Bollettino Notiziario

anno XLVI - N° 1 GENNAIO 2015

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, CNBO

IN QUESTO NUMERO

- **Il popolo silenzioso**, Alessandro Nobili, pag. 3
- **Giornata del medico e odontoiatra 2014,** Andrea Dugato - Giancarlo Pizza, pag. 4
- **Linee guida e responsabilità sanitaria dopo la legge Balduzzi**, Vincenzo Castiglione, pag. 8

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

SANITÀ

Ospedale Privato Accreditato
Villa Bellombra

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

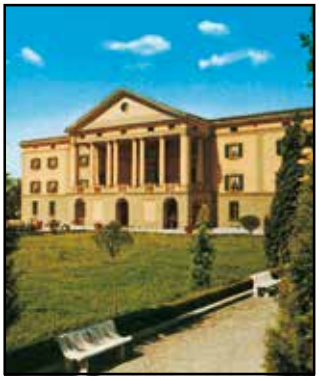
Via Bellombra, 34 · 40136 Bologna.
Tel. 051/58.20.95 · Fax 051/33.81.03
info@villabellombra.it - www.villabellombra.it

Ospedale Privato Accreditato
Santa Viola

Attività di ricovero:
Riabilitazione Estensiva ortopedica e neurologica (stroke), Lungodegenza, Post Acuzie, Sindromi Vegetative, Radiologia, Ecocardiocolordoppler.

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

SOCIALE



Casa Residenza per Anziani
Villa Ranuzzi

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

Via Casteldebole, 12 · 40100 Bologna Tel. 051/61.37.611
Fax 051/61.37.619 - info@villaranuzzi.it · www.villaranuzzi.it

Casa Residenza per Anziani

Villa Serena

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

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

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Alessandro Nobili

CAPO REDATTORE
Dott. Andrea Dugato

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

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 2014
è stato consegnato in posta
il giorno 4/12/2014

SOMMARIO

ANNO XLVI - GENNAIO 2015 N° 1

ARTICOLI

Il popolo silenzioso • **3**
Giornata del medico e odontoiatra 2014 • **4**
A proposito di previdenza • **6**
Una nuova C.A.O. per il prossimo triennio • **7**
Linee guida e responsabilità sanitaria dopo la legge Balduzzi • **8**
Stefano Pileri lascia il Policlinico Sant'Orsola • **12**
Ebola • **14**

NOTIZIE

Dalla pagina 19 alla 27
MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **28**
MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **29**

CONVEGNI CONGRESSI • **30**

PICCOLI ANNUNCI • **31**

La foto di copertina di questo mese:

SANTA APOLLONIA DI FRANCISCO DE ZURBARAN

Apollonia (Alessandria d'Egitto, 249 ca.) è stata una martire cristiana. La tradizione racconta che il suo supplizio consistette nell'estrazione dei denti, per questo viene considerata patrona dei dentisti, igienisti dentali e odontotecnici. La memoria liturgica viene festeggiata il 9 febbraio. L' Apollonia qui ritratta appartiene a Francisco de Zurbaran (Spagna 1598-1664). L'opera, conservata al Louvre, databile al 1636, presenta un forte contrasto tra luce e ombra cui è soggetta la figura della santa, qui delineata nei contorni che si stagliano sullo sfondo illuminato. Essa rimane comunque inserita in una realtà quotidiana. Iconica, viene rappresentata di profilo rivolta allo spettatore. La luce mette in risalto le preziose vesti in broccato come una cortigiana contemporanea.

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

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. ANDREA DUGATO

Segretario
Dott. VITTORIO LODI

Tesoriere
Dott. OSCAR FINI

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

Consiglieri Odontoiatri
Dott. LUCA ORTENSI
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

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

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente:	Dott. ALESSANDRO ZATI
Componenti:	Dott. SANDRO ACCIARI
	Dott.ssa ANNA ESQUILINI
Supplente:	Dott. ILARIO RIGANELLO

Il popolo silenzioso

Alessandro Nobili

Il popolo silenzioso. Così definisce il giornalista Dario Di Vico il "popolo" dei professionisti: "siamo invisibili e silenziosi perché non siamo dotati di alcuna sovrastruttura culturale, economica, politica o sindacale in grado di rappresentarci come professionisti, né come imprese... rimaniamo schiacciati tra l'imperativo etico individuale di operare in qualità e nel rispetto massimo degli interessi del paziente, e la deregulation *totale di ogni vincolo morale e legale...".*

Il problema tocca in particolar modo i professionisti, ma non solo. Lo iato tra etica ed estetica si sta allargando sempre di più, in ogni campo, a favore della seconda. Il mondo di oggi è sempre più "preda" dei "barbari" che, per dirla con Alessandro Baricco, privilegiano l'effetto alla verità... la spettacolarità diventa un valore. Il valore.

Questo il contesto in cui si trovano ad operare gli Ordini Professionali, quello dei Medici ad oltre cent'anni dalla sua istituzione. Ed il peso di questi anni, non c'è che dire, si sente. Non solo per i radicali cambiamenti intervenuti nel mondo e nella società, ma anche perché è cambiato – in parte di pari passo – ma ultimamente con una secca accelerata, anche il modo di "sentire" degli individui. Da un modello di tipo ideologico si è passati sempre più ad un modello laico, in tutti i campi. Ciò che un tempo non veniva nemmeno messo in discussione, come il fatto che un vino dovrebbe essere per forza francese o italiano, oggi non solo lo è, ma la maggioranza di noi non trova per nulla riprovevole comprare e bere un vino prodotto in California, in Sudafrica o in Cile, se di buona qualità e di miglior prezzo. Ed ecco perché questi vini, sino a pochi anni fa sconosciuti e/o ghettizzati, stanno bruciando le tappe in termini di vendite, tanto da apparire ormai in corsia di sorpasso (commercialmente parlando) rispetto ai ben più blasonati rivali francesi ed italiani. Ed i produttori di vini di questi paesi come reagiscono? Affermando che "se una cosa vende molto, vale poco". Ma, come dice sempre Baricco, "l'adesione irrazionale ad un principio del genere è probabilmente uno dei più gravi peccati capitali di ogni grande civiltà nella propria fase di decadenza". E l'Ordine, allora, in questo mondo ormai dominato dai barbari, e dove la morale appare ormai come un nobile decaduto in rotta di fuga, serve ancora? Ovvero ha ancora la possibilità di svolgere un ruolo efficace ed utile, oppure è destinato inesorabilmente a morire, fosse per un colpo di spugna legislativo o attraverso una lenta ma irreversibile agonia, come Granada assediata dai Mori... La risposta, per quanto mi riguarda, è nelle persone. Oggi l'Ordine rischia veramente di diventare una scatola vuota, deprivato di funzioni e disarmato. Ma anche con pochi strumenti a disposizione si possono fare molte cose ed utilissime, se i pochi arnesi disponibili sono sfruttati al meglio, e chi li utilizza lo fa con convinzione e determinazione. Sta a chi è stato eletto negli Ordini far sì che questi esprimano il potenziale etico e culturale di cui ancora dispongono, pena la caduta nell'oblio dell'anacronismo, destino verosimile, ma non scontato. La storia, come sempre, la fanno gli uomini.

Giornata del medico e odontoiatra 2014

Andrea Dugato - Giancarlo Pizza

Il 23 novembre scorso si è svolta la cerimonia per il conferimento della medaglia d'oro ai colleghi che hanno compiuto il cinquantesimo anno di laurea e il giuramento dei neo iscritti agli Albi.
Chi ha raggiunto questo importante traguardo ha il privilegio di aver vissuto concretamente un periodo legato a grandi conquiste della medicina. Conquiste concentrate nei cinquanta anni di vita professionale e che hanno segnato proprio gli anni di lavoro trascorsi.
Si pensi ai trapianti d'organo, al perfezionamento di tutti i materiali protesici, alle scoperte di farmaci antivirali ed antineoplastici, al grande impegno dell'assistenza perinatale ed anche alle grandi scoperte nel campo della medicina legale. Pensiamo anche alle applicazioni in ogni campo delle scoperte sul patrimonio genetico che hanno condotto fin verso l'essenza stessa della vita biologica e che hanno aperto nuovi orizzonti nella conoscenza, prima ancora della cura, di malattie un tempo avvolte nel più oscuro mistero.
Ricerca, cura, tecnologia, proprio in questa generazione, hanno disegnato la figura di un medico più ricco, umanista e tecnico insieme. Sono i medici che oggi abbiamo festeggiato che più hanno dovuto e saputo unire al rapporto umano col paziente, capacità d'indagine e di diagnosi accompagnate dalla comprensione e dall'uso di nuove tecnologie e attrezzature biomediche. Tutto questo vede questo gruppo di medici come veri e propri pionieri nello sviluppo e nel progresso della medicina.
Certo, i tempi sono cambiati, Bologna è cambiata, basti pensare che nel 1964, anno della vostra laurea, la città era pervasa da uno spirito innovativo e costruttivo particolare: veniva inaugurata la facoltà di Scienze politiche, veniva edificato l'istituto di Matematica (opera dell'archistar Michelucci) , veniva inaugurata la nuova sede dell'associa-

I neo iscritti all'albo pronunciano il giuramento di Ippocrate.

zione industriali, Carlo Maria Badini diveniva sovraintendente del Teatro Comunale di Bologna portandolo a successi internazionali, furono assegnati ben 3 ori alle olimpiadi di Tokyo ad atleti bolognesi e fu il trionfo in campionato della nostra squadra di calcio. Gli iscritti all'Albo dei medici erano poco più di 2500 con una popolazione di circa 850. 000 abitanti e le donne erano 1/10 dei colleghi uomini. Oggi la polopazione è di 991. 000 abitanti con circa 9100 iscritti all'Albo dei medici. Anche Bologna ricalca il dato nazionale per cui tra gli under 35 il 65%degli iscritti è donna.

Guardando questa fotografia è evidente la differenza della presenza delle colleghe. Ed è proprio alle colleghe, che hanno raggiunto l'importante traguardo del cinquantesimo anno di laurea, va il nostro plauso per la capacità, il coraggio, e la determinazione con cui si è aperta la strada non solo allo sviluppo della nostra professione e della nostra scienza, ma anche e soprattutto, all'esempio e allo stimolo suscitato nelle generazioni più giovani.

Gli odontoiatri specialisti nel 1964 erano poco più di 250 (1 ogni 3400 abitanti), oggi gli iscritti all'albo sono 1340 (1 dentista ogni 739 abitanti), proporzione diversa dal dato nazionale (1 dentista ogni 1019 abitanti) e molto diversa da quella suggerita come ottimale (1 ogni 2000 abitanti) .

Questa pletora odontoiatrica tenderà a diventare più grave per il numero di neo laureati italiani attualmente in via di formazione in Romania e in Spagna, ed anche per il rallentamento al ricorso al sistema pensionistico e quindi ad una maggiore longevità professionale.

Forse oggi le aspettative di lavoro sono più deboli, forse c'è meno ottimismo, l'economia non è certo da paragonare a quella della metà degli anni Sessanta, ma, nel contempo, il progetto Erasmus, e, soprattutto, la programmazione agli accessi alle scuole di medicina e odontoiatria hanno creato nuove opportunità. Non si può tacere tuttavia che ci sono forti spinte verso un ritorno al passato, giustificate non da ragioni di qualità o di serietà nella formazione ma dalle, spesso occulte, ragioni di bilancio di università in sofferenza.

Ai nostri incoraggiamenti ai nuovi iscritti uniamo la nostra più profonda gratitudine e un'emozionata e partecipata ammirazione a tutti voi.

I medici premiati per i 50 anni di laurea

A proposito di previdenza

Alessandro Nobili

Lettera inviata al Corriere della Sera in data 18 10 2014

Mi riferisco all'articolo del prof. Alberto Brambilla, pubblicato sul Corriere di sabato 18 ottobre. L'autore ha colto con tempestività ed efficacia una deriva demagogica che sta contaminando lo slancio propositivo del Presidente Renzi. La nuova normativa che prevede la possibilità di ottenere in busta paga il TFR, infatti, accontenta i lavoratori nel breve, ma li penalizza ben più pesantemente nel lungo periodo. L'aumento della tassazione poi, in particolare quella relativa al versamento del TFR nei fondi pensione, veramente rischia di vanificare anni e anni di lungimirante politica, tesa a trasformare il sistema previdenziale puramente statale, fonte di inesauribile indebitamento, in un sistema moderno, efficiente e proattivo, con epocali vantaggi sia per lo Stato (che si indebiterebbe di meno), che per il lavoratore, che avrebbe molte più chances di arrivare ad una buona pensione. Con grandi sforzi era stata imboccata una strada che avrebbe dovuto condurci a colmare il grave gap che ci separa, in questo ambito, dagli altri Paesi avanzati. C'è veramente da sperare che il Governo si ricreda, nondimeno considerando che, cambiando le regole in corsa, infrangerebbe il patto intergenerazionale. Ed in un Paese che ha disperatamente bisogno di fiducia non c'è nulla che mini la fiducia più di un patto infranto da chi ci governa.

