURO)
• *QUIRINALE* 228 milioni
– più della Casa Bianca (136 milioni)
– più di Buckingam Palace + Corte di Madrid + Presidenza Repubblica Francese
[D'altra parte la spesa per il Quirinale era stata

prevista ancor prima dell'unità d'Italia dal sublime poeta di Recanati: "sempre caro mi fu (e ci sarà, n.d.r.) quell'ermo colle"]

• *MONTECITORIO* 343 milioni.

La sola "gestione" 2843 euro al minuto, 4.095.092 al giorno, 14.942.808 all'anno (sono però inclusi gli stipendi dei ... barbieri)

• *SENATO* 505 MILIONI

• *CORTE COSTITUZIONALE* 52 milioni

• *FINANZIAMENTO AI PARTITI* (2013) 91 milioni

Certamente viviamo in una situazione sociale ed economica complessa. Il costo della Sanità risente fra l'altro di due importanti fattori. Il primo è di tipo anagrafico: l'aumento epocale della spettanza di vita. Il secondo è rappresentato dall'avvento della cosiddetta "medicina tecnologica" che si è rivelata (naturalmente) assai costosa.

Non trascurerei la scarsa applicazione da parte della classe medica, della *medicina clinica* che permetterebbe orientamenti diagnostici e terapeutici più "mirati". Ciò naturalmente senza negare il diritto ad accertamenti diagnostici sofisticati (e costosi) in caso di vera necessità.

Un fattore importante è rappresentato dalla cosiddetta "*defensive medicine*", che induce molti colleghi a "tutelarsi" da eventuali denunce civili o penali.

A questo punto propongo, valendomi di cifre ufficiali, un raffronto fra la Regione Molise ed il Canton Ticino. Con tante scuse agli amici molisani, me le cifre ufficiali sono purtroppo

Figura 1.

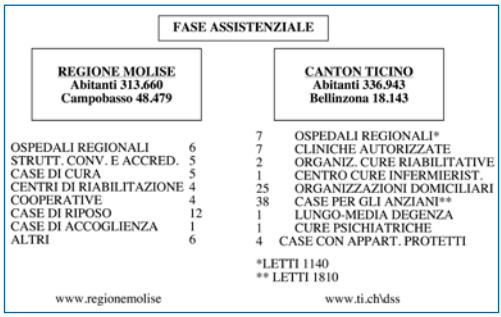


Figura 2.

queste. Va detto inoltre che la scelta della Regione Molise rappresenta certamente un esempio estremizzato. Risulta peraltro inspiegabile la presenza ovunque in Italia di *un triplice scalino politico-burocratico* che la sanità (quella "vera") deve salire prima di giungere (finalmente) al cospetto del "*malato*": Assessorati alla Sanità della Regione, della Provincia e del Comune (per non parlare della fase ministeriale) (figg. 1 e 2)

NO COMMENT

Dulcis in fundo

Mentre stavo completando la stesura di questo mio modesto scritto è giunta la fatal notizia da Via Aldo Moro.

Dunque anche nella nostra Amministrazione Regionale si sono svolte alcune *colazioni da Tiffany*.

Definiamole con questo termine che comprende, sinteticamente, e le cene, e i gioielli che hanno allietato le serate dei nostri consiglieri.

Il massimo "gioiello" rimane perlatro il rimborso richiesto, forse per impellenza, *ut ad vespasianum adire*. Dalle cronache non risulta che il consigliere sia giunto "colà" in ritardo. Nel caso contrario fra le spese rimborsabili potevano comparire anche quelle relative ad un capo di biancheria intima. Naturalmente firmato. Ci è andata bene!

Conclusioni riassuntive

Mi permetto di farle precedere da due tabelle che sintetizzano il "buon governo" dello Stato Italiano e della nostra Sanità Pubblica (tabb. 1 e 2).

Questi dati, unitamente ad alcuni scellerati programmi dei "reggitori" della sanità quali

"INTOCCABILI" SPESE POLITICO BUROCRATICHE

SOGGETTI PAGATI	COSTI DIRETTI O INDIRETTI DELLA POLITICA
1.128.722	**239 MILIARDI DI EURO**
eletti solo il 12% 10 volte i dipendenti FIAT	11,5% del gettito IRPEF 772 euro per contribuente

Tabella 1.

I "TOCCATI" SERVIZI SANITARI

A	B
AUMENTO DEI COSTI AGGIUNTIVI PER OTTENERE SERVIZI SANITARI *- INTRODUZIONE DI SUPERTICKET* *- FUGA DAL SERVIZIO ANITARIO NAZIONALE VERSO STRUTTURE PRIVATE (PER CHI NE HA LA POSSIBILITA')*	TAGLI ALLA SANITA' *- ABOLIZIONI UNITA' OPERATIVE* *- RIDUZIONE ORGANICI DELLE UNITA' OPERATIVE* *- NON SOSTITUZIONI DEI RESPONSABILI DELLE UNITA' OPERATIVE* *- RIDIMENSIONAMENTO DEGLI OSPEDALI PERIFERICI*

Tabella 2.

l'organizzazione di *macroreparti aspecialistici in base alla diversa intensità di cura*, dovrebbero suscitare negli ambienti medici, in quelli sindacali, e nella cosiddetta "società civile", un sentimento di ribellione, seguito da fattivi interventi per difendere la salute della popolazione, ed in particolare quella dei cittadini meno abbienti, che non sono in grado di "comprarsi" le terapie e gli accertamenti diagnostici necessari ma non "concessi".

Una notizia confortante in proposito è quella segnalata in questi giorni dalla stampa. Mi riferisco alla annunciata scesa in campo di Unindustria che ha lanciato l'idea di un fondo, cui partecipino volontariamente le imprese e che sia formulato in termini da assicurare il welfare ai propri dipendenti.

Di questi benefici non potremmo purtroppo godere direttamente gli anziani ormai pensionati e quindi "fuori" dalle imprese.

Per gli anziani vi è comunque una notizia non buona. Si tratta della risposta (scritta) che l'assessore regionale alla Sanità Carlo Lusenti ha dato ad una interrogazione scritta riguardante il "destino" delle unità operative ospedaliere di Geriatria del Policlinico S. Orsola-Malpighi. In tale risposta si afferma che la "geriatria, al pari di altre specialità specialistiche sia assolutamente necessaria". Non viene data alcuna risposta alla precisa domanda sulla conservazione o meno di tali unità operative ospedaliere. Si afferma invece che "la rete assistenziale è composta di ospedali pubblici e strutture presenti nel privato (in accreditamento col SSN) le quali sono autorizzate per dare risposte ad esigenze sanitarie sia per pazienti acuti che per pazienti in fase di remissione".

Probabilmente l'assessore non sa che una unità operativa di Geriatria, come abbiamo ricordato in altra sede ed in altre occasioni, *non è solo un reparto di degenza. Voglio ricordare l'unità di valutazione geriatrica (geriatra, infermiere, assistente sociale) ospedaliera ed extraospedaliera, il Centro esperti per i disturbi cognitivi e del comportamento, la Delirium room, l'ortogeriatria, i rapporti col territorio, gli ambulatori divisionali e territoriali, i rapporti col servizio riabilitativo, i reparti postacuti e di riabilitazione estensiva, nonché la "cultura operativa" di tutto il personale.*

Tutto questo è destinato a "sparire"?

A sentire gli annunci dei nostri amministratori la risposta è "sì" in quanto, a loro parere, si tratta di reparti "non strategici".

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

Voglia di futuro

Forum Non Autosufficienza. L'assistenza scarseggia. A danno di 5 milioni di persone. Il Rapporto

A tanto ammonta il numero di persone coinvolte, tra non autosufficienti (secondo le stime circa 4 milioni), i loro familiari, i professionisti dei servizi sanitari e sociali e gli assistenti familiari privati. Nel 2012 azzerati i fondi statali. Nel 2013 stanziati 300 milioni per le politiche sociali e 275 milioni per le non autosufficienze. Ma si tratta del 60% in meno rispetto al 2008. I dati nel IV Rapporto del Network Non Autosufficienza.

Aumenta la necessità di servizi assistenziali rivolti agli anziani e, in particolare, ai non autosufficienti, ma non aumentano i servizi. La pur lieve espansione osservata negli anni precedenti si è infatti fermata, ma in certi casi l'assistenza è addirittura diminuita. La quota di anziani che hanno potuto contare sull'Assistenza domiciliare integrata (Adi), ad esempio, è rimasta invariata al 4,1% tra il 2010 e il 2011 al 4,1%, mentre quella degli anziani che hanno usufruito del Servizio di Assistenza Domiciliare (Sad) è scesa dall'1,7% dei potenziali utenti ultrasessantacinquenni nel 2008 all'1,4% nel 2010 (-0,3%). Il tasso di fruizione delle indennità di accompagnamento nel 2010 è stato del 12,5%, con una contrazione dello 0,4% rispetto al 12,9% dell'anno precedente. Anche il dato sugli non autosufficienti nelle Residenze assistite è in leggera diminuzione: circa il -0,5% tra il 2009 ed il 2010.

A rilevarlo è il Network Non Autosufficienza nel IV Rapporto sull'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia tra crisi e ripartenza che sarà presentato in occasione del Forum sulla non autosufficienza che si apre oggi a Bologna e i cui lavori andranno avanti fino a domani. Due giornate per discutere un tema scottante, perché è evidente che l'evoluzione della struttura demografica del Paese (+139.000 over 75enni solo tra il 2010 e il 2011) e la riduzione della mortalità porterà a crescere anche la domanda di assistenza alle non autosufficiente. Che, se non troverà risposta, si tradurrà in ripercussioni pesanti per gli anziani con disabilità, le loro famiglie e per gli operatori nel settore. Per questo, secondo il Forum per la non autosufficienza, diventa "sempre più urgente una riforma complessiva del settore dell'assistenza Long-Term Care". E le proposte su come riformarlo arriveranno proprio dalle giornate bolognesi.

Il bisogno di assistenza

Secondo le stime Istat, nel 2011 gli ultrasessantacinquenni in Italia erano circa 12 milioni e 301 mila, mentre gli ultrasettantacinquenni superavano i 6 milioni e 147 mila unità. L'invecchiamento della generazione del baby boom (i nati negli anni Cinquanta) ed il basso livello di nascite nel Paese contribuiranno ad accrescere ulteriormente il peso relativo degli over 65 sulla popolazione complessiva, che e già passata dal 19% nel 2003 ad oltre il 20% nel 2011. Un trend che "continuerà ancora a lungo", secondo gli esperti che hanno redatto il Rapporto, che sottolineano come "la situazione ad oggi osservata non sia altro in realtà che quella di 'metà percorso'". La regione che per prima toccherà il livello massimale di popolazione anziana sembra essere la Liguria tra 40 anni (nel 2053), con una percentuale di over 75 pari a circa il 22,5%. L'anno successivo sarà la volta di Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Piemonte, mentre le regioni del Sud Italia continueranno a sperimentare incrementi del gruppo di popolazione over 75 per lungo tempo, non raggiungendo il massimale neppure nel 2065.

Secondo gli esperti vale la pena ricordare che fragilità, cronicità e disabilità (come pure la stessa non autosufficienza) "non sono concetti sovrapponibili e mai come oggi esistono strumenti e politiche per favorire e promuovere una vita longeva attiva ed in buona salute". Tuttavia "è evidente come nelle coorti più anziane aumentino la prevalenza e l'incidenza delle principali patologie età-correlate". Non

a caso con l'avanzare dell'età cresce la proporzione di coloro che dichiarano di avere una malattia o un problema di salute cronici, superando la metà dei cittadini di età compresa tra i 75 e gli 84 anni e sfiorando il 64% tra gli over 85.
La stessa situazione si verifica per quanto riguarda le limitazioni percepite nello svolgimento delle attività quotidiane. Nel 2009 oltre il 73% degli italiani non riferiva alcuna limitazione, tuttavia il quadro cambiava se la domanda veniva rivolta ai più anziani: la proporzione di persone over 65 con limitazioni si attestava intorno al 40% e, soprattutto per i grandi anziani, tali limitazioni venivano percepite come gravi (per il 39% degli over 85).