Dott. Alessandro Nobili
Vicepresidente Fondosanità
www.fondosanita.it

Apprendiamo in data 18.12.2014 che è stato approvato in Senato l'emendamento alla legge di stabilità relativo alla trattazione fiscale degli enti previdenziali privati e fondi pensione. In buona sostanza l'aumento dell'aliquota dall'11,50% al 20% sul risultato netto maturato dai fondi pensione e dal 20% al 26% sui redditi delle casse previdenziali privatizzate sarà "sterilizzato" per la quota investita in "attività di carattere finanziario a medio e lungo termine" legate ad interventi infrastrutturali, che saranno meglio definiti da un prossimo decreto del Ministero del Tesoro. Diamo merito al Governo di questo parziale cambiamento di rotta, ed accogliamo con piacere questo "ripensamento" sulla fiscalità dei fondi pensionistici. Ripensamento che avevamo auspicato non appena venne reso noto il progetto di legge al riguardo, nella consapevolezza che la costruzione di un adeguato futuro previdenziale sia un obiettivo prioritario, soprattutto per i più giovani, oltre che un pilastro irrinunciabile di una società veramente civile.

Domanda di inclusione nella graduatoria (valevole per l'anno 2016): specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) per le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna

Si informa che, in occasione della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria (valevole per l'anno 2016): specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) per le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna, l'Azienda USL di Bologna ha previsto che la compilazione e l'invio avvengano esclusivamente in forma telematica.
Altre modalità di trasmissione saranno ritenute causa di esclusione della domanda. La presentazione della domanda potrà avvenire solo dal 1° al 31 gennaio 2015. Per accedere a tale domanda è necessario collegarsi al sito aziendale (www.ausl.bologna.it).

AUSL di BOLOGNA - Dipartimento Cure Primarie
Il Direttore Amministrativo **Viviana Bianchi**

Una nuova C.A.O. per il prossimo triennio

Corrado Bondi

Sorvegliare e regolare la Professione nell'interesse della salute pubblica, è il compito del nostro Ordine. La Commissione Albo Odontoiatri sovrintende questa funzione in autonomia, in collaborazione con la Commissione Medica ed il Consiglio Direttivo, nel rispetto della specificità dei rispettivi ruoli. Ci proponiamo di svolgere questo compito con tutte le energie che si potranno mettere in campo, durante tutto il prossimo triennio. L'aiuto, la comprensione e lo stimolo di tutti i colleghi saranno necessari per affrontare questi tempi difficili.La Commissione neo eletta che rappresenta gli Odontoiatri ringrazia, per il proficuo lavoro svolto, tutti i suoi predecessori ed inizia la propria funzione in piena collaborazione con il Presidente Pizza, il cui contributo sarà importante per rendere concreto, efficiente ed incisivo il suo lavoro. Durante la campagna elettorale ho avuto la possibilità di parlare con molti colleghi: "Cosa fa per noi l'Ordine?" è la domanda più frequente che mi è stata rivolta.Molti di questi colleghi vorrebbero che l'accesso all'Albo fosse controllato, che la pubblicità aggressiva fosse proibita, che si introducessero tariffe minime, che la qualità delle prestazioni terapeutiche fosse salvaguardata, che si potesse intervenire sulla formazione universitaria... Dicono: "Se non può fare queste cose, l'Ordine non serve a nulla, tanto vale abolirlo perché per noi è solo un costo... "Io ho sempre ribattuto che è l'ultimo baluardo che resta a difesa della Professione, perché custodisce i principi deontologici che fanno delle nostre cure odontoiatriche un atto medico e non un prodotto da vendere, perché il rapporto medico paziente che si manifesta nell'alleanza terapeutica è la declinazione clinica del giuramento di Ippocrate. Ho risposto che l'Ordine è l'ultimo baluardo che resta a difendere il diritto/dovere di prestare le nostre cure con scienza e coscienza in autonomia terapeutica. Essere i custodi di questi principi irrinunciabili è il nostro incarico, ma sarà sufficiente a preservare la nostra professione così come la vorremmo?Il mondo che cambia intorno noi introduce con rapidità radicali trasformazioni nel modello professionale che da sempre conosciamo e che ha portato ai vertici della qualità l'odontoiatria italiana.

Sono nuovi modi di esercitare e concepire la nostra Professione che coinvolgono gran parte dei nostri colleghi più giovani o che introducono intermediari, i quali a vario titolo e in vario modo regolano il rapporto medico paziente. Questi cambiamenti stanno mettendo in discussione il ruolo e le prerogative dell'Odontoiatra e divideranno la nostra categoria in gruppi con interessi contrapposti nei confronti di un "mercato" asfittico e sempre più in crisi. Anche i comportamenti, le abitudini e l'attitudine verso le cure odontoiatriche che hanno i nostri pazienti stanno mutando: ricerche epidemiologiche in atto sembrano confermare che questi cambiamenti si rifletteranno negativamente sulla salute orale pubblica. Siamo di fronte a cambiamenti epocali rispetto ai quali la C.A.O. ha il duplice compito di rappresentare la pluralità degli Odontoiatri e l'interesse della salute pubblica, nella consapevolezza che la qualità delle prestazioni terapeutiche è un dovere per gli uni e un diritto per gli altri. La nostra categoria non è una corporazione e non vuole essere una casta: saprà accettare le sfide dell'innovazione e si mostrerà propositiva verso il cambiamento.

Linee guida e responsabilità sanitaria dopo la legge Balduzzi

Vincenzo Castiglione

È innegabile che le linee-guida oggi costituiscono un argomento di gran moda.
Esse piacciono a molti medici, ai burocrati, ai fabbricanti di medicinali, agli amministratori. Piacciono – sembra – perfino ai Ministri e – in alcuni casi – anche ad alcuni giudici.
Occorre, tuttavia, affermare che il ruolo delle linee-guida, nonostante la loro funzione di raccomandazione non vincolante, merita maggiore attenzione di quanta sin qui forse non è stata loro garantita.
La particolare enfasi, posta negli ultimi tempi sull'efficacia e sull'efficienza degli interventi in campo medico, trova i suoi presupposti nell'importanza assegnata alla qualità dell'assistenza sanitaria e, contemporaneamente, nella consapevolezza che le risorse sono limitate e, come tali, vanno ottimizzate. Ciò ha stimolato un'attenta riflessione sull'organizzazione dei servizi sanitari e sulla pratica clinica quotidiana, volta ad identificare eventuali carenze e a suggerire, di conseguenza, possibili rimedi.
Il processo di accreditamento dei servizi sanitari ha rappresentato un'importante iniziativa in questa direzione, laddove un determinato servizio è tenuto a soddisfare certi requisiti stabiliti per legge, affinché le sue prestazioni possano essere adeguatamente rimborsate dalla Regione di appartenenza, essendo questa la garanzia che gli interventi da esso operati attingano a un livello minimo e, quindi, imprescindibile di qualità.
La necessità di documentare il proprio operato ai fini di potere accedere all'accreditamento o ad altri protocolli di verifica della qualità (per es. ISO 9001), nonché l'impulso speculativo ed operativo dato dalla cosiddetta evidence-based medicine, che dà ampio risalto ai dati basati su una congrua evidenza scientifica, hanno determinato la proliferazione – all'interno delle unità operative e dei dipartimenti sanitari – di protocolli, procedure e linee-guida.
È necessario, anzitutto, chiarire che: per protocollo si intende uno strumento informativo, che definisce un modello formalizzato di comportamento professionale attraverso la descrizione di una successione di interventi, volti a raggiungere un determinato obiettivo.
Le procedure sono strumenti di integrazione utili in situazioni complesse, dal momento che descrivono sequenze dettagliate e logiche di atti al fine di uniformarli e garantire così la qualità degli effetti risultanti.
Infine, le linee-guida consistono in raccomandazioni di comportamento clinico in grado di assistere ed orientare il personale sanitario nella scelta delle modalità di intervento e di assistenza più appropriati in specifiche circostanze cliniche. Esse sono in genere il risultato di una revisione sistematica e di una sintesi critica delle informazioni scientifiche disponibili, al fine di orientare la pratica clinica quotidiana.
Le linee-guida, quindi, sono raccomandazioni di comportamento clinico, redatte grazie ad aggiornati processi di rielaborazione della migliore letteratura scientifica, ed hanno lo scopo di agevolare i sanitari, a suggerire le modalità di intervento più appropriate, ed i pazienti a meglio comprendere il percorso di cura.
Nonostante le voci critiche rispetto al valore da assegnare alle linee guida – basate soprattutto sulla presa d'atto, per un verso, del loro non sempre adeguato aggiornamento ai più moderni approdi della letteratura scientifica e, per l'altro, della sempre più presente esigenza di riduzione della spesa che finisce per limitare, in un certo senso, le chances di libera valutazione del sanitario ed indurlo a condotte di natura cautelativa – è certo, però, che l'attenzione al tema delle linee guida in ambito medico è sempre maggiore.
Se ne interessano da tempo la dottrina e la giurisprudenza, che ha avvertito la necessità di fare ordine fra le diverse e disomogenee decisioni, e anche il legislatore, che da ultimo è

intervenuto con la legge 8 novembre 2012, n. 189, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (meglio conosciuto come decreto Balduzzi), recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.
All'art. 3, comma 1, la legge n. 189 del 2012 stabilisce: "L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve.
In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile (riguarda la responsabilità extracontrattuale, n.d.r.). Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo".
La norma, dunque, esplicita il rilievo delle linee guida nell'ambito della responsabilità sanitaria penale, con ciò modificando la versione originaria del testo normativo, che l'aveva presa in esame, per differenti profili, solo con riguardo alla responsabilità civile.
La stesura delle linee guida serve da norma concisa per guidare il comportamento dei medici. Tuttavia, il concetto stesso di norma o di guida può avere evidentemente estensione e forza molto diverse.
La medicina è una disciplina molto estesa e diversificata e, in alcuni campi, appare del tutto legittimo redigere una serie di linee guida. Esse possono avere valenza cogente in situazioni semplici e standardizzate, nelle quali i fattori che entrano in gioco sono relativamente poco numerosi e ben circoscrivibili.
Ma occorre ricordare che, in generale, come non vi sono due cose uguali, così, in medicina, non vi sono due ammalati perfettamente uguali e che il clinico ha il dovere precipuo di scrutare ciò che nel caso particolare differisce dalla regola comune.
Alla luce di quanto rilevato, si può allora affermare – in sintonia con la giurisprudenza della Corte di Cassazione – che, fatte salve le eventuali indicazioni di legge o regolamenti tali da richiederne la scrupolosa applicazione, le indicazioni cliniche contenute in (protocolli, procedure e) linee guida non hanno un valore assolutamente vincolante per il medico (Cass. pen. sez. IV 2 marzo 2011, n. 8254; v. anche: Cass. IV sez. pen. 1 febbraio 2012, n. 4391).
Rispetto ad esse, cioè, il medico subordinato può far valere quell'autonomia professionale che la legge gli riconosce e, quindi, dissentire. Meglio: ove tali indicazioni siano errate, egli ha l'obbligo di dissentire.
Tra le altre cose, solo questa posizione garantisce la possibilità di impiegare prontamente le nuove conoscenze che si sviluppano rapidamente in campo scientifico, ben prima che queste siano sottoposte al vaglio che precede la loro inclusione in protocolli, procedure e linee guida.
Del resto, la sentenza n. 16327 del 2013 (intervenuta sulla novella di cui alla legge Balduzzi) afferma testualmente che "le linee guida non possono fornire indicazioni di valore assoluto ai fini dell'apprezzamento dell'eventuale responsabilità, sia per la libertà di cura che caratterizza l'attività del medico, sia perché, in taluni casi, la stesura delle stesse può essere influenzata da motivazioni legate al contenimento dei costi sanitari o perché sono obiettivamente controverse e non unanimemente condivise. Il medico è sempre tenuto ad esercitare le proprie scelte considerando le circostanze peculiari che caratterizzano il caso concreto e la specifica situazione del paziente, nel rispetto della sua volontà, al di là delle regole cristallizzate nei protocolli medici".
A questo punto, va posto in evidenza come sia più problematico il riferimento dell'art. 3 della legge n. 189/2012 alla colpa lieve nel contesto penale, in genere non nominata nelle decisioni giurisprudenziali come tale, ma non estranea alla realtà dei casi.
La sentenza della Corte di Cassazione n. 16237 del 2013, in precedenza richiamata, riepiloga opportunamente le decisioni della giurisprudenza penale, che sono passate da un atteggiamento di "benevolenza" e "comprensione" nei confronti dell'operato medico – che ha notevolmente esteso negli anni Cinquanta e Sessanta del secolo scorso l'area di impunibilità degli esercenti una professione sanitaria, di fatto per colpa lieve- ad un successivo, più severo, orientamento per il quale, esclusa qualsiasi rilevanza in ambito penale dell'art. 2236 cod. civ. (per cui "se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale diffi-

coltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o colpa grave"), la colpa professionale era valutata sempre e comunque sulla base delle regole generali della colpa ai sensi dell'art. 43 codice penale: quindi, sia per colpa lieve che, ovviamente, per colpa grave, la differenza concernendo soltanto l'entità della pena. Nel frattempo ha preso avvio il molto controverso filone collaterale delle condanne per lesioni volontarie e omicidio preterintenzionale.