L'assistenza domiciliare in Italia

Risulta molto eterogenea sul territorio nazionale: secondo gli ultimi dati Istat citati nel Rapporto, i servizi di Assistenza domiciliare integrata (Adi) per anziani nel periodo tra il 2005 e il 2011 sono cresciuti in Emilia-Romagna (+5,2%), Umbria (+3,1%), Abruzzo (+2,9%), Provincia Autonoma (P.A.) di Trento (+2,8%) e Sardegna (+2,7%). Nella maggior marte delle altre regioni d'Italia si sono registrati incrementi più lievi della copertura del servizio, mentre in Friuli-Venezia Giulia e Molise la copertura del servizio, in termini di quota di utenza servita, è diminuita sensibilmente (rispettivamente del -2% e -2,6%).
Ma, sottolinea il Rapporto, va evidenziata "la stabilizzazione del livello di copertura a livello nazionale tra il 2010 e il 2011, contrariamente ai trend di continua crescita a cui abbiamo assistito negli scorsi anni. In ben quindici regioni italiane si sono registrate variazioni annuali praticamente irrilevanti (tra il -0,5 e il +0,5%), mentre solo Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna hanno visto diminuire sostanzialmente il tasso di copertura dell'ADI per anziani: la prima, come effetto di un trend pluriennale di progressiva limitazione del servizio; la seconda, come probabile reazione alla percentuale troppo elevata di utenti raggiunta negli scorsi anni (ben il 10,6%, la regione più 'generosa' in Italia)".
In termini di ore annuali di assistenza fornita, 6 rientrano in un range tra 16 e 26 ore annuali, vicine alla media nazionale di 20 ore: "È evidente che si tratta, in ogni caso, di un'intensità del servizio molto bassa se confrontata con altri Paesi europei", sottolinea il Rapporto. Le Ore diventano molto più basse in Veneto (10 ore) e in Friuli-Venezia Giulia (4). Nel Mezzogiorno la tendenza e invece quella di offrire servizi di più lunga durata (come in Molise, Basilicata, Puglia e Sardegna, tutte tra le 43 e le 75 ore in media), "ma – sottolinea il Rapporto - con una copertura generalmente minore degli anziani beneficiari".
Sull'altro versante dell'assistenza domiciliare, quello relativo ai servizi erogati dai comuni nel territorio, il Servizio di Assistenza Domiciliare (Sad) si configura come il principale intervento a favore degli anziani con difficoltà nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana. Ma, sottolinea il rapporto, anche in questo settore le regioni sembrano comportarsi in modo differente. Inoltre si assiste a due diversi trend nell'ambito dell'erogazione di Sad alla popolazione anziana: da una parte, i dati confermano che dal 2006 al 2010 c'è stato un calo dello 0,41% (dall'1,85 all'1,44%) di utenti del Sad tra gli ultrasessantacinquenni (nel 2010 il servizio e fornito a circa 176.000 persone over 65 anni); dall'altro lato, la spesa media per singolo utente anziano è in lieve aumento, passando dai 1.646 euro del 2006 ai 2.014 del 2010. In particolare, nel Centro Italia si registra generalmente un tasso di copertura molto inferiore alla media italiana (dallo 0,3% dell'Umbria all'1% del Lazio), ma una spesa per utente particolarmente elevata (dai 2.300 ai 3.000 euro circa). Inoltre, i dati sull'erogazione del servizio rafforzano l'idea di un gap "Nord-Sud" che va ampliandosi. La percentuale di comuni coperti dal Sad, infatti, registra ancora significative differenze tra un Settentrione quasi completamente coperto (oltre il 93% dei comuni) e le regioni del Centro e del Meridione significativamente indietro nell'erogazione del servizio (rispettivamente solo l'84% e il 78% dei comuni).

I servizi residenziali

Il quadro dell'offerta di assistenza residenziale in Italia risulta confermato rispetto a quanto rilevato negli anni precedenti. Anche se le regioni del Nord si distinguono per la maggiore dotazioni di posti letto per abitanti, tutte tra il 3% della Liguria e il 4% del Piemonte (con Val-

le d'Aosta e Trentino-Alto Adige anche oltre), mentre nel Sud Italia l'offerta di residenzialità resta abbondantemente al di sotto della media italiana del 2,5%.
Per quanto riguarda l'accesso ai presidi assistenziali e sociosanitari da parte di anziani non autosufficienti, negli ultimi anni il tasso degli utenti ultrasessantacinquenni di queste strutture sulla popolazione anziana è salito in modo significativo, passando da un tasso stabile dell'1,4% tra il 2000 e il 2006 all'1,8% del 2010. Al contrario, l'accesso a residenze dedicate ad anziani autosufficienti ha visto una lieve diminuzione, dallo 0,8% di anziani che ne hanno usufruito nel 2000 allo 0,6% nel 2010.

Parliamo di risorse

Il nostro welfare territoriale non gode di un sistema di finanziamento propriamente definito ma conta su un mix di risorse comunali, regionali e sul sostegno dei fondi statali destinati a questo settore; quest'ultima fonte dipende dalle decisioni annuali di finanza pubblica che nell'allocare i fondi disponibili possono dare più o meno centralità a questo comparto.
Le scelte del Governo tra il 2008 e 2011 hanno significato un drastico ridimensionamento dei fondi in questione. Il Fondo nazionale per le politiche sociali, il principale canale di finanziamento indistinto, a suon di tagli che hanno raggiunto anche livelli del 30-40% annuo, è stato fortemente ridimensionato dalle leggi finanziarie annuali fino a raggiungere nel 2012 valore solo simbolico. Ciò ha significato per gli enti locali la scomparsa di una fonte di finanziamento che contribuiva per il 12,1% alla spesa sociale.
Stessa sorte è toccato al Fondo per la non autosufficienza introdotto nel 2007. Rispetto ai 400 milioni investiti su questo fronte nel 2009 e 2010, dal 2011 il canale non è stato rifinanziato e nel 2012 i fondi sociali erano sostanzialmente azzerati.
Con la legge di stabilità per il 2013 sono stati parzialmente rifinanziati i fondi in questione (300 milioni il Fnps e 275 milioni il Fondo per le non autosufficienze). Ma "nonostante questi reintegri – sottolinea il Rapporto –, i fondi statali per il 2013 restano nettamente inferiori rispetto al finanziamento di qualche anno fa (60% in meno rispetto al 2008). Da sottolineare, inoltre, che il rifinanziamento ha carattere esclusivamente annuale, mentre per gli anni successivi permane la situazione di incertezza sui fondi disponibili".

Le indennità di accompagnamento

Il sistema italiano "ha compensato tradizionalmente le carenze dell'offerta di servizi diretti con meccanismi di trasferimento monetario", sottolinea il rapporto. Il costo di questi trasferimenti, in particolare quello per l'indennità di accompagnamento, è quindi cresciuto velocemente nel corso degli anni, in parte riflettendo l'effettiva evoluzione del bisogno della popolazione ma in parte, secondo il Rapporto, in virtù di diversi fattori culturali ed organizzativi. "Tra questi ultimi si possono menzionare, ad esempio, la maggior consapevolezza dell'utenza circa i propri diritti, ma anche i difetti nel sistema di gestione delle indennità". Difetti che, tra l'altro, "hanno ingenerato iniquità e disuguaglianze tra i cittadini in stato di bisogno: basti pensare che per lungo tempo l'ente responsabile per la certificazione del bisogno e la concessione dell'indennità (la regione tramite le Aziende del Servizio Sanitario Regionale) è stato diverso dall'ente responsabile del finanziamento della misura (lo Stato centrale, tramite l'INPS)".
Considerato questo, secondo il Rapporto "non sorprende che la crescita costante della diffusione delle indennità sia stata disomogenea tra le regioni e non sempre si è potuta osservare una relazione tra tassi di disabilità (indicatori del bisogno e di probabile esistenza del diritto all'indennità) e tassi di fruizione di questa misura di sostegno, nonostante i recenti tentativi di riformare l'indennità".
Secondo i dati, comunque, per la prima volta negli ultimi otto anni si è verificata una sostanziale frenata della spesa per indennità di accompagnamento, che nel 2011 si è attestata attorno ai 12,7 miliardi di euro (-0,2% rispetto al 2010), di cui circa 9,6 miliardi per anziani disabili. Una riduzione che, secondo il Forum per la non autosufficienza, è riconducibile sia alle modifiche al procedimento di concessione dell'indennità introdotte nel 2009 che agli effetti indotti dai piani straordinari di verifica dell'invalidità civile.
Per quanto riguarda la copertura della prestazione nelle regioni, l'utenza complessiva

dell'indennità nel 2010 ammontava a più di 1,5 milioni di anziani. Tra gli over 65 il tasso di fruizione dell'indennità era pari al 12,5%, con un minimo di 8,4% in Trentino-Alto Adige ed un picco di 19,5% in Umbria. In linea generale, le regioni del Nord presentano una copertura più bassa (ben quattro regioni sono al di sotto del 10%), mentre quelle del Sud, alle prese con servizi formali sul territorio meno sviluppati e accessibili, hanno tassi di fruizione sensibilmente più elevati della media nazionale (tra cui spiccano Calabria e Campania, rispettivamente con il 17,6 e il 17,2% di anziani beneficiari).

Tra il 2005 ed il 2010, comunque, il tasso di fruizione dell'indennità di accompagnamento è aumentato indistintamente in tutte le regioni italiane, nessuna esclusa. In molte regioni del Nord l'incremento è stato inferiore all'1%, mentre nel Centro-Sud i tassi di fruizione sono aumentati in maniera più consistente, fino al 3,8% del Molise e al 4,1% della Puglia. Per quanto riguarda invece il numero assoluto di beneficiari anziani, l'aumento dal 2005 al 2010 e stato di 300.000 utenti.

Il punto sulle badanti

Le assistenti familiari continuano ad accompagnarci oggi, a più di dieci anni dalla loro comparsa in termini di fenomeno di massa. Certo la crisi ha toccato anche questo settore: rendendolo più opaco, certamente più sommerso, in parte ridimensionandolo. Basti pensare che fino al 2009 il numero di lavoratori domestici registrati era sempre salito, sfiorando quota 1 milione. Ma proprio da quell'anno quello stesso numero è iniziato a diminuire, con un calo di oltre 80 mila unità tra il 2009 e il 2011. "Sono i segnali di crisi del mercato, lo ripetiamo, regolare", sottolinea il Rapporto, osservando che comunque il lavoro privato di cura rimane essenziale nell'assistenza agli anziani non autosufficienti nel nostro paese. Ma le difficoltà economiche, evidenzia il Rapporto, portano, in senso complementare, a massimizzare l'assistenza intrafamiliare dei membri bisognosi. Dunque al ritorno ai legami familiari, alla riduzione della "esternalizzazione" del carico di cura alle assistenti familiari e a una maggiore assunzione in proprio di tali oneri, che coinvolgono solitamente le donne.

Responsabilità civile Professionale del Medico

Con la sua iscrizione all'Ordine dei medici, Lei ha diritto per tre anni alla copertura assicurativa per la Responsabilità civile Professionale del Medico con la speciale Formula Young, di Assicuratrice Milanese.

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

-NESSUNO SCOPERTO PER DANNI A PERSONE.
-TUTELA LEGALE PENALE E CIVILE ILLIMITATA.
-MASSIMALE DI GARANZIA €2.000.000,00.

PREMIO € 250,00

N.B.: La responsabilità civile Professionale Formula Young è riservata esclusivamente ai medici nei primi tre anni di iscrizione all'ordine Professionale e cessa alla prima scadenza annuale oltre tale limite.

Per informazioni :

GAFEMAR SRL
VIA RAMENGHI, 12 40133 BOLOGNA 05119980051 info@gafemar.it
Riferimento: Giuseppe Verardi 3384058137
Gafemar srl è un Intermediario Assicurativo iscritto al Registro IVASS (RUI) al n. A000348325

Bambini e tac: quali livelli di radiazioni

I valori attuali di riferimento non esprimono adeguatamente l'esposizione dei pazienti sottoposti a indagini radiologiche con la Tac, con la conseguenza che le pratiche che richiederebbero un intervento d'ottimizzazione dell'esposizione non sono individuate.
A questa conclusione è giunta la prima indagine nazionale sull'esposizione alle radiazioni da tomografia computerizzata multistrato nel bambino presentata al Congresso nazionale dell'Associazione italiana di fisica medica (Aifm) in corso a Torino. Lo studio è durato 12 mesi ed è stato condotto in collaborazione tra Aifm e Società italiana di radiologia medica (Sirm).
A oggi la valutazione delle dosi al paziente in radiodiagnostica è svolta sulla base dei livelli diagnostici di riferimento (Ldr) riportati dalla normativa italiana con il decreto legislativo 187/2000 e riferiti a dati raccolti su apparecchiature Tc ormai obsolete.
Secondo i dati Istat la popolazione pediatrica italiana (tra 0 e 14 anni) è di circa 8,5 milioni, il 14% dell'intera popolazione; attualmente in Italia gli esami Tac eseguiti annualmente sono circa 7 milioni, di cui 180 mila in età pediatrica.
Lo studio ha analizzato le dosi di 993 esami pediatrici eseguiti con Tc multistrato in 25 Servizi di radiologia distribuiti su tutta Italia, sei dei quali completamente dedicati alla pediatria. I dati raccolti sono stati suddivisi in tre gruppi di età (1-5, 6-10 e 11-15 anni) e per i tre distretti anatomici presi in considerazione: encefalo, torace e addome.
Come ci si attendeva, dallo studio è emerso che la dose ricevuta negli esami cresce con il crescere dell'età, ma fortunatamente tutti i valori sono inferiori ai livelli diagnostici di riferimento della normativa italiana, riferiti alla sola popolazione adulta. Inoltre la quantità di radiazione a cui è esposto il bambino rispetto all'adulto raggiunge riduzioni sino a circa il 60% nella fascia di età 1-5 anni, 30% nell'età 5-10 ed è confrontabile nella fascia 10-15.
«Anche se l'Italia è nella media europea – ha dichiarato Daniela Origgi, fisico medico dell'Istituto europeo di oncologia di Milano, una dei coordinatori dello studio – l'indagine evidenzia che l'estesa introduzione delle nuove tecnologie digitali e dei nuovi sistemi Tc multistrato impongono necessariamente un processo di revisione e di aggiornamento degli attuali Ldr e l'introduzione di nuovi, dedicati all'ambito pediatrico». «L'obiettivo ultimo non è la riduzione della dose a ogni costo – ha precisato Luisa Begnozzi, presidente Aifm – quanto piuttosto la produzione di immagini di qualità adeguata al quesito diagnostico utilizzando la minima dose al paziente. In questo ambito il fisico medico gioca un ruolo fondamentale».

***

Aumenta la resistenza agli antibiotici in Europa

In occasione della Giornata Europea degli Antibiotici l'Istituto Superiore di Sanità ha lanciato ancora una volta l'allarme sull'aumento della resistenza agli antibiotici da parte di alcuni batteri. In particolare si parla di due batteri molto pericolosi quali l'Escherichia Colie la Klebsiella pneumonie che sono diventati, negli ultimi quattro anni, più difficili da combattere e sradicare. In realtà gli antibiotici sono farmaci comuni che normalmente vengono prescritti quando è in corso un'infezione batterica. La loro scoperta e la loro utilizzazione in massa ha cambiato radicalmente il concetto di intervento nelle patologie ad origine batterica ed ha salvato milioni di vite umane. Il problema è che è oramai sempre più presente e pericoloso una specie di rovescio della medaglia legato al cattivo uso di questi farmaci, anche e soprattutto quando vengono assunti per situazioni in cui non servono a niente. Prima di passare a vedere che cosa significhi la resistenza all'antibiotico e come essa stia modificando le terapie necessarie a sconfiggere questi batteri, ricordiamo e ricordiamoci poche piccole regole che ci possono aiutare ad usare gli antibiotici correttamente ed evitare di incappare in un batterio resistente. La prima regola è che l'antibiotico si prende solo ed unicamente quando c'è un medico che vi ha visitato e che lo ha prescritto. La seconda è sapere e ricordarsi che sono farmaci che combattono le infezioni provocate da batteri e che sono quindi inutili nelle patologie legate ai virus, come il raffreddore o l'influenza, a meno di alcune situazioni in cui si torna al punto primo, cioè sarà il medico a decidere se usare un antibiotico per alcune situazioni specifiche, e non voi o il farmacista. La terza regola è che gli antibiotici non prevengono le malattie, o servono perché il vostro medico ha detto che c'è ne è bisogno oppure non servono.

La quarta regola è quella di prendere l'antibiotico prescrittovi dal vostro medico, seguendo esattamente la posologia che lui vi ha prescritto. Quello che accade moltissime volte, ed è una delle cause della resistenza, è che si prende l'antibiotico i primi tre giorni poi, visto che ci si sente meglio, lo si sospende commettendo un gravissimo errore. Per ultimo, se pensate che per una qualunque ragione quell'antibiotico non vada bene per voi parlatene con il medico e non cambiatelo da soli. Seguendo queste regole si eviterà di creare super batteri resistenti, come sta accadendo da vari anni e come accade per i due batteri sopracitati che, da soli o in combinazione con altri con cui si "mescolano", danno vita ad infezioni multi-resistenti quasi impossibili da curare e che impediscono una corretta guarigione. A ciò si può aggiungere che purtroppo negli ultimi anni, i due "superbatteri" sotto sorveglianza, l'Escherichia e la Klebsiella, hanno sempre maggiore capacità di resistere ai medicinali e sono responsabili di infezioni urinarie, sepsi ed altre infezioni cosiddette ospedaliere, ovvero che si prendono in ospedale, patologie per le quali c'è un aumento delle percentuali di resistenza, anche alle cefalosporine di terza generazione, o ai fluorochinoloni ed agli aminoglicosidi, che causano infezioni difficili da trattare.

***

Antiossidanti e lombalgia

La somministrazione orale di acido alfalipoico (Ala) e superossido dismutasi (Sod) riduce l'uso di analgesici nei pazienti con lombalgia cronica (Lbp), e ne migliora la disabilità. Parola di Emilio Battisti, reumatologo al Centro Tammef (Therapeutic Application of Musically Modulated Electromagnetic Fields) dell'Università di Siena e primo autore di uno studio sull'"European Journal of Physical and Rehabilitative Medicine". Il mal di schiena è un problema di salute in tutto il mondo, con costi che nei soli Stati Uniti superano i 100 miliardi di dollari l'anno, di cui due terzi dovuti alla perdita di giorni lavorativi e alla riduzione di produttività. «Lo stress ossidativo è una delle cause del dolore neuropatico, spesso alla base della lombalgia» spiega il reumatologo, sottolineando che gli antiossidanti potrebbero essere un'utile strategia di trattamento della Lbp. Ed è proprio uno studio italiano del 2009 pubblicato sull'"International Journal of Immunopathology and Pharmacology", a fornire prova dei potenziali benefici di Ala, un potente antiossidante, nella lombalgia: la somministrazione del composto, combinato all'acido gamma linolenico, un omega -6, e alla riabilitazione fisica, ha alleviato in modo significativo i sintomi neuropatici, riducendo la disabilità dei soggetti trattati. Continuando su questa strada Battisti e colleghi hanno rilevato le variazioni nel dolore percepito, nell'attività funzionale e nell'assunzione di analgesici in 98 pazienti adulti affetti da Lbp e trattati con una combinazione orale di acido alfa-lipoico e superossido dismutasi, un enzima antiossidante della classe ossidoreduttasi, secondo un protocollo prospettico non randomizzato in aperto. «Ai partecipanti sono stati somministrati per 60 giorni 600 mg di Ala e 140 UI Sod/die. Il Roland Morris Disability Questionnaire e il Pain Rating Scale sono stati utilizzati per valutare disabilità e dolore, e durante il follow up è stato registrato l'uso di farmaci, con attenzione agli analgesici e ai loro eventi avversi» riprende Battisti. Alla fine dello studio solo l'8% dei partecipanti dei pazienti usava ancora gli antidolorifici rispetto al 73,5% rilevato all'inizio. Miglioramenti significativi sono stati raggiunti anche per il dolore percepito e la disabilità funzionale. «I nostri dati suggeriscono che il trattamento con antiossidanti può essere un potente coadiuvante nella terapia riabilitativa della lombalgia cronica» conclude il reumatologo. "Eur J Phys Rehabil Med." 2013 Oct;49(5):659-64

***

Alti livelli di tungsteno raddoppiano il rischio di ictus

Nuove ricerche rivelano che alti livelli di tungsteno possono raddoppiare il rischio di ictus. A dirlo è uno studio condotto da un gruppo di ricercatori della University of Exeter, pubblicato su "Plos One". Usando dati provenienti da un ampio survey sanitario americano, lo studio ha mostrato che alte concentrazioni di tungsteno nel corpo, misurate da campioni di urina, sono fortemente legate all'aumento dell'occorrenza degli ictus in misura grosso modo uguale al doppio delle probabilità che si verifichi la condizione. Secondo dati dell'Oms, l'ictus è attualmente la seconda causa di morte nel mondo occidentale, dietro le malattie cardiache. È anche la principale causa di invalidità

negli adulti, poiché spesso provoca perdita del controllo motorio, incontinenza urinaria, depressione e perdita di memoria. Gli scienziati hanno usato dati provenienti dal National Health and Nutrition Examination Survey, che si riferiscono a 8614 partecipanti con età compresa fra 18 e 74 anni, che sono stati seguiti per 12 anni. I risultati, in particolare, hanno anche mostrato che alti livelli di tungsteno sono un significativo fattore di rischio soprattutto sotto i 50 anni.
http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0077546

***

A Catania il microscopio elettronico più potente d'Europa

Il microscopio elettronico analitico "sub-angstrom", il più potente d'Europa, è stato acquisito dall'Istituto per la microelettronica e i microsistemi del Consiglio nazionale delle ricerche (Imm-Cnr) e inaugurato a Catania, presso i laboratori dell'Istituto ospitati nel sito di STMicroelectronics (ST). "Arm 200 fa parte di una nuova classe di microscopi elettronici e unisce caratteristiche eccezionali, che ne fanno il più potente microscopio elettronico d'Europa", ha spiegato Corrado Spinella, direttore dell'Imm-Cnr. "Ha una configurazione hardware che combina risoluzione spaziale atomica e contrasto chimico su una sola immagine, permettendo l'identificazione della struttura dei materiali, elemento per elemento, in tutte le proiezioni tridimensionali", ha aggiunto. Il nuovo microscopio nasce dal progetto "Beyond-Nano" del Cnr, finanziato dal Miur, e promette importanti ricadute nel campo della nanoelettronica e della sensoristica. "Arm 200 è stato installato in un laboratorio fono isolato e anti vibrante dotato di pannelli termo radianti, ed è il primo microscopio che opera anche a basse energie, sotto i 40 keV, consentendo lo studio di materiali soffici e strutture a base di carbonio come il grafene. In sostanza, sarà in grado di osservare ciò che può essere manipolato su scala atomica nei materiali, variandone le proprietà e le funzionalità", ha proseguito il direttore dell'Imm-Cnr. "Grazie alla possibilità di investigare i materiali a risoluzione sub-angstrom, potremo realizzare una vastissima gamma di dispositivi superveloci e a basso consumo di energia, sistemi per la memorizzazione di enormi quantità di informazioni, strumenti per l'identificazione di marker biologici in quantità piccolissime di fluidi", ha concluso Spinella. L'acquisizione di Arm 200 si inserisce in un lungo rapporto di collaborazione tra Cnr e ST.