A ben vedere, la Cassazione penale aveva già da tempo riconsiderato, con due pregevoli sentenze del 21 giugno 2007, n. 39592 e del 26 aprile 2011, n. 16328, la speciale difficoltà, sganciandola dal riferimento all'art. 2236 codice civile, ma valorizzandone l'importanza ai fini del giudizio sulla colpa e introducendo al più convincente espressione di "specifica difficoltà", chiaramente inerente le difficoltà relative al singolo caso, in cui possono insorgere non solo intrinseche difficoltà della prestazione sanitaria – specie in campo chirurgico – ma anche le condizioni di salute del paziente.

In tal senso, l'art. 3 della legge n. 189 del 2012, secondo le osservazioni contenute nella sentenza n. 16237 del 2013 (v. anche: Cass. pen. IV sez. n. 11493 del 2013) sembra inserirsi in un percorso già tracciato dalla giurisprudenza penale in tema di colpa medica, che testimonia un'importante apertura verso "la componente soggettiva" della colpa (o individualizzazione del giudizio) rispetto alla predominante valutazione della componente oggettiva, dalla prevedibilità e dall'evitabilità dell'evento in base al parametro dell'*homo eiusdem condicionis et professionis* (il che, nella professione medica, significa il sanitario dotato di conoscenze medie).

A questo punto, si pone il quesito se, alla luce dell'art. 3, comma 1, della legge n. 189 del 2012, nel nostro ordinamento sia stata introdotta una parziale abrogazione delle fattispecie colpose commesse dagli esercenti le professioni sanitarie, allorquando essi abbiano seguito scrupolosamente le linee guida e le buone pratiche cliniche accreditate e possano, conseguentemente, invocare la colpa lieve come "favorevole parametro di valutazione della condotta professionale".

Appare opportuno, innanzi tutto, chiedersi se la nuova norma rappresenti una reale novità per il clinico.

La risposta sembra essere negativa.

Se si considera il richiamo alle "linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità

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

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

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

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

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

scientifica" nei termini di generico e inevitabile "background" culturale, che ogni esercente una professione sanitaria deve possedere, non sembra che l'art. 3 della legge 189/2012 abbia apportato alcuna decisiva innovazione.
Infatti, è inimmaginabile che si possa condannare qualcuno solo perché non ha ottemperato a determinati requisiti in assenza della dimostrazione che l'evento di reato è connesso con tale violazione e senza vagliare se le linee guida e le buone pratiche cliniche fossero sufficienti a prevenire ed evitare l'evento avverso, poi concretamente verificatosi: evento che, a sua volta, doveva essere prevedibile ed evitabile *ex ante*.
Né, d'altra parte, può ritenersi che il legislatore abbia voluto introdurre le linee guida quali "regole cautelari", sia perché ciò comporterebbe una deriva dei delitti di lesioni colpose (art. 590 c. p.) e di omicidio colposo (art. 589 c. p.) dall'illecito di evento a quello di pura condotta, sia perché la diversa genesi delle linee guida non consentirebbe di attribuire loro il ruolo di regole atte a prescrivere uno specifico comportamento per prevenire ed evitare un determinato evento.
Sicuramente, resta l'indicazione di valore sottesa alla norma per cui, in ipotesi di inosservanza degli strumenti di codificazione del sapere medico scientificamente accreditati, l'affermazione di responsabilità andrà di norma esclusa anche laddove, nell'interpretazione del contenuto delle linee guida e prassi, si registri la compresenza di valutazioni scientifiche e di valutazioni volte all'ottimizzazione delle risorse o, comunque, non possa essere del tutto azzerato – ma solo ragionevolmente contenuto – il rischio del verificarsi di eventi lesivi. In detti casi, infatti, il legislatore, nel delicato bilanciamento di interessi contrapposti, ha esplicitamente inteso privilegiare le esigenze di tassatività e certezza a quelle del soddisfacimento di istanze di tutela.
Allora, appare evidente che la natura cautelare delle linee guida è direttamente proporzionale al loro grado di precisione e al livello di conformazione che esse pretendono. È chiaro che le linee guida generiche, tanto in relazione ai presupposti di operatività, quanto alle modalità di intervento, richiedono inevitabilmente di essere integrate da cautele più specifiche e determinate, alle quali dovrà guardarsi ai fini del giudizio di responsabilità.
Le linee guida, che mirano a bilanciare tra loro coefficienti di rischio e riduzione della spesa, non hanno natura cautelare in senso stretto, perché prendono in considerazione esigenze di natura economica che, in via di principio, sono antagoniste rispetto alla massima finalità preventiva delle cautele.
Conseguentemente, le linee guida, che contemperano la conformazione alle migliori cautele disponibili con esigenze di natura eterogenea, quali il contenimento dei costi, costituiscono una categoria molto variegata, talché a una loro valutazione in astratto deve preferirsi un esame in concreto, che nei settori in cui vengono in gioco i beni fondamentali della persona tenga conto del primato dell'efficienza cautelare sul risparmio economico.

In conclusione, il raggio operativo della disciplina di favore, introdotta dall'art. 3, comma 1, legge n. 189 del 2012, riguarda il solo profilo della colpa medica per imperizia, ossia quello che si riferisce al mancato rispetto delle legge dell'arte nella prestazione sanitaria (v. Cass. pen. n. 16237 del 2013). E ciò in quanto le linee guida e le buone pratiche afferiscono chiaramente all'aspetto della perizia che il medico deve applicare nella sua attività. Restano, quindi, fuori dalla modifica normativa *in melius* della condizione penale del medico – rimanendo assoggettati agli ordinari criteri di valutazione della colpa, con conseguente rilevanza della stessa colpa lieve – tutti i comportamenti sanitari contrassegnati da negligenza o da imprudenza, ossia, rispettivamente, da trascuratezza, disattenzione, omissione o ritardo, ovvero da superficialità e da c.d. temerarietà (la quale ricorre quando il medico si cimenti in prestazioni non rientranti nell'ambito del proprio settore di competenza specialistica), nonché le stesse condotte connotate da imperizia ogni volta in cui il sanitario non si sia attenuto a prescrizioni o indicazioni (linee guida e buone pratiche) della comunità scientifica.

Dr. Vincenzo Castiglione
Presidente del Comitato di Etica della SOI
Società di Oftalmologia Italiana
Magistrato

Stefano Pileri lascia il Policlinico Sant'Orsola

Dopo oltre 38 anni di attività presso l'Università di Bologna, ove ha percorso la propria carriera in qualità di assistente universitario, ricercatore, professore associato e, infine, professore ordinario di Anatomia Patologica, Stefano Pileri si appresta a lasciare il Policlinico Sant'Orsola. In questo arco di tempo, ha dedicato larga parte della sua attività diagnostica e di ricerca alla patologia del sistema emolinfopoietico. Ciò si è concretizzato in 1065 pubblicazioni, delle quali 592 già comparse od in corso di stampa su Riviste Internazionali censite su PubMed per un Impact Factor complessivo di 3455 ed un H-index di 93 (che lo pone al 42° posto nella lista dei top Italian Scientists degli ultimi 100 anni e primo fra i Docenti in attività presso l'*Alma Mater*). Fra queste, si ricorda la REAL Classification (Revised European-American Lymphoma Classification), che è stato l'articolo di Medicina più citato degli ultimi 10 anni dello scorso secolo e ha dato origine alla terza e quarta edizione della WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues, per le quali ha svolto il ruolo di autore e nel 2008 di editore ed autore. A quest'ultimo riguardo, la IV edizione della WHO Classification è al momento oggetto di un processo di aggiornamento, che porterà all'inizio del 2016 ad un nuovo Blue Book, per il quale il Prof. Pileri continuerà a svolgere il duplice ruolo di autore ed editore. Tale attività è stata oggetto di nu-

merosi riconoscimenti, fra i quali la Presidenza della European Association for Haematopathology (biennio 2006-2008) e la Laurea *honoris causa* presso l'Università di Atene.
Stefano Pileri, che è stato allievo del Prof. Karl Lennert, padre della Ematopatologia Europea, dal quale ha appreso l'importanza della correlazione clinico-patologica e dell'uso delle metodologie di indagine più avanzate, nel 1986, conseguita l'associatura, accettò l'invito del Prof. Sante Tura di dare vita alla allora Sezione di Emolinfopatologia presso l'Istituto di Ematologia "L. e A. Seràgnoli". La Struttura, divenuta Unità Operativa Complessa nel 2002, rappresenta Centro di riferimento Nazionale per la diagnosi dei linfomi e delle leucemie, ricevendo una media di 10.000 casi specialistici l'anno. Alla sviluppo della Unità, che ha sempre sofferto di una cronica carenza di Personale, il Prof. Pileri ha dedicato ogni Sua energia. Basti pensare che ha rinunciato a svolgere attività libero professionale per attrarre donazioni, che sono servite a pagare anche 12 stipendi per i Collaboratori ogni anno, senza i quali neppure l'attività del Policlinico sarebbe stata possibile. Oltre il 90% delle attrezzature della Unità Operativa (dai banconi, ai microtomi ed ai microscopi, fino a giungere ai sequenziatori del genoma) è stato acquisito attraverso i fondi di ricerca od i fondi privati, conseguiti dal Prof. Pileri (per una cifra che supera i 3.000.000 di Euro nell'ultimo quinquennio). A tale riguardo, il Prof. Pileri esprime particolare gratitudine ad AIRC, ABSTE, BolonAIL, alla Fondazione "Isabella Seràgnoli" ed alla Fondazione Cassa di risparmio in Bologna.
Il Prof. Pileri lascia questa sua creatura per aprire il 1° Febbraio 2015 una struttura simile presso l'Istituto Europeo di Oncologia a Milano, andando a partecipare ad un progetto innovativo, che prevede il sequenziamento del genoma in tutti i Pazienti onco-ematologici, al fine di identificare i bersagli per terapie innovative, essendo l'obiettivo finale la Loro cura senza la chemioterapia. Al progetto, partecipano il Prof. Riccardo Dalla Favera (attuale Direttore del Cancer Genetics alla Columbia University a New York e coinvolto per il 25% del Suo tempo), il Prof. Pier Giuseppe Pelicci (Direttore del Programma e scopritore della terapia della leucemia promielocitica con l'acido retinoico), il Dr. Francesco Bertolini (Ematologo Sperimentale con grande esperienza nei modelli di malattia nel topo) ed il Prof. Corrado Tarella (Ematologo Clinico e pioniere del trattamento sequenziale ad alte dosi nel mieloma e nei linfomi). Il Prof. Pileri manterrà il rapporto con i propri Allievi attraverso l'attività di ricerca, grazie alla posizione di Professore *Alma Mater* presso l'Università di Bologna. Inoltre, continuerà a dare il proprio contributo alla vita dell'Ordine ed al suo Consiglio, grazie anche all'attuale sistema di comunicazioni, che ha trasformato almeno il Nord Italia in un'unica grande città.

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

Voglia di futuro

Ebola

La diffusione epidemica dell'infezione da Ebolavirus appare al momento sotto controllo, quantomeno al di fuori di alcuni paesi dell'Africa nord-orientale. L'estrema aggressività del virus, unita all'altissima mortalità, suggerisce tuttavia di non abbassare assolutamente la guardia. Su questi presupposti abbiamo deciso di pubblicare l'intero corso di aggiornamento su questa malattia, disponibile sul sito FADinMED del Ministero della Salute. In questa prima parte si focalizza l'attenzione sugli aspetti epidemiologici. Oggetto di pubblicazione successiva saranno le parti riguardanti gli aspetti clinici, terapeutici e di gestione sanitaria dell'infezione.