***

Consumo di sale e mortalità cardiovascolare

La riduzione del consumo di sale possiede effetti benefici sull'ipertensione arteriosa, ma quale effetto provoca sui rischi cardiovascolari? Due recenti metanalisi rispondono a questo interrogativo. La prima metanalisi ha esaminato 34 studi randomizzati di durata di 4 settimane (3.230 adulti di età media pari a 50 anni), in cui è stato confrontato un regime iposodico con uno normale. La riduzione media di 75 mmol registrata nell'eliminazione urinaria del sodio (corrispondente ad una riduzione di 4.4 g di sale al giorno) si è associata ad una abbassamento significativo della pressione sistolica e diastolica (4.2 mmHg e 2.1 mmHg, rispettivamente).
Limitando l'analisi ai soli pazienti ipertesi, la diminuzione rispettiva è stata di 5.4 mmHg e di 2.8 mmHg. La riduzione pressoria è stata indipendente dalla presenza di ipertensione, dal sesso dei partecipanti e dalla loro etnia. L'altra metanalisi ha compreso RCT di durata di 4 settimane e studi di coorte di durata di 1 anno.
In 36 RCT (con un campione di 6.736 adulti) la riduzione del consumo di sale si è associata ad una riduzione media di 3.4 mmHg per la pressione sistolica e di 1.5 mmHg per la diastolica. Non si è vista alcuna relazione tra l'assunzione di sale e i livelli di lipidi plasmatici, i livelli di catecolamine o la funzionalità renale.
Nei 14 studi di coorte, con una campionatura di decine di migliaia di soggetti, l'eccessivo apporto di sale si è associato ad un aumento del rischio di stroke, ad una maggiore mortalità da stroke e da coronaropatie, ma non ad un aumento delle coronaropatie, a malattie cardiovascolari in genere e alla mortalità globale.
* He FJ et al. *Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials.* BMJ 2013 Apr 3; 346:f1325

* Aburto NJ et al. *Effect of lower sodium intake on health: Systematic review and meta-analyses*. BMJ 2013 Apr 3; 346:f1326

***

Infezioni ospedaliere

In Italia, nel triennio 2008-2010, si sono registrati oltre 2,2 milioni di casi di infezioni in ospedale, che hanno portato alla morte di oltre 22 mila pazienti. Con un costo a carico del Servizio sanitario nazionale che oscilla tra i 4,8 e gli 11,1 miliardi di euro. Secondo un'indagine americana, il costo per ogni caso di sepsi è di ben 22.100 dollari. Se consideriamo che in Italia l'incidenza è di circa 1 caso ogni 100.000 abitanti, il costo che ne deriva è di 15,5 milioni di euro all'anno.

***

Dopo traumi al cervello segni premonitori di Alzheimer

I pazienti che hanno subito un trauma al cervello (Tbi) hanno un maggior numero di placche beta-amiloidi, un segno caratteristico della malattia di Alzheimer. A dirlo, uno studio condotto da Young T. Hong e colleghi della University of Cambridge. Gli scienziati hanno usato l'imaging cerebrale e hanno studiato il tessuto del cervello acquisito durante autopsie per esaminare il deposito di placche beta-amiloidi in sedici pazienti con Tbi. I dati sui tessuti prelevati dai 16 pazienti, che avevano subito un Tbi, sono stati confrontati con quelli di un altro gruppo di sette pazienti che erano invece andati incontro al decesso per cause non neurologiche. I risultati dello studio, pubblicati sul "Jama Neurology", hanno indicato che i pazienti con Tbi mostravano un aumento in un legame chimico caratteristico di placche beta-amiloidi in alcune aree del cervello. "L'uso della Pet per imaging in seguito a Tbi – affermano gli autori – ci fornisce uno strumento per migliorare la comprensione

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

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

Bologna - via dell'Osservanza, 19

Centralino:
tel. 051 580395

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

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

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

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

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

patofisiologica della Tbi e identificare pazienti ad alto rischio di accelerata malattia di Alzheimer". http://archneur.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1765682

***

Dimostrato perché le donne sono più ansiose degli uomini

La dimostrazione scientifica che le donne siano più ansiose degli uomini arriva dall'Isn-Cnr di Catanzaro, in collaborazione con l'Irccs Fondazione Santa Lucia di Roma. Alla base di questa predisposizione sembrerebbe esserci una variante del gene 5-Httlpr implicato nella regolazione della serotonina. L'ansia è una normale emozione, che tutti gli esseri umani provano e ha la funzione fondamentale di segnalare situazioni pericolose o spiacevoli, mediante le modificazioni fisiologiche prodotte dall'adrenalina che entra in circolo nel sangue. Entro certi livelli, dunque, l'ansia è necessaria in quanto ci consente di affrontare situazioni temute e stressanti. Se però supera certi limiti, può diventare anche la base per lo sviluppo di disturbi quali attacchi di panico e fobie. Negli ultimi anni le moderne neuroscienze hanno dimostrato che esiste una certa predisposizione nell'essere ansiosi: in particolare, una variante del gene 5-Httlpr, che regola l'espressione della serotonina, causa al soggetto portatore un aumento della quantità di questo neurotrasmettitore, capace di modulare i comportamenti emotivi. I ricercatori dell'Isn-Cnr di Catanzaro, coadiuvati da Gianfranco Spalletta dell'Irccs Fondazione Santa Lucia di Roma, hanno realizzato una ricerca sull'anatomia cerebrale di centinaia di soggetti sani dimostrando come l'effetto di questa variante genetica a livello cerebrale sia molto influenzata dal sesso: le donne hanno una diversa regolazione e livelli di serotonina maggiori rispetto agli uomini. Lo studio è stato condotto utilizzando le più avanzate metodiche di neuroimaging ed è stato pubblicato sulla rivista "Social Cognitive and Affective Neuroscience". "L'obiettivo di questa ricerca era scoprire l'esatta interazione tra predisposizione genetica e sesso e studiare più a fondo le basi neurobiologiche dell'ansia ma soprattutto se esiste un biomarcatore cerebrale implicato nella patologia affettiva", ha affermato Antonio Cerasa, ricercatore dell'Isn-Cnr di Catanzaro. "Quello che abbiamo scoperto – ha aggiunto – è che le donne portatrici della variante genetica che conferisce una dis-regolazione della serotonina sono più ansiose degli uomini e questa predisposizione si manifesta, a livello neurobiologico, con un'alterata anatomia di una regione chiave nella regolazione dell'emozione: l'amigdala". Il ruolo di questa piccola regione cerebrale è già ben noto in ambito clinico: "Pazienti affette da disturbi psichiatrici con base ansiosa (bulimia nervosa, disturbi antisociali), sono caratterizzate da alterazioni a livello anatomico e funzionale di quest'area", ha detto il ricercatore. "Grazie ai risultati di questo studio è possibile immaginare che un giorno, non molto lontano, con un semplice esame del sangue e una risonanza magnetica, sarà possibile individuare le persone che possono avere una più marcata vulnerabilità allo sviluppo di comportamenti patologici", ha concluso.

***

Dagli Usa un nuovo trattamento per i danni al midollo spinale

Un gruppo di scienziati della Emory University in Atlanta potrebbe aver trovato un nuovo trattamento che può aiutare le persone che hanno subito un danno al midollo spinale a camminare meglio. Lo studio è stato pubblicato sulla rivista "Neurology". "Circa il 59% di tutti i danni al midollo spinale sono incompleti, e permettono al midollo di cambiare in modo da consentire alle persone di camminare di nuovo, ma una persona affetta da un danno fra i livelli C2 e T12 riprende raramente a camminare. Il nostro studio propone un nuovo modo promettente di costruire quelle connessioni che consentono di camminare meglio", ha spiegato Randy Trumbover, autore principale della ricerca. Gli scienziati hanno ottenuto un miglioramento nella resistenza e nella velocità del camminare somministrando un trattamento, per un breve periodo, di ipossia (respirazione con una quantità minore di ossigeno). Secondo gli scienziati in queste condizioni la serotonina spinale (neurotrasmettitore) innesca una cascata di cambiamenti nelle proteine che possono aiutare a ripristinare le connessioni nel midollo.
http://www.neurology.org/content/early/2013/11/27/01.WNL.0000437416.34298.43.abstract?sid=18b9b9de-0f80-417e-a6f1-42683546ddf4

***

Coralli di mare utili per creare nuovi innesti ossei

I coralli di mare potrebbero essere utilizzati presto in modo diffuso negli innesti ossei umani. In particolare, lo studio della Swansea University si è concentrato sull'esoscheletro dei coralli, costituito da carbonato di calcio. Gli scienziati, a quanto si legge sulla rivista "Biomdical Materials", sono riusciti a convertire parzialmente questo prodotto in idrossiapatite corallina (Cha) e poi a raffinare il materiale ottenendo carbonato di idrossiapatite/calcio (Chacc), che ha il pregio di essere biodegradabile. In base ai test compiuti su 16 pazienti, gli innesti ossei sono migliorati notevolmente già dopo quattro mesi e a distanza di due anni il Chacc era già completamente biodegradato. «I nostri metodi – ha spiegato Zhidao Xia, fra gli autori dello studio – hanno migliorato notevolmente gli esiti degli innesti ossei. Il Cha è da sempre stato usato per innesti ossei, ma il suo impiego era limitato dal fatto che non era completamente biodegradabile. La nostra tecnica ha permesso di arrivare a un materiale che fosse biodegradabile e compatibile con i tessuti dell'organismo destinati a sostituire l'innesto, durante il processo di guarigione».
http://iopscience.iop.org/1748-605X/8/6/065007/article

***

Essere stati atleti diminuisce il rischio di diabete tipo 2

Essere stati atleti professionisti diminuisce il rischio di diabete di tipo 2, ma in maniera significativa solo se si è praticato uno sport di resistenza. Lo afferma uno studio finlandese pubblicato da "Diabetologia". Lo studio segue un primo lavoro del 1985 su 1500 ex atleti e mille soggetti di controllo. Nel 2008 a quelli rimasti in vita è stato sottoposto un questionario sullo stato di salute e sono state compiute analisi per verificare la tolleranza al glucosio e altri indicatori di diabete. Gli atleti di resistenza hanno mostrato un rischio inferiore del 68%, mentre quelli di altre discipline solo del 20-28%, una quantità definita non significativa dal punto di vista statistico.
http://www.eurekalert.org/pub_releases/2013-11/d-ssb111313.php

***

Conflitto di interessi, studio britannico lo riporta alla ribalta

Gli universitari con interessi nell'industria farmaceutica erano più propensi a parlare sulla stampa dei rischi della pandemia di influenza suina verificatasi nel 2009-10, dichiarandosi a favore di farmaci e vaccini, rispetto ai loro colleghi senza tali interessi. È quanto emerge dallo studio "Academics and competing interests in H1N1 influenza media reporting" pubblicato sul "Journal of Epidemiology & Community Health". «Durante la pandemia sono stati spesi nel Regno Unito circa un miliardo di sterline in farmaci, compresi gli antivirali inibitori della neuraminidasi. E il vaccino anti H1n1 è stato venduto in una quantità di dosi stimata tra 4 e 6 miliardi di sterline» spiega Kate Mandeville, ricercatrice al Department of Global Health and Development, London School of Hygiene and Tropical Medicine di Londra, coautrice dell'articolo. E dopo il salasso è sorto qualche dubbio sull'eventuale conflitto di interessi che gli esperti dei comitati scientifici consultivi, compreso il Comitato di emergenza dell'Organizzazione mondiale della sanità, potevano avere con le aziende farmaceutiche. Per vederci chiaro Mandeville e colleghi hanno analizzato le rassegne stampa quotidiane, media radiotelevisivi esclusi, sulla pandemia tra aprile e luglio 2009, periodo in cui sono state prese le decisioni importanti sul modo di rispondere alla minaccia dell'influenza suina. I ricercatori hanno selezionato 425 articoli con pareri pro o contro farmaci e vaccini, analizzando gli interessi privati di ogni accademico citato mediante le dichiarazioni di conflitto di interesse, le fonti di finanziamento dettagliate sui profili personali, le ricerche su Google e le dichiarazioni di finanziamento scritte su tutte i lavori pubblicati nei quattro anni precedenti. Tutto è stato annotato: sovvenzioni, onorari, cachet da relatore, consulenze, azionariato e gli altri eventuali interessi in gioco. «Durante il periodo di studio il ministro della Salute è stata la fonte più citata, con una copertura del 34% degli articoli, seguito dai docenti universitari (30%). E tra i 61 accademici citati,

un terzo aveva interessi in conflitto. E gli editori della rivista, Martin Bobake Jim Dunn, commentano: «Questi dati dimostrano che le consulenze scientifiche possono spesso essere influenzate da interessi economici non dichiarati. E dal punto di vista di un editore questo è un fatto inquietante a causa dei limiti che le riviste hanno nello stabilire i conflitti di interesse degli autori».
http://jech.bmj.com/content/early/2013/10/30/jech-2013-203128.abstract?sid=10c656b9-1da1-4349-a2f1-d58276c77902

***

Esposizione muffe, più rischio Parkinson. Causa è sostanza organica in funghi e muffe presenti nelle case

Una sostanza organica spesso prodotta dai funghi e dalle muffe che si annidano nelle case potrebbe provocare malattie neurologiche negli uomini causando sintomi simili al Parkinson. Lo ha dimostrato, per ora solo nei moscerini della frutta, uno studio della Rutgers University pubblicato dalla rivista "PNAS". Altri studi indicano che il Parkinson è in aumento nelle aree rurali, ed è stato messo in relazione con i pesticidi, ma in queste aree sono anche presenti funghi e muffe.

***

Gli steroidi in gravidanza portano disturbi comportamentali ai bambini

Le iniezioni di steroidi praticate alle donne incinte prima delle nascite premature potrebbero aumentare il rischio per il bambino di soffrire di difficoltà comportamentali ed emotive. Le donne incinte da cui si aspetta un parto prematuro spesso sono sottoposte a infusioni di glucorticoidi, che simulano l'azione dell'ormone naturale cortisolo. Il trattamento, vitale per la maturazione dei polmoni del bambino, stando alla nuova ricerca pubblicata su "PLoS one", potrebbe aumentare il rischio di problemi mentali successivi, compreso l'Adhd, deficit di attenzione e iperattività. Lo studio è stato condotto dall'Imperial College London in collaborazione con l'Università di Oulu, in Finlandia. I ricercatori hanno coinvolto 37 bambini che sono stati esposti a glucocorticoidi sintetici prima della nascita, confrontandoli con 185 bambini che sono nati nella stessa fase gestazionale ma senza questo trattamento. I bambini nel primo gruppo avevano punteggi più bassi nei test di salute mentale generale all'età di 8 e 16 anni e avevano maggiori probabilità di mostrare sintomi di Adhd .
http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0081394

***

I batteri intestinali sono naturali alleati dei farmaci antitumorali

Secondo una duplice ricerca pubblicata sulla rivista "Science" i batteri intestinali lavorerebbero come alleati dei farmaci anticancro, stimolando e modulando la risposta immunitaria prodotta dall'organismo stesso. Quando i microbi mancano, la cura antitumorale risulta assai meno efficace. Nel primo studio, un gruppo di ricercatori del National Cancer Institute di Bethesda, negli Stati Uniti, ha fatto crescere alcuni tumori in topi in cui i microbi intestinali erano stati distrutti con forti dosi di antibiotici e poi ha testato l'efficacia di due tipi di cure anticancro, un'immunoterapia in cui i farmaci stessi stimolano la risposta del sistema immunitario contro il tumore, e una cura a base di platino, usato in diversi schemi di chemioterapia. In entrambi i casi, nei topi privi di batteri, la cura ha funzionato poco contro il tumore. Nel secondo studio, ricercatori francesi di vari istituti hanno studiato il ruolo dei batteri intestinali nell'efficacia di una terapia a base di ciclofosfamide, farmaco utilizzato nella cura del tumore al seno. Hanno visto che i microbi, in questo caso, sembrano stimolare la produzione delle cellule del sistema immunitario che a loro volta attaccano le cellule tumorali. Nei topi in cui i batteri intestinali erano stati distrutti, questa linea di difesa dell'organismo non è entrata in azione. Anche se gli studi sono stati condotti finora solo su animali, e non è ancora chiaro con quale meccanismo i microbi aiutano la chemioterapia, quello che suggeriscono

può avere importanti ricadute per i malati. Sarà da chiarire se e come i batteri intestinali possono essere arruolati per aumentare l'efficacia delle cure contro il tumore. Già da ora, però, queste scoperte pongono un dubbio per gli oncologi. Molto spesso ai malati di tumore vengono prescritti antibiotici per prevenire o curare infezioni dovute a un sistema immunitario indebolito. L'efficacia della chemioterapia può essere compromessa da queste cure che insieme ai batteri cattivi uccidono quelli buoni? Se fosse confermato che anche nell'uomo i microbi intestinali svolgono l'importante ruolo di «aiutanti» dei farmaci, questa pratica sarebbe probabilmente da rivedere.

***

Identificato interruttore genetico del cancro al seno

Ricercatori australiani hanno identificato un interruttore genetico che indica se un cancro al seno è aggressivo e se ha probabilità di diffondersi. Una scoperta che potrà consentire prognosi più chiare e trattamenti più mirati, anche contro forme aggressive di cancro in altri organi. Gli scienziati dell'Istituto Berghofer di Ricerca Medica e dell'Istituto di Ricerca Molecolare dell'Università del Queensland hanno osservato che nei cancri aggressivi viene a mancare una particolare molecola di acido ribonucleico (RNA). "Essenzialmente, questo particolare frammento di gene, o microRNA, normalmente agisce come 'freno di emergenza' nel nostro programma genetico, assicurando che le nostre cellule continuino a riprodursi normalmente – scrive la ricercatrice Nicole Cloonan sul sito web dell'Istituto Berghofer –. Abbiamo indentificato che questo 'freno di emergenza' fallisce nei tumori invasivi e aggressivi. La sua improvvisa assenza nei test tumorali è una chiara indicazione che le cellule vanno fuori controllo e che il tumore si va diffondendo. Sappiamo che il cancro al seno primario raramente uccide: sono i tumori aggressivi che si metastatizzano, con gravi esiti". La possibilità di identificare il gene significa poter stabilire meglio quali tumori saranno più aggressivi, e quindi prescrivere trattamenti più mirati. Se il cancro non è aggressivo, la paziente può evitare trattamenti traumatici come la chemioterapia, osserva ancora Cloonan. È chiaro inoltre che il microRNA manca anche nei cancri aggressivi del fegato, dello stomaco, del cervello e della pelle. "Crediamo di aver scoperto un processo cellulare comune, su cui si potrà agire con nuovi farmaci".

***

Il cioccolato non fa ingrassare

Il cioccolato non fa ingrassare: il più grosso studio mai condotto su un campione di 1500 adolescenti europei mostra che più cioccolato si consuma più diminuiscono i grassi distribuiti sul corpo (in particolare sull'addome), indipendentemente dall'attività fisica svolta e dalla dieta dei giovani. Lo studio condotto presso l'Università di Granada e pubblicato sulla rivista "Nutrition" fa parte del progetto HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence), finanziato dall'Ue.

Casa di Cura
Ai Colli
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE MENTALI
Direttore Sanitario e Primario:
Dott. Paolo Baroncini - Medico Chirurgo
Specialista in Psichiatria e Psicologia Medica
40136 BOLOGNA
VIA SAN MAMOLO, 158 - TEL. 051 581073 - FAX 051 6448061
Sito internet: www.aicolli.com - E-mail: casadicura@aicolli.com

***

Infarto: i segni premonitori si vedono anche un mese prima

Secondo uno studio presentato al meeting della American Heart Association condotto su un gruppo di 567 uomini di età compresa tra i 35 e i 65 anni, emerge che in oltre il 50% dei casi le persone vittime di un attacco di cuore ci sono stati segnali premonitori fino da un mese dell'evento. Eloi Marijon e colleghi del Cedars-Sinai Heart Institute di Los Angeles hanno preventivamente raccolto una mole di informazioni sulla storia di salute e sui sintomi che hanno preceduto l'attacco cardiaco dei partecipanti al progetto "Oregon Sudden Unexpected Death Study", durato 11 anni e che ha coinvolto complessivamente 1 milione di individui di sesso maschile. Da questi sono stati estrapolati i 567 soggetti dell'indagine; tra questi il 53% aveva registrato sintomi prima dell'arresto cardiaco. Fra questi, il 56% aveva avvertito dolore toracico, il 13% mancanza di fiato e il 4% vertigini, svenimenti o palpitazioni. Nell'80% dei casi i sintomi si sono verificati fra le quattro settimane e un'ora prima dell'arresto cardiaco. Nella maggior parte dei casi, i soggetti erano affetti da malattia coronarica, ma meno della metà si era sottoposta a qualche test prima dell'infarto. In più del 50% dei casi, purtroppo, il fatto di non aver dato ascolto ai sintomi, ha causato un ritardo fatale nei soccorsi e nella terapia a vantaggio della vittima. Per questo, dicono i ricercatori americani, è bene tenere in seria considerazione i vari sintomi che possiamo avvertire. Ora lo stesso team approfondirà l'argomento organizzando uno studio che comprenderà anche le donne.

***

Inquinamento: a rischio la pelle dei bambini

Negli ultimi dieci anni l'inquinamento ambientale ha determinato un'impennata del 10% della dermatite atopica. Sotto accusa soprattutto i metalli pesanti emessi dalle marmitte catalitiche e l'acqua troppo calcarea. Più a rischio sono i bambini tra due e cinque anni che vedono ulteriormente crescere i casi già triplicati nelle ultime tre decadi.
Parte da Gerusalemme, in occasione della settima conferenza dell'International Network on Children's Health, Environment and Safety (Inches), l'appello di Paidòss, l'Osservatorio nazionale sulla salute dell'infanzia e dell'adolescenza, per una maggiore attenzione alla prevenzione e alla cura di questa malattia.
Irritazioni cutanee, eczemi, eritemi e desquamazioni colpiscono praticamente due bambini su tre (63%), ma nonostante nella maggior parte dei casi la dermatite atopica, la più diffusa fra le forme che affliggono la pelle in età pediatrica, si risolva spontaneamente entro il terzo anno di vita, a portarne ancora i segni all'età di 7 anni sono quasi il 20% dei piccoli. Soprattutto coloro che vivono nelle aree più a rischio: quelle industrializzate e nelle grandi città, con traffico intenso, alta concentrazione di smog, inquinamento, fumo, escursioni climatiche, vento, pioggia e umidità. Non sono poi da escludere anche fattori indoor determinati soprattutto dai cambiamenti domestici occorsi negli ultimi cinquanta anni come polveri, acari, contatto con l'epitelio del gatto e cibi meno salutari e più ricchi di allergeni, che si assommano alla mutazione e perdita di funzionalità del gene per la filaggrina (Flg), il principale fattore di rischio conosciuto la dermatite atopica. Nonostante questa componente sia inscritta nel Dna, il 40% dei bambini portatori non manifesterà la malattia: segno anche questo della influenza maggiore oggi svolta dall'azione ambientale. E proprio a causa di questo "elemento naturale", meno controllabile, che causa la malattia, i costi superano in media ogni anno 1.200 euro a famiglia, senza possibilità di aiuto pubblico per le terapie risolutive che sono poche o pressoché nulle a causa dell'origine costituzionale e geneticamente determinata.
«A oggi, le mutazioni con perdita di funzione del gene per l'Flg – spiega Giuseppe Mele, presidente di Paidòss – sono il fattore di rischio più elevato per sviluppare la dermatite atopica, una malattia con prevalenza in età pediatrica del 10-15%. Ma i più recenti studi attestano che nel 40% dei bambini che ne sono portatori la patologia potrà anche non manifestarsi. Un segnale che indica che la malattia è sempre più dipendente da fattori correlati all'ambiente esterno, agli stili di vita e ai cambiamenti dell'ambiente domestico attuatisi nel corso degli ultimi 50 anni».
«La prima azione – aggiunge Giuseppe Ruggiero, coordinatore scientifico di Paidòss – è prevenire o lenire i maggiori disturbi della dermatite, rappresentati da prurito, eczemi, secchezza diffusa,

perdita di compattezza e turgore, comedoni e punti neri, brufoli, specie nelle zone a maggior rischio quali le mani e il viso, i più esposti agli agenti irritanti, o le gambe e le ginocchia, maggiormente soggette allo sfregamento degli indumenti, educando i genitori ad acquisire comportamenti auto-gestionali corretti alla comparsa della malattia, ma ancora meglio già sulla pelle sana».
«Accanto alle indicazioni terapeutiche e comportamentali – aggiunge ancora Mele – è fondamentale anche l'impostazione di una "dietoterapia" specie d'inverno quando la pelle è privata dei benefici del sole e la dieta è più ricca di carboidrati e grassi. Infine – conclude Mele – sarebbe importante istituire programmi educazionali utili alla prevenzione e a curare la dermatite topica allo scopo di consentire al bambino e alla sua famiglia di avere una vita quasi normale, evitando misure non necessarie e costrizioni inutili».

***

Integratori di vitamina d giovano ai trapiantati di rene

Secondo uno studio presentato alla Kidney Week dell'American Society of Nephrology ad Atlanta, gli integratori di vitamina D possono migliorare la salute dei pazienti che hanno subito un trapianto di rene. L'indagine, che ha coinvolto 264 pazienti trapiantati di rene, ha valutato le potenziali associazioni tra livelli ematici di vitamina D e il declino della funzione renale, gli episodi di rigetto e la morte. I livelli di vitamina D sono risultati correlati in maniera lineare al declino della funzione renale annuale. A sufficiente vitamina D, inadeguata e carente sono corrisposte significative associazioni a rischi maggiori di rigetto e morte. "I bassi livelli di vitamina D – hanno specificato gli autori della ricerca dell'Osaka University – costituiscono un fattore predittivo degli esiti avversi di un trapianto di rene. L'integrazione subito dopo l'intervento può migliorare la prognosi".