1. CHE COSA BISOGNA CONOSCERE[1-6]

1.1 Epidemiologia

La malattia dovuta al virus Ebola (EVD), conosciuta semplicemente come Ebola, è una malattia grave dei primati umani e non umani causata dall'infezione di un virus della famiglia *Filoviridae*, genere Ebolavirus. Delle cinque specie di Ebolavirus identificate quattro sono responsabili di malattia nell'uomo. Il nome Ebola deriva dal un fiume della Repubblica Democratica del Congo dove si è verificata la prima epidemia di EVD nel 1976. Da allora, ci sono state diverse epidemie. Con l'eccezione dell'epidemia attuale, tutte le precedenti si erano verificate nelle regioni tropicali dell'Africa Centrale. L'epidemia con il più alto tasso di mortalità è stata quella del 2003 comparsa nella Repubblica Democratica del Congo, dove la malattia ha ucciso quasi il 90% delle persone infette. L'epidemia più ampia è quella attuale nell'Africa occidentale con 15.145 casi (tra confermati, probabili e sospetti) e 5.420 morti al 16 novembre 2014, numero di gran lunga superiore alla somma delle vittime in tutte le epidemie precedenti (vedi gli aggiornamenti epidemiologici dell'ECDC[7], lo European Centre for Disease Prevention and Control). Questa è la prima epidemia di EVD nell'Africa occidentale e la 25[a] epidemia da quando la malattia comparsa. I numeri riportati nelle stime ufficiali vengono generalmente considerati una sottostima grossolana della reale dimensione dell'epidemia dal momento che, secondo la Ebola Response Roadmap pubblicata dall'OMS nell'agosto 2014, il numero di casi può essere da 2 a 4 volte quello riportato[8]. L'epidemia è iniziata in Guinea nel dicembre 2013 ma è stata riconosciuta solo nel marzo 2014. Da allora si è diffusa in Liberia e Sierra Leone. In luglio un viaggiatore infetto ha portato la malattia in Nigeria e, dalla fine di agosto, è stato riportato un caso singolo in Senegal (un ragazzo di 21 è arrivato dalla Guinea). Al 20 ottobre l'OMS ha dichiarato la Nigeria libera da EVD, dal momento che non sono stati registrati casi di trasmissione per 42 giorni grazie al rapido contenimento della malattia. Non sono stati riportati casi di trasmissione locale in Senegal, per cui il paese non è al 5 novembre 2014 nella lista dei paesi affetti. Allo stesso tempo un'altra epidemia di EVD è iniziata nella Repubblica Democratica del Congo, ma sono stati identificati virus differenti da quelli correlati all'epidemia in Africa occidentale[5,9]. L'epidemia è di dimensioni mai verificatesi prima in termini di distribuzione geografica, di capacità di colpire nelle aree urbane densamente popolate anche se non ha una letalità pari alle epidemie precedenti. L'area rurale più colpita è quella di frontiera tra Gueckedou (Guinea), Lofa (Liberia) e Kenema e Kailahun (Sierra Leone), ma è di particolare preoccupazione la trasmissione nelle città più grandi vista la densità della popolazione e la ripercussione sui trasporti e sul commercio[10,11]. Come conseguenza quest'ultima epidemia è stata dichiarata un'emergenza internazionale per la salute pubblica (Public Health Event of International Concern, PHEIC) dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) l'8 agosto 2014. Casi sporadici confinati a persone di ritorno dall'Africa occidentale e l'ulteriore trasmissione a operatori sanitari che li hanno assistiti sono stati confermati sia negli Stati Uniti sia in Europa (in Italia un caso) a partire dal 30 settembre 2014. È possibile che l'epidemia si diffonda via terra nei paesi vicini, in particolare alla Costa d'Avorio poiché c'è un aumento della trasmissione nelle vicine regioni del Sud Est della Liberia. Al 26 novembre sono stati anche riportati 8 casi con 6 morti a Nord della Costa d'Avorio, nel Mali. È anche probabile che ci sa-

ranno molti più casi degli attuali di esportazione a distanza dell'EVD, particolarmente se gli operatori sanitari stranieri e i volontari, in aggiunta alle persone del luogo che possono permettersi viaggi all'estero, hanno scarse possibilità di ricevere un'adeguata assistenza nei propri paesi d'origine. La rapidità di diffusione in Africa occidentale di penderà dall'efficacia delle misure di controllo e dalla preparazione nei paesi circostanti. Uno studio di sorveglianza genomica sull'EVD condotto in Sierra Leone ha mostrato che l'attuale epidemia sembra essere legata a una singola introduzione dalla fauna selvatica. Il virus sta cambiando con una relativa rapidità con variazioni genetiche intra e inter ospite, un fattore che deve essere strettamente monitorato per il suo impatto per diagnosi, vaccini e terapie mirate[12,13]. Il numero di operatori sanitari infetti e la proporzione di operatori sanitari tra i casi di EVD non sono stati sistematicamente riportati. Comunque, al 23 novembre l'OMS ha riportato 592 casi di infezione di operatori sanitari (soprattutto in Guinea, Liberia e Sierra Leone), 340 dei quali sono morti, una mortalità molto più alta di quella riportata in passato per gli operatori sanitari[11]. Di particolare preoccupazione il fatto che gli operatori sanitari sembrano continuare a infettarsi anche adesso, nel momento in cui le procedure standard per la prevenzione della trasmissione agli operatori sanitari dovrebbero essere messe in atto. L'infezione di alcune infermiere avvenuta in Spagna e negli Stati Uniti ha sottolineato che gli operatori sanitari hanno bisogno di più informazioni appropriate e della formazione per lavorare in sicurezza anche in queste situazioni di alto rischio.

1.2 Trasmissione

Ebola una malattia zoonotica e la sua riserva ospite naturale si pensa siano alcuni pipistrelli della frutta. La trasmissione dagli animali all'uomo rara e in particolare correlata al maneggiare carni infette o visitare grotte nelle quali vivono i pipistrelli. In Africa infezioni umane da Ebolavirus sono state collegate al contatto diretto con gorilla, scimpanzé, scimmie, antilopi della foresta e porcospini trovati morti nella foresta pluviale. La preparazione della carne degli animali selvatici cacciati in Africa, Asia e America latina è stata legata alla trasmissione dell'Ebolavirus così come di altre malattie. I virus di Ebola sono altamente trasmissibili per contatto diretto con sangue infetto, secrezioni, tessuti, organi e altri fluidi corporei da persone morte o vive ma infette. La principale via di trasmissione nelle epidemie umane è la trasmissione da persona a persona attraverso un contatto diretto con un soggetto sintomatico o con un cadavere di una persona morta per Ebola. Questo accade quando i fluidi corporei di una persona infetta (viva o morta) toccano gli occhi, il naso o la bocca o una ferita aperta, un taglio o una abrasione di un'altra persona. Va sottolineato che in Africa le cerimonie funebri e la manipolazione dei corpi morti giocano un ruolo importante nella trasmissione. La malattia può essere trasmessa da *droplet* (goccioline) infette (per esempio quando il paziente tossisce o starnutisce vicino a un'altra persona) ma a oggi non ci sono prove della trasmissione per via aerea nelle epidemie di Ebola. Ciò significa che le particelle virali non rimangono nell'aria dopo che una persona infetta ha tossito o starnutito, come accade invece con il virus del morbillo. Sul ruolo potenziale degli aerosol si può leggere un *Commentary* pubblicato nel sito dei CDC. Il contatto casuale con un paziente febbrile che va in giro e si autocura, per esempio stringergli la mano, sedergli accanto in un'area pubblica o su un mezzo di trasporto è perciò considerato a basso rischio[1,14]. In ogni caso l'infezione non può essere esclusa se le mucose o la pelle abrasa di un soggetto vengono in contatto con superfici e oggetti contaminati dal virus di Ebola o direttamente o indirettamente attraverso le mani. L'Ebolavirus non è molto resistente: sensibile ai disinfettanti come l'alcol e l'ipoclorito di sodio (anche una concentrazione dello 0,05%, suggerita per l'igiene delle mani, è sufficiente) ed è distrutto dal calore. Per la resistenza del virus di Ebola nell'ambiente vedi il paragrafo *Protezione*. I soggetti con Ebola sono contagiosi solo durante la fase sintomatica della malattia, essendo considerato basso il rischio di trasmissione nelle fasi iniziali della malattia nell'uomo (fase prodromica). Comunque i maschi sopravvissuti alla malattia possono trasmettere il virus attraverso lo sperma per 2-3 mesi dopo l'inizio della malattia[15].

1.3 Informazioni cliniche[16-18]

L'Ebola è una delle malattie più virulenti e letali. Provoca febbri emorragiche e può condurre a insufficienza epatica e renale con sanguinamenti interni ed esterni. La morte può verificarsi in 7-16 giorni (la media 8-9 giorni) dopo la comparsa dei primi sintomi ed è causata da una sindrome di disfunzione d'organo multipla. I tassi di mortalità vanno dal 25 al 90% secondo le caratteristiche del virus, le comorbilità del paziente, la risposta immune individuale, il tempo e l'intensità del supporto medico.
I sintomi principali di EVD sono:
– febbre;
– cefalea severa;
– dolore muscolare;
– diarrea;
– vomito;
– dolore addominale (gastrico);
– sanguinamento non spiegato e/o ecchimosi.
Il periodo di incubazione varia da 2 a 21 giorni con una media di 8-10 giorni prima della comparsa dei sintomi. I periodi più brevi di incubazione si hanno più probabilmente in caso di esposizione a materiali molto contaminati (per esempio punture con aghi infetti).
L'evoluzione della malattia di solito segue tre fasi:
– l'inizio in molti casi è simile a una **sindrome similinfluenzale** con febbre improvvisa, malessere, dolore muscolare e articolare e cefalea seguiti da una progressiva stanchezza, anoressia, diarrea (a volte contenente sangue e muco), nausea e vomito. Questa fase prodromica può durare fino a 10 giorni;
– nello stadio successivo di malattia sono coinvolti **diversi organi**: in aggiunta ai sintomi gastrointestinali compaiono sintomi neurologici (mal di testa, confusione), vascolari (iniezione congiuntivale/faringea), cutanei (rash maculo-papulare) e respiratori (tipicamente tosse, dolore toracico, brevità di respiro, così come in questa epidemia spesso riportato il singhiozzo), con un completo esaurimento delle forze (prostrazione);
– dopo una settimana oltre la metà dei pazienti può avere manifestazioni emorragiche come diarrea sanguinolenta, sangue da naso, ematemesi, petecchie, ecchimosi e sanguinamento prolungato nelle sedi di puntura. In alcuni casi la presenza di emorragie interne ed esterne copiose e il sopravvenire di una coagulazione intravascolare disseminata mettono a rischio la vita. La morte di solito avviene in presenza di tachipnea, anuria, shock ipovolemico e scompenso multiorgano.
All'inizio i sintomi dell'Ebola (febbre alta e cefalea severa) sono simili a quelli causati dalla malaria, una malattia molto comune nelle stesse aree dove si verificata l'epidemia. Nei suo primi stati l'EVD può anche essere confusa con altre malattie endemiche africane come la febbre tifoide, la dissenteria, è come detto l'influenza. A causa di questa sovrapposizione di sintomi, una diagnosi precoce è più complicata e si sono generati allarmi quando viaggiatori dall'Africa in Europa hanno mostrato sintomi analoghi. In questo caso il miglior approccio è la cautela e andrebbe considerata ed esclusa la possibile diagnosi di Ebola, tenendo comunque presente che le altre malattie infettive, come la malaria, sono molto più probabili dell'EVD. Infine sono stati riportati alcuni casi di una coinfezione (in particolare Ebola più malaria). Nell'Ebola la febbre e l'infiammazione sono scatenate dal rilascio di citochine a seguito dell'infezione virale e dei danni cellulari. I maggiori bersagli del virus sono le cellule endoteliali, i fagociti mononucleari e gli epatociti. Inoltre l'infezione provoca la secrezione di una glicoproteina che può interferire con le vie di segnalazione dei neutrofili, consentendo in tal modo al virus di bypassare il sistema immune. Non si è ancora capito che cosa consenta ad alcune persone di superare la malattia e ad altre no. Coloro che si riprendono, comunque, di solito lo fanno con una guarigione completa.

1.4 Valutazione del rischio

1.4.1 Esposizione in comunità

Dal momento che il virus di Ebola si trasmette attraverso il contatto diretto con i fluidi corporei del paziente e gli animali infetti (pipistrelli, primati non umani per quanto finora dato sapere), i gruppi più a rischio di essere infettati sono quelli ai più stretto contatto con i pazienti:
– familiari e amici delle persone infette;
– operatori sanitari;
– persone che si occupano della gestione dei cadaveri (specie nei riti funebri).
A oggi non ci sono prove di una diversa sensibi-

lità alla malattia rispetto all'età, mentre c'è una maggior frequenza di casi nel sesso femminile: dal 55 al 60% delle vittime in Guinea, Liberia e Sierra Leone in agosto erano donne, il 75% se si considera la Liberia da sola. Nel 2007 un report dell'OMS sottolineava l'importanza del genere sostenendo che le "differenze nell'esposizione tra uomini e donne sono dimostrati essere importanti fattori nella trasmissione dell'Ebola". Ciò è dovuto al fatto che in questi paesi le donne sono di solito le prime a prestare assistenza ai malati mentre i maschi fanno raramente ciò. Il rischio di infezione per i residenti e i visitatori dei paesi affetti attraverso l'esposizione in comunità è considerato basso se essi aderiscono alle precauzioni raccomandate. Le persone che fanno visita ad amici e parenti nei paesi colpiti tendono ad avere più contatti e di tipo più stretto nella comunità e più probabilmente di altri visitatori partecipano alle cerimonie funebri, un'attività nota per essere associata alla trasmissione del virus di Ebola. I residenti e i visitatori delle aree affette corrono un alto rischio di esposizione al virus se vanno nelle strutture sanitarie.

1.4.2 *Esposizione nei setting sanitari*

Il rischio di essere esposti al virus di Ebola è maggiore per gli operatori sanitari e i volontari. Essi sono potenzialmente esposti non solo attraverso il contatto diretto con i casi ma anche attraverso i materiali ospedalieri contaminati, i rifiuti medici e i campioni diagnostici. La trasmissione del virus agli operatori sanitari si è verificata con maggiore probabilità dopo un contatto con pazienti con Ebola in situazioni nella quali le misure di controllo non erano poste in atto o non erano scrupolosamente seguite. L'alto numero di operatori sanitari infetti indica che le misure di controllo dell'infezione non sono state implementate con successo[19,20]. In ogni caso, il rischio di infezione non è limitato agli ospedali che forniscono le cure ai casi noti di EVD perché casi infetti possono inizialmente rivolgersi a qualunque medico od operatore sanitario. Inoltre il rischio di esposizione negli operatori sanitari esposti esiste anche nelle aree che non hanno ancora riportato casi, perché si pensa che non tutti i casi di EVD siano riconosciuti e riportati. Mentre il rischio è molto basso per una visita che non richieda test invasivi e la prescrizione di farmaci per bocca, esso può essere maggiore quando sono richieste procedure invasive. Il rischio di esposizione che conduce a un'infezione dipende dalla disponibilità e dall'uso adeguato delle protezioni personali (PPE, Personal Protection Equipment, vedi oltre).

1.4.3 *Importazione in Europa*[1,6,21,22]

Il rischio di importazione dell'EVD in Europa non potrà essere eliminato finché non cesserà la trasmissione nei paesi colpiti. Questo rischio è legato al numero di pazienti che si presentano con sintomi e che richiedono attenzione medica nell'UE. Essi possono arrivare in fase di incubazione della malattia (ciò senza avere sintomi e quindi non essendo riconoscibili attraverso gli screening ai punti di uscita o di entrata) o quando sono già malati perché sviluppano i sintomi durante il viaggio aereo. Il rischio di diffusione del virus di Ebola da un paziente infetto che giunge in Europa a seguito di un piano medico di evacuazione considerato estremamente basso. Se un paziente mostra i primi sintomi dopo l'atterraggio in uno degli stati membri della UE, non può essere esclusa la trasmissione ai familiari, agli amici e nelle strutture sanitarie. Una volta che la possibilità di EVD è stata presa in considerazione e gli operatori sanitari hanno preso le precauzioni per fermare la trasmissione, il rischio di diffusione è ridotto al minimo. La riduzione del rischio di trasmettere il virus di Ebola dipende dal riconoscimento precoce, dall'isolamento dei casi e dall'isolamento dei loro contatti attraverso una tracciatura e il loro monitoraggio. C'è un rischio di trasmissione nel periodo tra l'inizio dei primi sintomi, il riconoscimento della possibilità di EVD da parte degli operatori sanitari e il successivo isolamento del paziente. L'ECD ha pubblicato e aggiornato regolarmente documenti che forniscono una guida al trattamento di coloro che rientrano da aree affette da Ebola e/o che hanno avuto contatti con casi di EVD sia lì sia in Europa. Le persone infette possono arrivare in Unione Europea con voli diretti o indiretti dai paesi colpiti o a bordo di navi cargo o di navi passeggeri. Una possibilità remota è una catena di trasmissione lungo le rotte usate dai migranti che arrivano nel Sud del Mediterra-

neo, e in particolare in Italia, nel tentativo di raggiungere l'Europa. Il rischio di trasmissione in Europa attraverso le emotrasfusioni e altre sostanze di origine umana non è consistente. Infatti, secondo le direttive europee sulle trasfusioni, le regole relative alla malaria escludono dai possibili donatori anche i residenti e i viaggiatori dei paesi affetti dall'EVD[23].

Bibliografia

1. ECDC. (2014). Rapid Risk Assessment (RRA) on the Ebola virus disease outbreak in West Africa. 7th update, 17 October 2014. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/ebola-Sierra-Leone-Liberia-Guinea-Spain-UnitedStates-risk-assessment.pdf
2. Smith TC. (2005). Ebola (deadly diseases and epidemics). Chelsea House Publications.
3. CDC. (2014). Ebola Viral Disease Outbreak — MMWR 63(25):548-51. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6325a4.htm?s_cid=mm6325a4_w
4. Gatherer D. (2014). The 2014 Ebola virus disease outbreak in West Africa. J Gen Virol 95(Pt 8): 1619–24. doi:10.1099/vir.0.067199-0.
5. WHO. (2014). Ebola virus disease. Fact sheet n. 103, September 2014. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/
6. WHO. (2014). Frequently asked questions [21,22]on Ebola virus disease, August 2014. http://www.who.int/csr/disease/ebola/faq-ebola/en/
7. ECDC. (2014). Epidemiological updates. http://ecdc.europa.eu/en/press/epidemiological_updates/Pages/epidemiological_updates.aspx
8. WHO. (2014). Ebola response roadmap. Geneva2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131596/1/EbolaResponseRoadmap.pdf?ua=1
9. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs Democratic Republic of Congo. (2014). Point d'information sur la maladie a virus Ebola en RDC. http://www.rdc-humanitaire.net/attachments/article/4924/EBOLA%20-%20Update %20du%2030%20a0%C3%BBt%202014%20-%20No.%205.pdf
10. WHO. (2014). WHO Statement on the meeting of the International Health Regulations Emergency Committee regarding the 2014 Ebola outbreak in West Africa. http://who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola20140808/en/
11. WHO. (2014). Unprecedented number of medical staff infected with Ebola. http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/25-august-2014/en/
12. Gire SK, Goba A, et al. (2014). Genomic surveillance elucidates Ebola virus origin and transmission during the 2014 outbreak. Science 12;345:1369-72.
13. Baize S, Pannetier D, et a. (2014). Emergence of Zaire Ebola virus disease in Guinea -Preliminary report. NEJM 2014;371:1418-25.
14. Colebunders R, Borchert M. (2000) Ebola haemorrhagic fever -a review. J Infect 40(1):16-20.
15. Rowe AK, Bertolli J, et al. (1999). Clinical, virologic, and immunologic follow-up of convalescent Ebola hemorrhagic fever patients and their household contacts, Kikwit, Democratic Republic of the Congo. Commission de Lutte contre les Epidemies a Kikwit. J Infect Dis 179 (Suppl 1):S28-35.
16. CDC. (2014). Ebola hemorrhagic fever: signs and symptoms. http://www.cdc.gov/vhf/ebola/symptoms/index.html
17. Bannister B. (2010). Viral haemorrhagic fevers imported into non-endemic countries: risk assessment and management. Br Med Bull 95:193-225.
18. Kuhn JH, Becker S, et al. (2010). Proposal for a revised taxonomy of the family Filoviridae: classification, names of taxa and viruses, and virus abbreviations. Archi Virol 155:2083-103.
19. Borchert M, Mutyaba, et al. (2011). Ebola haemorrhagic fever outbreak in Masindi District, Uganda: outbreak description and lessons learned. BMC Infect Dis 11:357.
20. Francesconi P, Yoti Z, et al. (2003). Ebola hemorrhagic fever transmission and risk factors of contacts, Uganda. Emerg Infect Dis 2003 9(11):1430-7.
21. ECDC. (2014). ECDC Technical report. Infection prevention and control measures for Ebola virus disease. Public health management of healthcare workers returning from Ebola-affected areas, 7 November 2014. http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/management-healthcare-workers-returning-Ebola-affected-areas.pdf
22. ECDC. (2014). Public health management of persons having had contact with Ebola virus disease cases in the EU. ECDC Technical report, November 2014. http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/ebola-public-health-contact-management-update-10-November.pdf
23. Commission E. Commission Directive 2004/33/EC of 22 March 2004 implementing Directive 2002/98/EC of the European Parliament and of the Council as regards certain technical requirements for blood and blood components (Text with EEA relevance) Official Journal L 091 , 30/03/2004 P. 0025 -0039; 2004 [cited 2014 31.07.2014]. http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32004L0033&from=EN

continua >

***

Visite specialistiche, una su dieci è inutile

Pazienti "a pezzi", milioni di visite e soldi sprecati. I medici internisti, in congresso a Roma, segnalano un'eccessiva frammentazione, che aumenta il numero di farmaci ed esami e allunga i tempi di diagnosi e degenza

Tra una visita e un'altra, in un anno ciascun italiano bussa allo studio di un medico specialista otto volte in media, per un totale di oltre 64 milioni di visite e circa un miliardo di spesa sanitaria. Le medie, anche in questo caso, vanno però prese con le molle perché c'è chi, come gli otto milioni di italiani che hanno più d'una malattia (prevalentemente over 55, ma non solo), deve impegnarsi in ancor più estenuanti pellegrinaggi. Per almeno uno su tre, però, il medico "giusto" sarebbe l'internista, che gestisce il paziente nella sua globalità. Invece, a oggi sono appena il 5 % le visite specialistiche che lo coinvolgono.

A segnalarlo sono proprio i medici internisti riuniti a Roma per il 115° Congresso nazionale della Società italiana di medicina interna (Simi), precisando che le visite internistiche dovrebbero essere almeno il 10% del totale per riuscire a dare risposte più adeguate ai malati e per contenere i costi correlati a terapie ed esami spesso inutili.

«Nel nostro Paese l'assistenza sanitaria continua a essere organizzata su un modello centrato su singoli apparati e singole malattie – spiega Gino Roberto Corazza, presidente Simi – mentre oggi l'emergenza da affrontare è rappresentata da un'epidemia di malati con due o più malattie croniche in grado di interferire l'una con l'altra, che andrebbero gestite con un approccio globale completamente diverso. Troppe visite specialistiche – aggiunge Corazza – significano sprechi economici per il Paese e soprattutto si traducono in un livello di inappropriatezza clinica nella gestione dei pazienti».

Gli esempi sono numerosi: in una cittadina da 80 mila abitanti come Como, dice il presidente Simi, si sono registrate nel 2013 ben 800 mila visite specialistiche; a Napoli sono oltre 250 mila, ma si stima che almeno il 20 % sia inutile; in Liguria si arriva alla media di 20 visite specialistiche all'anno per cittadino: «Un'enormità» commenta Corazza. «Tutto questo – aggiunge – però non significa appunto essere curati meglio: i pazienti visti "a pezzi" da troppi medici sono più spesso sottoposti a esami inappropriati o ripetuti, ma soprattutto a politerapie costose e perfino rischiose».

Secondo le stime della Simi sono oltre otto milioni gli italiani con due o più malattie croniche e anche se la maggioranza ha più di 55 anni e la vera "epidemia" riguarda gli over 65, perché in 4,5 milioni hanno almeno

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Ai Colli

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO PSICHIATRICO

Consorzio Ospedaliero Colibrì

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

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

Reparti di degenza

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

Ambulatori

-Psichiatria generale
-Dipendenze Patologiche
-Psicogeriatria
-Psichiatria Transculturale

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

due patologie da combattere, la vera emergenza sono i "giovani" fra 45 e 65 anni. In questa fascia d'età sono circa 2 milioni i pazienti con due o più malattie croniche, in continuo aumento come gli under 45 che raggiungono 1,5 milioni di casi.
«Oggi siamo sempre più spesso di fronte a una "nuova specie" di pazienti complessi – sostiene il presidente Simi – con un insieme di malattie che minacciano lo stato di salute complessivo e che non si possono affrontare applicando le linee guida per ogni singola patologia». Perciò «occorre un approccio onnicomprensivo diverso da quello specialistico – sostiene l'internista – che pure rimane insostituibile in molti casi particolari e procedure specifiche, ma vanno individuate le priorità e riconosciuta quale sia la malattia principale da affrontare. Non farlo significa rischiare di sottoporre persone anche giovani ad anni e anni di politerapie, che alla lunga possono provocare perfino effetti collaterali di non poco conto. "Tenere le fila" della condizione del malato complesso – conclude Corazza – è il ruolo degli internisti».