***

Una persona su dieci è allergica ai farmaci

Una persona su dieci è allergica ai farmaci: il dato è emerso durante la giornata conclusiva del congresso internazionale allergologia di Genova "Highlights in Allergy and Respiratory Diseases", che ha visto la presenza di 500 specialisti provenienti da tutto il mondo. Le reazioni avverse ai farmaci coinvolgono 1/10 della popolazione mondiale. Più del 10% degli effetti collaterali sono reazioni di ipersensibilità imprevedibili, mentre la forma più frequente di reazione riguarda gli antibiotici come la penicillina, e l'aspirina. Secondo gli esperti, le reazioni di ipersensibilità possono essere gravi, anche pericolose per la vita. I farmaci possono essere responsabili fino al 20% dei decessi a causa di anafilassi. Se accade che un paziente nel corso di una terapia antibiotica accusi delle reazioni è importante distinguerle in due tipologie, immediate e non. Le prime si verificano entro un'ora dall'assunzione dal farmaco e hanno come espressione clinica più grave lo shock anafilattico o più frequentemente delle eruzioni cutanee di tipo orticaria. "Le reazioni più frequenti – spiega Antonino Romano, direttore Unità Allergologia Columbus Roma – sono state date dall'amoxicillina, che spesso viene somministrata in associazione con l'acido clavulanico: quest'associazione è il farmaco che provoca più reazioni nel mondo".

***

Una nuova banca dati online per l'Aifa

Oltre 16mila documenti, tra foglietti illustrativi e riassunti delle caratteristiche dei farmaci, e informazioni su oltre 66.400 confezioni autorizzate. Sono i contenuti della banca dati on line dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa); attualmente disponibile per computer, presto la banca dati arriverà anche sulle piattaforme di navigazione per smartphone e tablet. Il data base è accessibile a tutti, cittadini e professionisti, direttamente dal portale istituzionale dell'Aifa. La ricerca, all'interno della banca dati può essere effettuata per nome commerciale del farmaco, per principio attivo o per nome dell'azienda farmaceutica. Per ciascun medicinale, inoltre, sarà disponibile una scheda aggiornata col numero dell'autorizzazione all'immissione in commercio, l'elenco delle confezioni, lo stato autorizzativo (sospeso, autorizzato, revocato) e gli stampati. "La nascita della Banca dati

farmaci – ha constatato il direttore generale dell'Aifa, Luca Pani – rappresenta un ulteriore, fondamentale passo verso la costruzione di un unico, dinamico e integrato database del farmaco che l'Agenzia sta realizzando e che sarà una svolta decisiva per la condivisione e lo scambio di conoscenze, il miglioramento delle strategie di cura e, quindi, la garanzia di un'assistenza efficiente e immediata per tutti i cittadini". Pani ha tenuto a sottolineare che la banca dati "non è un semplice contenitore, ma un sistema attraverso il quale i documenti sono autorizzati e continuamente aggiornati dagli Uffici competenti dell'Aifa". Questo strumento, è stato evidenziato, risulterà particolarmente utile non solo per i cittadini, ma per gli operatori sanitari che hanno la costante necessità di aggiornare le loro conoscenze per poter prescrivere correttamente e utilizzare al meglio i medicinali.

***

Troppe calorie? Assolto lo zucchero

Quasi la metà degli italiani e poco meno di un terzo delle italiane non si curano di quante calorie assumono durante la giornata. Salvo poi disperarsi quando la bilancia comincia a dare segnali poco rassicuranti in prossimità della "prova costume". Tra i responsabili delle conseguenze ponderali degli eccessi alimentari, però, sembra che non ci siano gli zuccheri. Questo, almeno è quanto risulta dall'indagine Liz (Liquidi e zuccheri in Italia) che è stata presentata al Congresso della Società di italiana medicina generale (Simg). L'indagine ha elaborato i dati raccolti dai medici di famiglia su 2 mila assistiti, in collaborazione con Nutrition Foundation of Italy (Nif), attraverso due questionari sul livello di informazione e sulle abitudini alimentari dei pazienti. Così, per esempio, risulta che la quantità di zuccheri introdotta con diversi tipi di alimenti (latte, succhi, bevande zuccherate, frutta, zucchero da cucina e dolci) è nettamente inferiore a quelle degli Stati Uniti e degli altri Paesi europei e si mantiene sotto la soglia indicata dagli esperti come limite (75 grammi): gli uomini, infatti, ne consumano ogni giorno 67,5 grammi e le donne 61,4 (circa tre cucchiaini); e solo poco più dell'1% dell'apporto calorico giornaliero deriva dalle bibite gassate. Dallo studio Liz «emerge una significativa discrepanza fra ciò che gli italiani dichiarano di fare e come si comportano in realtà» osserva comunque Ovidio Brignoli, vicepresidente Simg. Per esempio, sanno qual è la quantità consigliata di bevande (due litri) da consumare ogni giorno, ma un terzo si ferma a un solo litro. Inoltre il 39,6% degli uomini e il 48,6% delle donne sostiene di mangiare molta frutta e verdura, ma in realtà in media ne consumano solo due porzioni rispetto alle cinque consigliate, che equivalgono a circa 850 grammi. Sarebbero da confutare, invece, gli allarmismi legati all'abuso delle bevande zuccherate: «In media ogni giorno ne consumiamo 61 millilitri gli uomini e 54 millilitri le donne. Si tratta di 24 e 22 kilocalorie al giorno, pari all'1,2% e all'1,1% rispettivamente, dell'apporto calorico giornaliero necessario a una persona media, cioè 2 mila kilocalorie». La ricerca sul consumo degli zuccheri «apre la via a un più ampio progetto sui cosiddetti "determinanti di salute" – spiega Claudio Cricelli, presidente Simg – cioè sui fattori ambientali e sociali, legati agli stili di vita, all'attività fisica, all'alimentazione e all'istruzione. Queste informazioni contribuiscono in maniera significativa alla definizione dello stato di benessere della persona. E, modificando alcuni "determinanti", possiamo incidere sulla salute dei pazienti, prima di ricorre ai farmaci. Abbiamo realizzato infatti un network composto da 500 medici di famiglia che, in maniera strutturata, raccoglierà questi dati, inserendoli in un database dedicato. È la prima esperienza di questo tipo in Italia. I medici non solo inseriranno le informazioni nella banca dati – precisa infine Cricelli – ma le comunicheranno ai pazienti che non sono sempre consapevoli dei propri errori».

***

Scoperti particolari scudi antidiabete

Una nuova ricerca condotta dai ricercatori del Policlinico Gemelli di Roma, coordinati da Andrea Giaccari, e del Joslin Diabetes Center dell'Università di Harvard, Boston, getta luce sulla presenza, in alcune persone, di speciali scudi anti-diabete. L'idea dello studio è nata osservando che nel decorso post-operatorio dell'asportazione della testa del pancreas alcuni pazienti escono dalla sala operatoria con il diabete, mentre altri no. Perché?". Giaccari ed il suo team ha deciso di studiare in modo approfondito questi pazienti, per scoprire cosa differenzia quelli che sviluppano il

diabete nel post-operatorio, da quelli che mantengono una condizione di normoglicemia. Molti dei pazienti sottoposti all'intervento di pancreasectomia infatti, pur avendo 'sulla carta' tutti i fattori di rischio per sviluppare diabete, mantenevano anche dopo l'intervento una glicemia perfettamente normale. Per capire cosa succede in chi, a dispetto del corredo di fattori di rischio, non presentava diabete dopo l'intervento, Teresa Mezza, ricercatrice del Gemelli e primo nome del lavoro, ha esaminato nei laboratori di Boston la porzione di pancreas asportata chirurgicamente. "In questo modo – afferma Giaccari – siamo riusciti a scoprire che alcuni pazienti erano in grado di difendersi dal diabete creando nuove cellule produttrici di insulina, attraverso la 'trasformazione' (il termine tecnico è 'trans-differenziazione') delle cellule del pancreas produttrici glucagone, in cellule che producono insulina. Sono proprio queste cellule 'trans' a permettere a queste persone di mantenere la glicemia normale, nonostante la presenza dei fattori di rischio". Le isole endocrine del pancreas sono composte da due ben distinte popolazioni cellulari, entrambe coinvolte nel metabolismo del glucosio, ma con funzioni diametralmente opposte: le cellule beta producono insulina, l'ormone deputato a ridurre la glicemia; le cellule alfa sono invece deputate alla produzione di glucagone, un ormone che alza la glicemia. In alcune persone, nel momento del bisogno, un tipo cellulare si trasforma nell'altro. "Con questo lavoro – prosegue Giaccari – abbiamo evidenziato che le cellule alfa aumentano di numero, si 'sdifferenziano', cioè regrediscono a uno stato primordiale, perdendo la memoria di quello che sono, e in seguito si ri-differenziano in cellule beta, che producono insulina. In altre parole, le cellule alfa che producono glucagone, seguendo un comando ancora ignoto ma già riprodotto in vitro, cambiano completamente 'vocazione', trasformandosi in cellule produttrici di insulina. Con questo meccanismo alcune persone riescono spontaneamente a evitare il diabete. Ed è anche possibile ipotizzare che la perdita di questo meccanismo sia alla base di alcune forme di diabete. "Il prossimo passo – annuncia Giaccari – sarà di proseguire questo filone di ricerca sul modello animale, per arrivare ad identificare i meccanismi molecolari alla base di questa trans-differenziazione (cioè il misterioso 'comando' che porta una cellula a differenziarsi in un altro tipo cellulare) per poi verificarli nell'uomo. L'importanza dei risultati di questo studio ci ha spinto tuttavia a condividerli subito con tutta la comunità scientifica. La ricerca è particolarmente innovativa perché non studia i meccanismi che conducono al diabete, ma come poterlo evitare, nonostante la presenza di fattori di rischio. Capire i meccanismi che permettono di difendersi dal diabete potrà consentire un giorno di riprodurli e di sfruttarli a fini terapeutici. Dobbiamo insistere su questa nuova strada – conclude Andrea Giaccari – sono certo che ora, oltre a noi, molti laboratori nel mondo la seguiranno, e la soluzione si troverà. Nel frattempo, la prima terapia resta sempre il ritorno alle origini: attività fisica ed alimentazione sana".
http://diabetes.diabetesjournals.org/content/early/2013/11/07/db13-1013.abstract?sid=9364c148-e6fe-4483-85f1-7c5a87043453

***

Regioni: sprechi e inefficienze per 1,5 miliardi

Quasi un miliardo e mezzo di euro, 1.400 milioni, per l'esattezza. Tanti sarebbero i soldi che le Regioni "buttano al vento" per inefficienze e sprechi negli ospedali, almeno stando a uno studio presentato da Federanziani al Congresso della Corte di giustizia popolare per il diritto alla salute che si è aperto venerdì 29 novembre a Rimini. Pulizie e lavanderia, mensa, riscaldamento, assicurazioni e spese telefoniche sono alcuni dei principali settori in cui si verificherebbero gli sprechi degli ospedali, stando allo Studio per l'individuazione di possibili interventi di contenimento della spesa sanitaria, elaborato dal Centro studi Sic-Sanità in cifre. Qualche esempio: le Marche, spendono una media di 8,3 euro al giorno per dare da mangiare ai propri pazienti, ma in Campania si spende esattamente il doppio, cioè 16,6 euro; mentre la media nazionale è di 11,6 euro. Altro esempio: a Bolzano, che certo non è famosa per gli inverni miti, le spese per il riscaldamento arrivano a 1,7 euro, contro gli oltre 11 euro delle città della Toscana. Ancora: per i premi assicurativi in Friuli Venezia Giulia si spendono 4,2 euro contro i 14,2 euro dell'Abruzzo, ovvero oltre il 300% in più! Infine, i dipendenti del Servizio sanitario in Friuli Venezia Giulia spendono mediamente 200 euro a testa per telefonate, mentre nel Lazio arrivano a spendere quasi 500 euro. «È inammissibile – aggiunge poi Roberto Messina, presidente nazionale di Federanziani – che le Regioni italiane abbiano costi obbligatori giornalieri di degenza per i "nostri" malati pari a 27,4 euro solo per pulizia e lavanderia

che, sommate alle altre voci di spesa per servizi, ammontano a un totale di quasi 70 euro al giorno di incidenza. Noi vogliamo il rispetto della legge, i soldi delle Regioni sono di noi cittadini!».
Per Messina, gli esempi dimostrano che «basterebbe poco per dimezzare questi sprechi o, quanto meno, per ridurli drasticamente. FederAnziani continuerà a vigilare sulle Regioni, che vivono con i soldi di noi cittadini e a maggior ragione per questo devono garantirci la piena tutela del diritto alla salute – conclude Messina – a partire dalla lotta agli sprechi e da un uso efficiente delle risorse».