***

Elevato consumo latte non riduce fratture ma aumenta mortalità

Secondo uno studio pubblicato sul "British Medical Journal", un elevato consumo di latte non solo non riduce il rischio di frattura, ma può addirittura aumentare la mortalità. «Una dieta ricca in latticini viene consigliata per prevenire le fratture osteoporotiche, ma le ricerche sull'importanza del latte in termini di rischio fratturativo e mortalità danno risultati contrastanti» dice Karl Michaëlsson del Dipartimento di scienze chirurgiche all'Università di Uppsala in Svezia, che assieme ai colleghi ha verificato se un'alimentazione ricca di latte aumenta lo stress ossidativo incrementando il rischio di mortalità e fratture. «Ciò a causa degli elevati livelli di lattosio e galattosio, elementi che hanno dimostrato di aumentare l'infiammazione cronica nei modelli animali» spiegano gli autori, che hanno valutato i questionari sulla frequenza di assunzione di 96 alimenti tra cui latte, yogurt e formaggi, compilati da due coorti di cittadini svedesi: 61.433 donne e 45.339 uomini. I dati raccolti sono stati incrociati con stile di vita, peso e altezza, istruzione e stato civile, monitorando i registri nazionali per stimare fratture e mortalità. «Durante il follow up di 20 anni, 15.541 donne sono decedute e 17.252 hanno sofferto fratture» precisa Michaëlsson, sottolineando che nella coorte femminile non è stata osservata alcuna associazione tra riduzione del rischio fratturativo ed elevato consumo di latte. Anzi, chi ne beveva più di tre bicchieri al giorno, in media 680 ml, aveva un rischio maggiore di morte rispetto a chi consumava meno di un bicchiere al giorno, ovvero 60 ml. Gli uomini sono stati seguiti in media per 11 anni, durante i quali 10.112 soggetti sono morti e 5.066 hanno avuto fratture. «Anche nella coorte maschile la mortalità e il consumo di latte erano direttamente correlati, sebbene in modo meno evidente che nelle donne» riprende il ricercatore, concludendo che un maggior consumo di latte in maschi e femmine non riduce il rischio di frattura, ma aumenta quello di morte. «Questi risultati aprono interessanti possibilità sui potenziali danni causati dal latte» commenta in un editoriale Mary Schooling della City University a New York, osservando, tuttavia, che servono studi ulteriori sull'argomento, dato che gli autori sottolineano le difficoltà di una precisa valutazione della dieta seguita dai partecipanti avvisando di interpretare i loro dati con cautela. «Data la tendenza all'aumento del consumo di latte vaccino dovuta al progressivo sviluppo economico mondiale, la sua influenza sulla mortalità andrebbe stabilita con precisione» conclude la ricercatrice.

***

Resistenza agli antibiotici: emergenza sottovalutata

Nei Paesi dell'Unione europea, circa 25 mila pazienti muoiono ogni anno per infezioni da germi multiresistenti, con un costo associato di quasi due miliardi di euro. Se ne parla al XIII Congresso nazionale della Simit, Società italiana malattie infettive e Tropicali, aperto ieri a Genova. Tra i temi del congresso l'emergenza Ebola e un confronto sui batteri "cattivi", per colpa dei quali la sanità internazionale sta rischiando di perdere la sfida sul fronte degli antibiotici.
Emergenza Europa
Il fenomeno dell'antibioticoresistenza ha carattere universale, ma in Italia il quadro è decisamente più preoccupante, infatti il consumo di farmaci antibiotici è uno dei più alti in Europa ed è attualmente in corso un'epidemia a livello nazionale di infezioni da Enterobacteriaceae produttrici di carbapenemasi, in particolare Klebsiella pneumoniae, il cui tasso di resistenza ai carbapenemi è passato fra il 2009 ed il 2012 dall'1,7% al 29%. Per controllare la diffusione delle resistenze – dicono gli esperti – è assolutamente necessario intervenire adottando strategie per promuovere l'uso appropriato di antibiotici e a limitare la diffusione dei germi multiresistenti, in particolare attraverso la corretta igiene delle mani e le altre procedure igieniche per il controllo della trasmissione degli agenti infettivi. «Le cause alla base di questo fenomeno sono molteplici – spiega Massimo Andreoni, primario di malattie infettive al Policlinico universitario Tor

Vergata di Roma e presidente Simit – ma un ruolo particolare gioca l'uso inappropriato di antibiotici». In aumento nel nostro Paese soprattutto le infezioni causate da interventi e procedure medico-chirurgiche, ma più in generale legate alle pratiche assistenziali. Alcune pratiche mediche più invasive e complesse, come i trapianti, che sono molto spesso complicate da infezioni, potrebbero essere non più realizzabili in futuro per colpa dei germi resistenti ai farmaci che stanno iniziando a diffondersi anche fuori dagli ospedali.

Un danno a lungo termine

«Gli antibiotici – afferma Gianni Cassola, uno dei presidenti del congresso – sono l'unico farmaco il cui cattivo uso si riflette non tanto sul paziente che lo sta assumendo, quanto sugli altri pazienti e sulle generazioni future. Occorre prestare maggiore attenzione, inoltre, all'uso degli antibiotici in agricoltura e nell'allevamento, anche se negli ultimi anni la sperimentazione e lo sviluppo di nuovi farmaci hanno subito un drastico calo».

In questo scenario, spiegano gli esperti, un ruolo sempre più rilevante deve essere svolto da tutte le strutture di malattie infettive presenti in Italia che devono gestire non solo i casi sempre più frequenti di pazienti con infezioni gravi, ma anche l'uso appropriato di antibiotici all'interno dell'ospedale. Si sottolinea quindi l'esigenza di potenziare la rete infettivologica per assicurare la presenza di strutture di malattie infettive in tutti gli ospedali. Per la regolamentazione dell'uso degli antibiotici, sarebbe auspicabile aumentare la presenza di specialisti che li sanno usare, e quindi gli infettivologi, scrivere regole apposite, sorvegliare che queste siano rispettate, usare lo specialista per confermare le terapie, impiegare sistemi computerizzati che negano l'antibiotico in caso di uso scorretto, sorvegliare l'uso in tempo reale, sollecitare anche le farmacie per un ulteriore rispetto delle indicazioni.

***

Proposta EMA per evitare casi di duplicazione su studi clinici nei bambini

L'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) presenta un "piano unico di sviluppo" da adottare in tutta l'Unione Europea, una soluzione armonica per tutte le aziende farmaceutiche che producono vaccini, al fine di indirizzarle correttamente proprio nelle delicate fasi dello sviluppo di nuovi vaccini realizzati per proteggere i bambini contro difterite, tetano e pertosse acellulare (tosse convulsa).

Nello specifico, la proposta mira ad armonizzare le modalità di sviluppo dei prodotti al fine di evitare da un lato la duplicazione delle sperimentazioni cliniche simili, dall'altro l'inutile esposizione dei bambini alle sperimentazioni cliniche.

I programmi di vaccinazione dei bambini contro la difterite, il tetano e la pertosse acellulare sono eseguiti di routine in tutta l'UE ed hanno permesso di tenere sotto controllo queste tre malattie infettive.

Anche se i programmi di vaccinazione per i bambini presentano caratteristiche leggermente diverse nei vari Paesi, un gran numero di studi clinici vengono condotti sui bambini con caratteristiche molto simili in occasione del lancio di un nuovo vaccino.

Il Comitato Pediatrico dell'EMA (PDCO) e il Comitato per i Medicinali per Uso Umano (CHMP), in collaborazione con il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC), hanno definito una tabella di marcia unica per gli studi clinici sui bambini che si propone di produrre dati relativi ai vari programmi di vaccinazione presenti nei singoli Stati membri europei.

Nel definire il piano di sviluppo unico l'EMA e l'ECDC hanno consultato un panel di esperti sui vaccini che hanno approvato la proposta. Il programma consiste in due prime dosi in corrispondenza dei due e quattro mesi di età e in una dose di richiamo ai 12 mesi di età. Ulteriori studi potranno essere richiesti se i vaccini sono somministrati insieme a un altro vaccino, come quello contro il meningococco o contro il rotavirus.

***

Energy drinks? No grazie

Una lattina di un energy drink può contenerne anche 150 milligrammi di caffeina, contro i 40-100 di un espresso. Troppi anche per un adulto sano. Si può quindi capire quali negativi effetti esercitino queste bevande nei confronti degli adolescenti ed ancor di più nei bambini. Negli Stati Uniti si registra un aumento preoccupante delle intossicazioni causate da energy drink nei bambini con meno di sei anni. Stando a quanto riportato all'ultimo convegno dell'American Heart Association, dal 2010 al 2013 le telefonate ai centri antiveleni telefonici sono state più di 5.100; in pratica in quattro segnalazioni su 10 fra quelle che riguardavano queste bevande la vittima era un bambino. Il dato complessivo, inoltre, è certamente maggiore, perché lo studio non ha considerato i casi giunti direttamente in un ospedale o in un pronto soccorso, né quelli sottoposti a medici sul territorio, né tantomeno quelli (probabilmente numerosi) di bambini che in seguito ai malesseri non hanno ricevuto nessuna assistenza medica. I

sintomi più comuni sono: manifestazioni neurologiche (convulsioni, agitazione), alterazioni del battito o della funzione cardiaca e disturbi digestivi. In diverse occasioni, le condizioni dei bambini sono state definite gravi. Il principale ingrediente accusa è la caffeina, contenuta in queste bevande in quantità equivalenti a diverse tazzine di caffè. Per un bambino può risultare tossica anche una dose superiore a 2,5 milligrammi per chilogrammo di peso corporeo. Particolare cautela dovrebbero prestare anche gli adulti con problemi cardiaci o neurologici. La caffeina comunque non è il solo componente a preoccupare. I medici di Detroit, infatti, fanno notare che gli energy drink contengono anche altre sostanze la cui sicurezza non è stata testata nei bambini. Lo studio rileva infine che il 40 per cento delle intossicazioni era dovuto all'ingestione non volontaria di bevande energizzanti. All'origine di questo dato potrebbe esserci il fatto che spesso gli energy drink sono considerati semplici bibite. Questo fraintendimento, del resto, è molto comune anche da noi: nei mesi scorsi uno studio dell'Università di Catanzaro, che ha coinvolto 870 studenti delle scuole superiori della Calabria, ha rivelato che appena il 13 per cento dei ragazzi era consapevole dell'elevato contenuto di caffeina presente in questi prodotti. Molti, invece, li consideravano al pari di un'aranciata o di un integratore idrosalino, del tipo di quelli che si assumono dopo aver fatto sport.

***

Il grasso indesiderato può essere utilizzato ai fini estetici

Il tessuto adiposo del nostro corpo può diventare una fonte di bellezza e salute. I chili di troppo non vengono visti solo come un problema estetico ma come una risorsa da cui poter estrarre le cellule staminali adulte utilizzate per rigenerare i tessuti. Lo scopo, infatti, è quello di restituire funzione e integrità a tessuti danneggiati, attraverso l'impiego di quello che il nostro corpo produce. Valerio Cervelli, Direttore della Cattedra di Chirurgia Plastica dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata", racconta come queste cellule abbiano trovato impiego nella chirurgia plastica: "con una liposuzione possiamo prelevare il tessuto adiposo, che attraverso un processo di filtrazione meccanica, consentirà di avere le cellule necessarie alla rigenerazione dei tessuti". In questo modo andiamo a utilizzare le cellule dello stesso paziente non solo per riempire, come nel caso di seno o viso, o per il ringiovanimento della pelle, ma anche per combattere un problema di difficile soluzione come l'alopecia. A questo grasso vengono aggiunte le cellule staminali e i fattori di crescita che agiscono come comando capace di dare indicazioni precise al tessuto adiposo ottenendo il risultato sperato e consentendo un minor riassorbimento. "I risultati – spiega il professor Cervelli – hanno mostrato un maggior mantenimento nel tempo del volume mammario. In questo modo abbiamo dimostrato quanto le due innovative tecniche siano sicure, dopo un follow up di 8 anni, e di straordinaria efficacia".

***

Obbligo di indicare gli allergeni nei menu dei ristoranti

Il 13 dicembre scorso è stata la scadenza entro la quale tutti i ristoranti si dovevano adeguare alla nuova normativa che prevede l'obbligo di indicare in menu tutti i possibili allergeni contenuti nei piatti proposti. Si tratta di aderire al Regolamento Ue n. 1169 del 2011 sulle etichettature degli alimenti, teso a garantire maggiore trasparenza agli avventori di ristoranti e tavole calde. Il regolamento è stato approvato ormai tre anni fa e il 13 dicembre è entrato in vigore automaticamente.Tuttavia è in atto un teso braccio di ferro tra le associazioni in difesa delle persone allergiche e quelle che rappresentano gli esercenti nel settore della ristorazione collettiva.Federasma e allergie onlus ha indirizzato al premier Matteo Renzi e ai ministri della Salute Beatrice Lorenzin e dello Sviluppo economico Federica Guidi una missiva per chiedere a gran voce di non prorogare l'entrata in vigore di questo provvedimento, proprio come invece richiesto da Fipe Confcommercio, che ha proposto anche di poter comunicare eventuali allergeni a voce e non per iscritto (eventualità non esclusa dal regolamento europeo e messa in pratica in altri Paesi) al fine di tutelare la varietà delle pietanze proposte nei ristoranti italiani.

***

Pelle artificiale termo ed igrosensibile

Una pelle sintetica sviluppata dai ricercatori in Corea del Sud ha capacità utili per realizzare un giorno mani prostetiche robotiche. Il materiale realizzato è in grado di unire la capacità di sentire la pressione, la temperatura e l'umidità. I loro creatori l'hanno testata in molte situazioni tipiche come tenere tazze fredde o bollenti, muovere le mani e persino distinguere un pannolino bagnato da uno asciutto. Tutto grazie al materiale che stato utilizzato per realizzare questa pelle artificiale. "Il grosso di questa nuova

pelle è composta da un materiale trasparente e flessibile ti tipo siliconoide chiamato polidimetilsiloxano o PDMS. Al suo interno ci sono dei filamenti che generano elettricità se sono stirati o schiacciati, fornendo una fonte di feedback tattile. Sono anche sensibili a contatto con un oggetto caldo o freddo. I sensori di umidità sono realizzati da capacitori. Quando i polimeri attorno ad un capacitore assorbono acqua, c'è un cambiamento nella capacità di immagazzinare una carica. I capacitori misurano i cambiamenti di immagazzinamento per determinare i livelli di umidità nell'ambiente". Però prima che la pelle artificiale venga usata come protesi, gli scienziati dovranno pensare a come interfacciarsi con il cervello. Sarà questa la nuova sfida.

***

Nell'intestino la chiave dell'obesità

Nell'intestino ci sarebbe l'arma segreta per combattere il sovrappeso e il diabete di tipo 2. A dirlo è uno studio pubblicato su "Nature Communication" dai ricercatori dell'Università Cattolica di Louvain, in Belgio. Dallo studio è emersa l'efficacia della disattivazione della proteina MyD88, che produce un miglioramento del metabolismo e un aumento del dispendio energetico basale. Gli scienziati hanno effettuato una sperimentazione inducendo una condizione di obesità su un gruppo di topi attraverso un'alimentazione ricca di grassi. In seguito hanno causato una mutazione utile a disattivare la proteina MyD88, verificando la successiva alterazione del sistema immunitario dell'intestino e la riduzione dell'infiammazione provocata dall'obesità. I topi nei cui intestini non è attiva la proteina godono di una protezione nei confronti dell'obesità dal momento che consumano più energia degli altri. Lo studio ha anche dimostrato che l'innesto di batteri intestinali provenienti da questi topi in altri esemplari privi di flora batterica determina una protezione parziale contro l'obesità e il diabete. La ricerca potrebbe avere ripercussioni importanti per più di 4 italiani su 10, dal momento che il 42 per cento della popolazione si trova in una condizione di eccesso di peso. Nella fascia d'età fra i 65 e i 75 anni la percentuale sale al 60 per cento."Per la prima volta si mostra che il sistema immunitario intestinale svolge un ruolo nella regolazione del peso", spiega uno degli autori della ricerca, Patrice D. Cani.

***

Over 75: dieci anni di vita in più con un semplice intervento

Oltre 150mila over 75 con una malattia delle valvole cardiache potrebbero vedere l'aspettativa di vita allungata di dieci anni con un intervento al cuore poco invasivo e con un rischio minimo. Lo hanno affermato gli esperti della Società Italiana di Cardiologia (Sic) durante la conferenza stampa per il congresso numero 75 che si è tenuto recentemente a Roma."Si tratta di persone che per i chirurghi non sono operabili – spiega Francesco Romeo, presidente eletto della Sic – Questi pazienti in assenza di interventi hanno un'aspettativa di vita di 1-2 anni, mentre ora sappiamo che con le tecniche interventistiche percutanee miniinvasive possiamo allungarla anche di dieci anni, in assenza di altre patologie. In Italia se ne fanno solo 2200, mentre ad esempio in Germania 25mila". Per promuovere questo tipo di intervento la Sic ha lanciato durante il congresso il programma 'One valve one life', dedicato proprio a garantire l'accesso a questa terapia salvavita a una platea più ampia di persone. Iniziative come questa, ha aggiunt Romeo, possono contribuire a far aumentare l'aspettativa di vita, i cui progressi negli ultimi decenni sono dovuti già all'80% alla cardiologia. "Bisogna lavorare su un miglioramento degli stili di vita, a cominciare dal controllo del colesterolo – sottolinea – e una maggiore introduzione della genetica anche nelle nostre discipline. Oggi sappiamo che una persona che consideriamo non a rischio infarto per i fattori ambientali potrebbe invece avere delle caratteristiche del Dna che lo rendono suscettibile, è il momento di introdurre questi test, come fanno già gli oncologi, rendendo le terapie personalizzate".

***

Aumentano i disturbi psichiatrici tra gli immigrati

A denunciarlo la Società Italiana di Psichiatria che sottolinea la necessità di piani di interventi mirati e annuncia una proposta sulla questione da presentare al ministro Lorenzin. Causa primaria dell'aumento dei disturbi, spiegano gli esperti in occasione della Conferenza nazionale, "sono le esperienze tragiche che determinano in moltissimi immigrati che giungono sulle nostre coste dei gravi disturbi da stress post-traumatico". Altra emergenza, avvertono gli specialisti, è quella del crescente abuso di alcol, "con risposte particolarmente violente". Sono quindi necessari "interventi sanitari mirati, considerando oltretutto il fatto – sottolineano gli psichiatri – che per ragioni metaboliche la risposta ai farmaci è diversa tra le varie etnie, e ciò richiede una formazione particolare anche da parte dei medici".

***

Fumare fa perdere il cromosoma Y negli uomini

Gli uomini che fumano hanno un rischio di tre volte superiore di perdere il cromosoma maschile. Colpa proprio della sigaretta che provoca, come è già noto da anni, danni genetici. A suggerire questa circostanza, che spiegherebbe perché gli uomini sono più esposti al rischio di tumore ai polmoni, è uno studio apparso sulle pagine di "Science" e condotta da Jan Dumanski e Lars Forsberg dell'università svedese di Uppsala. Gli scienziati hanno analizzato i parametri legati alla salute, l'età, le abitudini alimentari, lo stile di vita, il livello di educazione di più di seimila persone e hanno concluso che i cromosomi Y scompaiono più frequentemente nelle cellule del sangue dei soggetti fumatori rispetto ai non fumatori o a chi aveva smesso di fumare. Dire addio alle amate bionde, infatti, sembra portare ad un'inversione di questo processo e favorirebbe un recupero dei cromosomi Y perduti. Al punto tale che dopo un certo periodo di astensione non esisterebbero più differenze tra ex fumatori e non fumatori. In generale, fumare sarebbe associato ad un maggiore rischio di perdita del cromosoma Y, di avere un'inferiore aspettativa di vita e di incorrere in un tumore con maggiore probabilità rispetto ad un non fumatore. Gli scienziati non sono sicuri che la perdita del cromosoma Y nelle cellule del sangue sia collegata allo sviluppo del cancro, sebbene una possibilità è che le cellule immunitarie nel sangue che hanno perduto il cromosoma Y possano veder ridurre la capacità di combattere le cellule del tumore.

***

Anticorpi monoclonali contro l'ipertensione

Un nuovo meccanismo molecolare coinvolto nell'ipertensione arteriosa è stato scoperto dai ricercatori del Dipartimento di Angiocardioneurologia dell'I.R.C.C.S. Neuromed di Pozzilli (IS). Pubblicato sul prestigioso giornale scientifico "Immunity", appartenente al gruppo Cell press, lo studio ha puntato la sua attenzione su una proteina, il Fattore di crescita placentare (PlGF, nella denominazione inglese) che, secondo i risultati della ricerca, potrebbe diventare un nuovo bersaglio per terapie più efficaci nel controllare uno dei più importanti problemi di salute pubblica. L'ipertensione arteriosa colpisce circa un miliardo di persone a livello mondiale e rappresenta uno dei principali fattori di rischio per ictus cerebrale, infarto, insufficienza cardiaca, malattie renali e altre patologie. È anche una condizione difficile da trattare: nonostante esistano varie strategie terapeutiche, le percentuali di persone che presentano una ipertensione non adeguatamente controllata sono molto alte ed in continuo aumento. "La situazione dell'ipertensione – dice Giuseppe Lembo, Professore nella Facoltà di Medicina dell'Università La Sapienza di Roma e Direttore del Dipartimento di Angiocardioneurologia del Neuromed – sta certamente diventando allarmante in tutto il mondo. Per questo motivo sono necessarie nuove strategie, capaci di affrontare questa condizione in modo innovativo e con maggiore efficacia". Lo studio condotto dal centro di ricerca molisano va in questa direzione, puntando su un concetto che si sta affermando negli ultimi anni e che vede il sistema immunitario giocare un ruolo importante nel dare origine alla pressione arteriosa elevata. Nella ricerca l'attenzione si è concentrata sul Fattore di crescita placentare. Questa molecola, presente sia nel sistema cardiovascolare che in quello immunitario, è già conosciuta in medicina perché implicata in diverse patologie, ad esempio nella crescita dei vasi sanguigni all'interno dei tumori, nella degenerazione maculare legata all'età (una malattia degli occhi) o nell'ipertensione in gravidanza. Altre osservazioni fatte in passato dimostrano inoltre un suo ruolo nell'innalzare la pressione arteriosa sotto determinate condizioni sperimentali. L'ipotesi sulla quale si sono basati gli autori della ricerca era che il PlGF potesse essere uno dei principali protagonisti nel mediare il rapporto tra sistema immunitario e ipertensione. Nel corso dei loro esperimenti hanno prima di tutto dimostrato che topi geneticamente privi di PlGF non sviluppavano pressione alta dopo il trattamento con angiotensina II, un ormone che causa proprio l'innalzamento dei valori pressori. Successivamente i ricercatori hanno evidenziato come il PlGF sia uno dei più importanti fattori in gioco nell'attivazione dei linfociti T all'interno della milza e nella loro successiva migrazione verso i vasi sanguigni e verso gli organi che tipicamente vengono danneggiati dall'ipertensione. Proprio la milza emerge quindi come un organo molto importante in questo processo. Secondo lo studio pubblicato su "Immunity", è qui infatti che il sistema nervoso agisce sui livelli di PlGF e, attraverso questa molecola, sull'attivazione dei linfociti T. "Il PlGF – dice Daniela Carnevale, ricercatrice dell'Università La Sapienza di Roma presso il Dipartimento di Angio-Cardio-Neurologia dell'IRCCS Neuromed, prima autrice dello studio – si configura come un elemento chiave nel legame tra sistema nervoso, sistema immunitario e ipertensione. È un'osservazione molto promettente perché esistono già anticorpi monoclonali anti-PlGF, oggi usati contro la crescita tumorale e per il trattamento della degenerazione maculare legata all'età. Abbiamo quindi la possibilità di iniziare rapidamente esperimenti in cui testare l'efficacia di questi farmaci, capaci di bloccare il PlGF, anche contro l'ipertensione".

***

Cellulare lontano se vuoi lavorare

Il cellulare può provocare distrazione anche se non lo si usa. Uno studio della University of Southern Maine (Usa) ha infatti dimostrato che anche la semplice vista del telefonino ha la capacità di distrarre le persone. I risultati dello studio, riportati dal quotidiano britannico "Daily Mail", suggeriscono che quando si esegue un compito complesso è più difficile portarlo a termine con successo se si ha sott'occhio il cellulare. Coloro invece che lo mettono in tasca o in borsa hanno ottenuto risultati, in media, del 20 per cento più positivi perché maggiormente concentrati. Secondo i ricercatori, se bisogna fare un lavoro e lo si vuole fare bene la soluzione è spegnere il cellulare. Per arrivare a queste conclusioni i ricercatori hanno chiesto a due gruppi di studenti di svolgere due compiti diversi, uno dei quali più complicato rispetto all'altro. Durante entrambi gli esperimenti la metà degli studenti ha tenuto i cellulari sulla scrivania, l'altra metà lo ha riposto lontano. Dai risultati è emerso che coloro che non hanno visto i telefoni hanno fatto meglio. "I nostri risultati suggeriscono che la sola presenza di un telefono cellulare può bastare a distrarre e diminuire l'attenzione e di conseguenza le prestazioni, in particolare nei compiti che richiedono una maggiore concentrazione", ha concluso Bill Thornton, autore principale dello studio.