***

Le bevande gassate potrebbero provocare alterazioni alle proteine del cervello

È in costante aumento, nel mondo, il consumo di bevande dolci gassate. Secondo un recente studio effettuato da ricercatori austrialiani dell'Università di Sidney presentato al meeting annuale della Brititsh Society of Neuroscience, questa abitudine alimentare può provocare alterazioni delle proteine del cervello. Dalla ricerca, coordinata da Janet Franklin, è emerso che l'anidride carbonica e lo zucchero, presenti in grandi quantità nelle più comuni bibite gassate, potrebbero provocare alterazioni alle proteine del cervello. Le bevande potrebbero addirittura nuocere gravemente alla salute fino a causare il cancro o l'Alzheimer. Gli esperti hanno pochi dubbi sul fatto che l'uso continuo di questi alimenti può produrre effetti devastanti. In ordine alla questione sono stati eseguiti numerosi esperimenti sui topi da laboratorio suddividendo le cavie in due gruppi. Al primo è stata somministrata solo acqua, al secondo, invece, l'acqua somministrata conteneva una quantità di zucchero pari a quella delle bevande gassate. Ebbene i topi a cui era stata somministrata acqua zuccherata apparivano più iperattivi degli altri e l'analisi di una porzione del cervello ha mostrato un'alterazione di oltre 300 diverse proteine.

***

L'esercizio fisico in gravidanza potenzia il cervello del bambino

Venti minuti di moderato esercizio fisico tre volte alla settimana durante la gravidanza possono potenziare lo sviluppo del cervello del bambino. Sono questi i risultati di uno studio condotto dalla University of Montreal e dall'ospedale pediatrico CHU Sainte-Justine. Si tratta di un'attività fisica, da parte della madre, che potrebbe avere un impatto sull'intera vita del bambino. "Mentre studi animali mostrano risultati simili, si tratta del primo trial in umani che misura l'impatto dell'esercizio fisico durante la gravidanza direttamente sul cervello del bambino", ha spiegato Dave Ellemberg, che insieme ai suoi colleghi ha presentato i risultati della sua ricerca durante il congresso Neuroscience 2013 che si sta tenendo a San Diego. Gli scienziati hanno analizzato un gruppo di madri a partire dal secondo trimestre di gravidanza, che sono state messe a confronto con un gruppo di madri, sedentarie, di controllo. Al primo gruppo è stato chiesto di praticare un moderato esercizio fisico per 20 minuti tre volte alla settimana. L'attività cerebrale del bambino è stata misurata a 8 e 12 giorni, mediamente con alcuni elettrodi che rendevano conto della memoria uditiva del neonato. "I bambini di donne attive – spiegano gli scienziati – avevano una attivazione cerebrale più matura".

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 6 dicembre 2013

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ABD ALATIF RANIA	Via Libia, 4 – Bologna	339/65.61.037
ANELLI LORENZO	Via Gramsci, 10 – Funo di Argelato	320/87.09.962
ARICO' EMANUELA SERENA	Via S.Petronio Vecchio, 42/2 – Bologna	340/28.069.13 347/45.46.632
ARRIVABENE ALESSANDRA	Via A.Frank, 4 – Casalecchio di Reno	051/56.81.11 349/14.79.511
BARDHI XHILDA	Via Achillini, 4 – Bologna	388/16.42.389
BASILE GIULIA	Via Fermi, 29 – Casalecchio di Reno	329/89.35.595
BENTINI FRANCESCO	Via Massarenti, 35/2 – Bologna	338/71.47.705
BERTOLDO GAIA	Via Goito, 9/2 – Bologna	349/35.98.668
BERTONCELLI MARCO	Via Mengoli, 31/2 – Bologna	051/08.27.645 339/22.98.893
BERTONCELLI SARA	Via R.Mondolfo, 9 – Bologna	340/54.22.924
BETELLI GIACOMO	Via Toscana, 26 – Modena	059/39.27.35 393/46.75.013
BOLDRINI ROSELLA	Via Calamosco, 5/3 – Bologna	348/39.93.932
CALO' EMANUELA	Via Bentivogli, 9 – Bologna	320/70.48.442
CAMPORESI BEATRICE	Via Ferrara, 8 – Bologna	051/46.23.62 347/64.50.186
CANESTRI NICCOLO'	Via De Gessi, 3 – Bologna	333/52.73.647
CANINI ANDREA	Via Vizzani, 27 – Bologna	051/30.27.78 320/17.97.177
CASACCI FABIO	Via Vivaldi, 65 – Imola	0542/68.17.09 328/54.60.593
CENTOFANTI FRANCESCA	Via Irnerio, 39 – Bologna	338/17.84.656
CERESONI GIOVANNA	Via De' Griffoni, 8 – Bologna	389/83.44.221
CLEMENTE MICHELE	Via F.Albani, 23 – Bologna	333/66.01.995
CORAZZA FRANCESCA	Via Varthema, 30 – Bologna	348/54.40.152
CORAZZA FRANCESCO	Via Dagnini, 36 – Bologna	347/11.89.193
CROCI LUCA	Via Polago, 27 – Carpineti	334/31.72.899
D'ADAMO ANTONIO	Via Genova, 2/4 – Bologna	340/91.58.482
DEMURTAS SAUDINA	Via Montanari, 20 – Bologna	329/63.37.930
DOLCI MARCO	Via Provinciale Sala 1715 – Cesena	0547/32.90.19 349/00.25.236
DONATI DANILO	Via Mazzini, 79 – Bologna	348/04.53.127
FAENZA VALENTINA	Via Morgagni, 10 – Bologna	339/56.50.225
FIN ALESSANDRA	Via C.Primodì, 1 – Bologna	347/01.46.494
FIRINU ANTONELLA	Via Albertoni, 5 – Bologna	348/72.21.665
FORLANI LUDOVICA	Via A.Murri, 65/3 – Bologna	051/39.70.56 339/81.60.997
FRANCAVILLA FRANCESCA	Via S.Marco, 24 – Perugia	338/54.12.368
GIOVANARDI GIULIA	Via Palagi – Bologna	338/86.44.672
GIUNTA RAFFAELE ALBERTO MARIA	Via Galetti, 6 – Bologna	333/31.60.783
GNUDI ELENA	Via Pizzardi, 19 – Bologna	051/41.29.313 328/65.72.143
GRASSO MERIMMA	Via S.Levante, 30/3 – Calderara di Reno	320/78.69.236
GRECO FRANCESCA	Via Libia, 62 – Bologna	320/60.30.716
GUIDOTTI JACOPO MARIA	Via Riva Reno, 29 – Bologna	051/52.15.43 329/23.23.034
KOLLETZEK MATTIA	Via Curiel, 18 – Bologna	051/61.47.650 333/42.37.634
LABOMBARDA MARCELLO	Via Gramsci, 9 – S.Lazzaro di Savena	051/45.51.27 340/54.91.883
LAI EMANUELE	Via della Resistenza, 24 – Bazzano	051/83.19.28 347/68.39.429
LAZZARINI MARCO	Via Volta, 20 – Ozzano dell'Emilia	051/79.68.65 349/57.73.723
LEVANTESI PAOLO	Via delle Tovaglie, 15 – Bologna	329/68.58.858
LONETTI CARLO	Via Massarenti,114 – Bologna	340/30.09.554
MAGAGNI GABRIELE	Via Alderotti, 2 – Bologna	349/13.35.956
MASI CHIARA	Via Pelagi, 15 – Bologna	339/80.97.895
MIRARCHI MARIATERESA	Via L.T.Montanari, 25 – Bologna	338/40.83.900
MONTEFIORI MICHELA	Via Pagnina, 10/A – Mordano	0542/51.193 348/09.31.664
MORISI LISA	Via Bellini, 21 – S.Giovanni Persiceto	347/69.86.013 051/82.69.61
NALDI GIUSEPPE	Via Poggiolo, 21 – Monterenzio	329/07.12.495
NYASSALA DANG GEORGES	Strada Maggiore, 13 – Bologna	389/83.54.934
NUVOLA GIACOMO	Via Zaccherini Alvisi, 7 – Bologna	380/39.24.972

ODORICI GIULIA	Via S.Mamolo, 73 – Bologna	333/69.83.021
PACELLA GIUSEPPINA	Via Galeotti, 18 – Bologna	320/04.38.116
PALAMAI CHIARA	Via Libia, 60 – Bologna	051/62.17.622 339/49.82.802
PALLADINO CAROLINA SERENA	Via G.Mazzini, 95/6 – Bologna	329/17.58.326
PANCALDI GIOVANNI	Via Darwin, 21 – Bologna	347/79.35.306
PERRONE LILIANA GIGLIOLA	Via Cencetti, 6 – Bologna	339/33.41.277
PINOTTI ELETTRA	Via del Lavoro, 34/13 – Casalecchio di Reno	051/59.08.86 328/02.85.161
RAMACIERI ANGELA	Via G.La Pira, 4 – Bologna	349/43.46.866
RAME PAOLO	Via Mascarella,116 – Bologna	051/48.47.052 320/46.10.534
RAVALDI ELISA	Via Fluno, 118 – Mordano	0542/52.279 339/80.63.339
RENZI ANNA CLARA	Via Fioravanti, 135 – Bologna	051/58.83.300 328/13.91.196
RICCI LORENZA	Via Tibaldi, 8 – Bologna	051/37.75.12 339/19.08.670
ROVELLI CHIARA	V.lo Bolognetti, 15 – Bologna	349/55.47.895
SALCE GREGORIO	Via Zamboni, 59 – Bologna	348/54.67.522
SAMAAN IBRAHM	Via del Porto, 38 – Bologna	320/48.69.674
SARTI DANIELE	Via M.Conti, 53 – S.Lazzaro di Savena	328/41.58.003
SCHIAVONE GIULIA	Via Pizzardi, 14 – Bologna	329/30.93.544
SCIASCIA VALERIO	Via Palazzo,191 – Maiolo	333/97.68.660
SGRO' FEDERICA	Via A.Albertazzi, 39 – Bologna	338/74.87.968
SINA BESMIR	Via A. Murri, 144 – Bologna	320/78.87.486
SORAVIA ELENA	Via Gaudenzi, 9 – Bologna	340/25.10.388
SPIGHI ALESSANDRO	Via Matteotti, 36/2 – Bologna	339/78.03.511
STAGNO ANNA MARIA	Via Ricasoli – Palermo	327/54.48.429
STEFANI GIULIA	Via S.Stefano, 47 – Bologna	338/45.23.888
SUTTI ENRICO	Via Vela, 11 – Bologna	349/27.01.004
TIRATERRA ELISA	Via Saffi, 7 – Narni (TN)	329/30.96.808
TOSKA SAIMIR	Via Valleverde, 19 – Pianoro (Bo)	348/24.34.633
UBIALI ANDREA	P.zza Mickicwicz, 6 – Bologna	347/37.61.653
VALBONESI FRANCESCA	Via Raibolini, 16 – Zola Predosa	392/04.43.969
VALLI VITORIO	Via S.Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23
VERACINI EZIO	Via delle Lame, 73 – Bologna	340/07.80.755
VERRI FILIPPO	Via P.Neruda, 17 – Bologna	340/34.82.385
VIRGILI MEDEA	Via N.Bixio Scota, 9 – Bologna	320/87.58.253
ZAMBELLI MADDALENA	Via Venturoli, 1 – Bologna	329/14.16.870

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ARICO' EMANUELA SERENA	Radiodiagnostica	340/28.06.913 347/45.46.632
BAGNATO FRANCESCA	Medicina Interna	338/39.99.669
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16 340/85.50.870
CASSATA CLAUDIA	Medicina Fisica e Riabilitazione	347/13.25.571
CENTOFANTI FRANCESCA	Nefrologia	338/17.84.656
CESARI MARIA PAOLA	Diabetologia	340/00.27.110
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
FALZONE FRANCESCA	Neurologia	329/82.30.056
FELICIANGELI ALESSANDRO	Ortopedia e Traumatologia	051/62.38.198 339/45.01.422
FERRARI PAOLO	Odontoiatra	347/24.54.664
FORLANI GIULIA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	333/98.85.260
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva Medico Competente Corso di Formazione in Medicina del Lavoro	051/44.32.41 339/48.19.676
MESSINA SAVERINA	Ortognatodonzia	320/61.06.068
MINELLI PAOLO	Pediatria	
MURANO PAOLA	Ginecologia ed Ostetricia	328/33.92.615
PACILLI PASQUA	Cardiologia	340/46.89.135
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23
VENTURI RAFFAELA	Patologia Clinica	349/74.60.558

Aggiornamento intensivo in odontoiatria legale

Bologna - 17–18 gennaio 2014

ATTUALI ORIENTAMENTI - Clinici, Etici, Normativi, Giurisprudenziali, Medico-legali, Assicurativi

Venerdì 17 gennaio 2014
8.30- 9.00 - Registrazione partecipanti
9.00-10.00 - Odontoiatria Legale oggi e... domani
10.00-11.00 - Riflessi normativi in responsabilità sanitaria
11.00-11.15 - Discussione
11.15-1130 - Coffee break
11.30-12.30 - Tecniche probatorie, perizie e consulenze in responsabilità medica nel campo penale e civile
12.30-13.30 - Gli articoli più vilipesi del Codice di Deontologia Professionale: doveri degli Ordini
13.30-13.45 - Discussione
14.15-15.15 - Attenta lettura della polizza assicurativa dell'Odontoiatra
15.15- 16.30 - Esercitazione pratica
16.30-16.45 - Coffee break
16.45-1745 - Moderne interpretazioni del danno odontoiatrico
17.45-19.15 - Esercitazione pratica
19.15-19.30 - Discussione

Sabato 18 gennaio 2014
9.00-10.00 - Le nuove ottiche assicurative
10.00-11.00 - Odontoiatria clinica: novità tecnico-pratiche sostenute dalla evidenza scientifica
11.00-11.15 - Discussione
11.15-11.30 - Coffee break
11.30-12.30 - Responsabilità dell'odontoiatra pubblico nel nuovo contesto giuridico-normativo
12.30-13.30 - Recenti sentenze di riferimento
13.30-13.45 - Discussione
14.15-15.15 - La Mediazione e le procedure stragiudiziali utili all'Odontoiatra
15.15-16.30 - Esercitazione pratica
16.30-16.45 - Coffee break
16.45-17.45 - Esercitazione pratica
17.45-18.00 - Discussione
18.00 - Consegna questionari - Chiusura lavori

Organizzazione:
Odonto Consulence s.r.l.
con il patrocinio della Accademia Italiana di Odontoiatria Legale e della SIOF (Società Italiana di Odontoiatria Forense)

Segreteria organizzativa
PiErre Service s.r.l. Tel. 0583 952923

Il trattamento della scoliosi idiopatica adolescenziale

Bologna 18 gennaio 2014

Spine Center via della Liberazione 3

PROGRAMMA:
09.00: Accreditamento
09.30: Caratteeristiche della patologia: classificazione, eziologia e patogenesi. Linee guida
10.00: La valutazione: radiologica, spinometrica, TRACE
11.00: Impostazione terapeutica
12.00: Esercizi per la scoliosi: i metodi di trattamento con prove di efficacia
13.00: Pausa pranzo
14.00: Esercizi per la scoliosi: l'approccio SEAS
16.00: Prove di autocorrezione
18.00: fine lavori

Iscrizione gratuita. Compilare il modulo di iscrizione sul sito www.spine-center.it

Il trattamento Osteopatico della donna in gravidanza

Bologna 1-2 febbraio 2014

Corso post graduate
Spine Center via della Liberazione 3

Programma del corso:
Il trattamento della donna in gravidanza verrà affrontato valutando i 4 aspetti principali all'interno dei quali verranno mostrate le tecniche specifiche:
Aspetto meccanico - Aspetto vascolare - Aspetto viscerale - Aspetto duramerico.

Il Corso è aperto a Medici, Fisioterapisti, Osteopati, Ostetriche
Quota di iscrizione 250 euro + Iva da versare tramite bonifico bancario allo Spine Center srl (IBAN **IT 86 Q 03062 34210 000001391247**) - Per l'¨iscrizione inviare via mail a info@spine-center.it la ricevuta del bonifico e i dati per la fatturazione

Affitto Croce di Casalecchio appartamento in parte arredato: ampio ingresso, tinello, cucinotto, terrazzo, 2 camere, bagno, cantina. 650 euro mensili. Per info tel. 339/1730525.

Croce di Casalecchio: in zona ben servita, palazzo ben tenuto, vendo appartamento al 4° piano con ascensore nuovo: ampio ingresso arredabile, tinello, cucinotto, terrazzo, 2 ampie stanze, bagno, cantina. Per info tel. 339/1730525.

A Bologna, Zona Mazzini, cedesi uno studio dentistico autorizzato con uso comune dei servizi in ampia struttura funzionante e a norma . Volendo, vendo riunito e attrezzature esistenti. Per info Tel. 347/5470958.

In contesto signorile ed esclusivo, in palazzina stile liberty fine '800 in perfette condizioni, vendesi ufficio nuovo (mai usato) elegantemente rifinito, posto su 2 livelli (piano terra e primo) mq.110 circa, dotato di ascensore privato al piano, ingresso (sala attesa), reception, 3 vani, disimpegno e bagno. risc.aut. e impianto di climatizzazione. volendo garage e cantina adatto per studio legale/notarile e studio medico/ambulatorio. Classe energetica c ep tot = 21,60 kwh/mc/anno. Tel 349/0078910.

Affittasi ambulatori a medici, psicologi, laureati area medica, odontoiatri (studio attrezzato ed autorizzato), in studio medico nel centro storico di Bologna, angolo p.zza Galileo, adiacente a garage pubblico con libero accesso sirio autorizzato. Per info tel.: 335/5431462.

Affittasi appartamento via Fleming a Bologna, nel verde, 110 mq, luminoso con grande giardino condominilae, 3 camere 1° piano, canone 890,00 euro al mese più spese. Libero 1° febbraio. Tel. al 328/3317553..

Affittasi appartamento a Madonna di Campiglio composto da: 2 camere, soggiorno, cucina, bagno. Silenzioso, a 50 mt dagli impianti di risalita. Tel, 349/4766570..

Pietramellara-Stazione centrale affitto a colleghi studio medico ristrutturato a nuovo: attesa, bagno, studio: 600 euro al mese. Altro studio: attesa, bagno, 3 camere: 1100 euro al mese. Garage pubblico sottostante. Tel. 051/440376 ore ufficio o 348/8126096.

In condominio di sole otto unità, adiacenze Ospedale Maggiore, in strada privata, vendesi appartamento di circa mq 130, ottimo stato, composto da: ingresso, cucinotto, sala da pranzo, salotto, tre ampie camere da letto, due balconi, bagno con vasca + doccia, antibagno, predisposizione per secondo bagno. Impianto aria condizionata. Cantina ciclabile, possibilità di parcheggio nella zona cortiliva. Volendo garage interno. Certificazione energetica già eseguita. Telefono 051/330204 - 338/3078845 - 347/5785164.

Affittasi in zona di prestigio, via Dante angolo via Carducci, stanza arredata in studio medico, con sala d'attesa e servizi in comune, a medici specialisti, per giornate o mezze giornate. Per informazioni tel. 051/301977.

Affittasi in zona Sterlino via Murri 84, Bologna, stanza in studio medico con sala d'attesa e servizi in comune a medici specialisti per giornate o mezze giornate. Per informazioni tel, 051/344743 - 339/1492258..

Ragazza italiana di 29 anni cerca lavoro come segretaria presso studio meduco. Massima serietà e disponibilità, sia part-time che full-time. Per info chiamare il 340.3515170.

Vendesi a Bologna, via Mazzini Adiacenze Trento Trieste (S. Orsola), in strada privata, nel verde e nella zona più servita della città, in deliziosa porzione di palazzina su due livelli di mq 200 con giardino di proprietà di 570 mq composta da: ingresso su ampio e luminoso salone, cucina abitabile, 5 camere di cui una con balcone, 3 bagni, ripostiglio e deposito di mq 30, riscaldamento e fornitura di acqua con impianto autonomo: possibilità di dividere in due unità con entrata indipendente. ACE in rilevamento. trattative riservate: Tel. 338/6166733 - 349/7299805.

In pieno centro a San Lazzaro poliambulatorio privato ristrutturato dotato di segreteria, aria condizionata e filodiffusione, macchinari di nuova generazione per tutte

le ecografie, comodo ai servizi pubblici, autostrada e tangenziale, dispone di spazi per giornate/mezze giornate, per specialisti di varie branche. Per informazioni tel. al 335/6349232

Si offre una stanza ampia, circa 30 mq, all'interno di uno studio di psicoterapia che si colloca nel centro storico di Bologna. Lo studio offre due sala di attesa, due bagni, una cucina, una stanza segreteria con uso di computer e wifi. C'è una sala per attività di gruppo. Il costo è di 600 euro al mese. la stanza può essere affittata anche solo per alcuni giorni alla setimana. Per info 051/232709.

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

Poliambulatorio medico Agorà (ginecologia, odontoiatria, dietologia, flebologia....) autorizzato, dentro porta Lame, mette a disposizione un locale adatto anche a studio oculistico per avviare un nuovo servizio, sono disponibili anche ambulatori per altre aree specialistiche, in particolare ne urologia,psichiatria,fisiatria, gastroenterologia, pediatria... Per informazioni Tel. 051/557366 - Cell. 348/6712133 - e-mail: coop.agoramedica@gmail.com

Offresi giornate a dermatologo, dietologo, medico di base in studio medico sito in Toscanella di Dozza (BO). Ottima posizione, grande bacino d'utenza, ampio parcheggio. Per info tel. 339/8957314.

Affittasi in zona di prestigio, via Dante angolo via Carducci, stanza arredata in studio medico, con sala d'attesa e servizi in comune, a medici specialisti, per giornate o mezze giornate. Per informazioni tel. 051/301977.

Affitasi Murri collinare, Bologna, bilocale 58 mq con giardinetto privato, nuovo, arredato. Euro 580,00 + spese. Tel. 328/337553.

Poliambulatorio Bonazzi, sito in Cento (FE), via IV Novembre 11, autorizzato e certificato ISO 9001, con servizio di segreteria, accesso handicap e fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Per informazioni Tel. 051/902236.

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

Norme editoriali

L'editoriale e il dossier saranno pubblicati su richiesta dell'editore.

Articoli: formato word, times new roman 12, spazio singolo, giustificato, sono graditi gli articoli a carattere sanitario e a rilevanza locale. Gli articoli a carattere scientifico saranno inviati a referee nazionali scelti dalla redazione. Ogni articolo non dovrà superare di norma le 16.000 battute e contenere massimo 3 immagini in bianco e nero.

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

Congressi/convegni/seminari (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)
Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.
Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nominativi, telefoni, e-mail)

Annunci: testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: RENOGRAFICA SRL
13 via Seragnoli - 40138 Bologna - telefono 051 6026111 - fax 051 6026150

AMMI ONLUS
ASSOCIAZIONE MALATI MENIÈRE INSIEME

Centro di Ascolto di Bologna

L'Ospedale Maggiore di Bologna ospita il Centro di Ascolto di Bologna dell'**Associazione Malati Menière Insieme ONLUS – AMMI ONLUS**.

I volontari, tutte persone affette da Malattia di Menière, accolgono le richieste dei malati e li seguono nel loro percorso clinico, terapeutico e esistenziale. Altri volontari, in rete, operano in altre città italiane.

Per contattare i volontari
telefonare dalle 17,30 alle 19,00 ai seguenti numeri:
* lunedì: 051/6478288
* martedì: 347/4963020
* giovedì: 366/8158175
* venerdì: 349/0854951

Indirizzo
Casella Postale 6068, Bologna Roveri, Via Canova 19/2 - 40138 Bologna

Web
www.ammi-italia.it
info@ammi-italia.it

Facebook
Gruppo Malattia di Menière su Facebook
https://www.facebook.com/groups/58462097400/