***

Antibioticoresistenza in forte aumento

Il rapporto dell'European Center for Deseases Control boccia su tutti i fronti l'Italia per essere il paese europeo con la più alta percentuale di resistenza agli antibiotici.Il comportamento scorretto e l'abuso di antibiotici causa però problemi non solo su scala nazionale, il Bel Paese infatti è responsabile in gran parte insieme alla Grecia dell'aumento della resistenza batterica. In particolare si osserva che l'Escherichia coli è sempre più indifferente ai fluorochinoloni ed alle cefalosporine di terza generazione, che risulta essere inutile anche per la Klebsiella pneumoniae. "Per comprendere l'estensione e la velocità di propagazione

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 SABATINI, 3 40133 BOLOGNA 05119980051 info@gafemar.it
Riferimento: Giuseppe Verardi 3384058137
Gafemar srl è un Intermediario Assicurativo iscritto al Registro IVASS (RUI) al n. A000348325

del fenomeno della resistenza ai carbapenemi in Italia – evidenzia l'Iss – basta pensare che nel 2008 meno dell'1% delle Klebsielle era resistente. La percentuale è diventata del 15% nel 2010, 29% nel 2012 e 35% nel 2013. "I carbapenemi sono antibiotici di ultima risorsa, dei veri salvavita per infezioni già resistenti alla maggior parte degli antibiotici disponibili. La resistenza ai carbapenemi vuol dire una mortalità in eccesso di almeno il 30%, ma che sale in caso di pazienti particolarmente fragili. Un altro problema in Italia è che più del 50% degli Acinetobacter isolati sono oramai resistenti ai fluorochinoloni, agli aminoglicosidi ed ai carbapenemi. Una percentuale alta di resistenza batterica, il 35%, anche per lo Stafilococcus aureus nei confronti della meticillina (i batteri MRSA). L'unico modo per cambiare verso a questo trend estremamente pericoloso per la salute pubblica è un cambio culturale nella gestione dell'uso degli antibiotici nel territorio e strategie efficaci nel controllo della diffusione dei batteri multiresistenti in ospedali e strutture di assistenza.

***

Niente pc o tablet a letto

La camera da letto dovrebbe essere interdetta alle apparecchiature tecnologiche. Ad invitare le persone a rendere la propria camera da letto un luogo "tech free" sono i chiropratici inglesi, che precisano come negli ultimi tempi si sia registrato un aumento dell'incidenza di disturbi al collo e alla schiena causata molto probabilmente dalla scorretta postura assunta per guardare film o video sui tablet mentre si è a letto. Insomma, i tanti che la sera si mettono sotto le coperte e ne approfittano per guardare un film sul pc o per giocare sul tablet sono avvertiti: a lungo andare si rischiano problemi alla schiena perché la posizione assunta mentre si è a letto tende a far piegare in avanti la parte superiore della colonna vertebrale e irrigidire il collo, senza contare che spesso ci appoggiamo al cuscino in modo scorretto. Ma fare a meno dei dispositivi tecnologici in camera da letto offrirebbe vantaggi anche rispetto alla qualità del sonno: spesso non si riesce a dormire e così si accende il tablet per ingannare il tempo, sperando di favorire il sonno, invece è un errore perché la luce e lo strumento in sé stimolano ancora di più il cervello. Un circolo vizioso, perché si spegne il tablet sperando di dormire, non si riesce a farlo a causa dell'eccessivo stimolo ricevuto fino a quel momento, e si riaccende il tablet o lo smartphone.

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

***

Il 60% delle gravide non si consulta con il proprio medico

Nell'ultimo anno il 59% delle donne non ha mai consultato il proprio medico di fiducia per chiedere consigli su come affrontare la gravidanza. Un momento vissuto come un evento naturale della vita, che non ha bisogno dell'intervento medico fino a che non si instaura. Ma i numeri mostrano che ridurre le cattive abitudini anche prima della gravidanza può ridurre eventuali problemi: se una donna non fuma riduce il rischio di infertilità di circa il 30%, e di avere un neonato prematuro di circa il 25%. Assumere acido folico durante l'età fertile prima della gravidanza e nel primo trimestre, riduce il rischio del 72% di anencefalia e spina bifida (due gravi malformazioni del sistema nervoso centrale). Tutti esempi poco noti e messi in pratica. Numeri e considerazioni che segnalano una scarsa cultura preconcezionale e che sono emersi durante il workshop "La salute della coppia prima della gravidanza: conoscere per comunicare", organizzato da Agenas. Dal focus è emerso come "le donne non comunicano al ginecologo o al proprio medico di famiglia, ma neppure alle persone a loro vicine, che stanno cercando di avere un bambino, considerandolo un fatto strettamente privato". Il web si conferma il luogo riservato alle domande 'leggere', ma anche al confronto delle esperienze e delle informazioni ricevute. "La coppia – ha sottolineato il direttore generale di Agenas, Francesco Bevere – necessita di essere accompagnata in un percorso informativo ben strutturato, oltre che mediato da un contatto diretto con gli operatori sanitari, anche attingendo informazioni da siti attendibili ed ufficiali".

***

Nei vaccini le future cure per i tumori

Grazie a un ambizioso progetto finanziato dall'UE, sono in fase di sviluppo vaccini personalizzati per curare i pazienti affetti da glioblastoma, una delle forme più aggressive di tumore al cervello. Gli studi clinici appena avviati forniranno ai ricercatori una comprensione più chiara di come affrontare al meglio i singoli tumori. Il progetto GAPVAC è la prima iniziativa finanziata dall'UE mirata allo sviluppo di vaccini personalizzati per curare questa forma di tumore cerebrale. Vi è una pressante necessità di migliorare le cure in questo campo, poiché le terapie attualmente disponibili hanno uno scarso effetto sulla sopravvivenza. Le attuali terapie funzionano adattando il trattamento del paziente ai farmaci esistenti. Invece, il progetto GAPVAC mira a sviluppare terapie personalizzate per ogni paziente, identificando e prendendo di mira singole mutazioni cellulari. I ricercatori del progetto stanno adesso raccogliendo importanti informazioni genetiche da un gruppo scelto di pazienti affetti da glioblastoma. Lo screening dei primi pazienti per questo esperimento è stato avviato di recente in Germania, all'Ospedale universitario di Heidelberg e in quello di Tubinga. I ricercatori identificheranno geni espressi nei tumori, peptidi presentati sul recettore dell'antigene umano leucocitario (HLA), mutazioni specifiche del cancro e la capacità del sistema immunitario di lanciare una risposta ad alcuni antigeni. Sulla base di queste informazioni saranno quindi somministrati due cocktail di vaccini. Il primo vaccino sarà una selezione di peptidi su misura, basata sul profilo bersaglio del particolare tessuto tumorale e sulla capacità del sistema immunitario del soggetto di indurre una risposta ai bersagli scelti. Il secondo vaccino si baserà su un'analisi genetica del paziente e prenderà fondamentalmente di mira le mutazioni che avvengono nel tumore, ma non nel tessuto sano. Con l'avvio degli studi clinici sui pazienti, GAPVAC rappresenta un'importante pietra miliare nello sviluppo delle terapie personalizzate per il cancro. I ricercatori sono sempre più convinti che le terapie personalizzate come questa porteranno a trattamenti più efficaci e saranno meno dannose per le cellule sane. Infatti, un obbiettivo chiave del progetto è non solo quello di mostrare che la medicina personalizzata favorisce un miglior controllo della malattia e tassi di sopravvivenza più lunghi, ma anche che i vaccini personalizzati rappresentano una soluzione pratica e possibile. "L'idea alla base dell'esperimento è la giusta combinazione di scienza eccezionale e un protocollo rigoroso per curare una malattia per la quale le strategie troppo semplificate in passato hanno fallito", dice il professor Wolfgang Wick, direttore della Clinica neurologica dell'Università di Heidelberg. "L'approccio scientifico di questa sperimentazione offre la possibilità a ciascun paziente coinvolto di ottenere dei benefici clinici. Inoltre, impareremo molto per gli studi futuri nel campo dell'immunoterapia, creando un collegamento tra la precisione della medicina genomica e l'immunoterapia."

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 4 dicembre 2014

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
AMABILE ANNALISA	Via E.Levante, 57 – Bologna	328/92.24.138
ANELLI LORENZO	Via Gramsci, 4 – Argelato (Bo)	320/87.09.962
BARDASI GIULIA	Via Calindri, 62 – San Lazzaro di Savena	320/72.82.860
BELLIA FEDERICA LIVIA MARIA	Via Zanotti, 1 – Bologna	388/90.64.384
BENNI ELISA	Via S.Savino, 43/b – Crespellano Valsamoggia	051/96.05.89 338/45.34.274
BERTONCELLI MARCO	Via P.Mengoli, 31/2 – Bologna	051/71.67.565 339/22.98.893
BERTONCELLI SARA	Via R.Mondolfo, 9 – Bologna	051/45.26.17 340/54.22.924
BRISIGOTTI ERIC	Via G.Massarenti, 268 – Bologna	339/79.94.994
BUGANI GIULIA	Via A.Costa, 14 – Ozzano dell'Emilia	051/79.97.89 340/666.05.53
CALABRO' TERESA	Via A.Costa, 208 – Bologna	338/18.45.257
CALO' EMANUELA	Via C.Palese, 9/b – S.Pietro inCasale	320/70.48.442
CASTELLUCCI ANDREA	Via Zanolini, 30 – Bologna	051/24.10.77 349/66.67.491
CIBIN GIORGIA	Via Monti, 21 – Rovigo	340/37.77.987
CINOCCA SERGIO	Via XXI Aprile 1945, 9 – Bologna	338/61.00.675
CORAZZA FRANCESCO	Via Dagnini, 36 – Bologna	051/44.11.18 347/11.89.193
DALLARI FRANCESCA LYDA	P.zza la Veneta, 5 – Bolo gna	338/80.97.005
DALL'O' FRANCESCA	Via di Corticella, 208 – Bologna	338/90.70.262
D'ANGELO MAURA IDA	Via Saragozza, 157 – Bologna	347/87.66.053
DEGLI ESPOSTI MATTEO	Via del Meloncello, 16/2 – Bologna	051/43.18.11 328/30.63.971 339/36.96.556
DELL'AERA DOMINICA	Via dei Bersaglieri, 5 – Bologna	051/64.86.093 333/95.37.554
DI CIOMMO MARIA LUISA	Via Chiudare, 3 – Bologna	347/23.03.113
GHEDINI SILVIA	Via Yuri Gagarin, 28 – Sasso Marconi	051/84.50.84 333/96.88.366
GIOVANNARDI GIULIA	Via P.Palagi, 3 – Bologna	338/86.44.672
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	346/94.79.582
GRAZIANO DANIELE	Via S.Pertini, 1 – Ozzano dell'Emilia	051/79.63.58 333/74.94.082
GUIDI MARIAPAOLA	Via Zanicheli, 122/A- S.Pietro in Casale	339/18.24.102
KHATTAB KHALED	Via del Carpentiere, 32 – Bologna	389/16.58.401
LAI EMANUELE	Via della Resistenza, 24 – Bazzano	051/83.19.28 347/68.39.429
LAMBERTINI MARTINA	Via Martiri di Pizzolcalvo, 89 – S.Lazzaro di S.	051/62.52.209 348/88.13.162
LONETTI CARLO	Via Massarenti, 114 – Bologna	340/30.09.554
LORETI ALICE	Via S.Francesco, 894 – Mordano	333/14.59.819
LOVATI VALENTINA	Via Fossolo, 9 – Bologna	333/44.14.681
MAGANI GABRIELE	Via Taddeo Alderotti, 2 – Bologna	349/13.35.956
MARSIGLI FEDERICA	Via Allende, 4 – Bologna	051/62.40.472 346/73.86.400
MITROTTA FRANCESCO	Via Fiorita, 4 – Bologna	347/06.34.261
MOLINAROLI ENRICO	V.le Oriani, 37 – Bologna	051/39.24.31 340/55.73.211
MUNGARI ROBERTA	Via della Torretta, 18 – Bologna	051/51.89.91 388/15.57.384

PASQUALI MILENA	Via Garbesi, 19 – Imola	333/67.45.390
RAVALDI ELISA	Via Fluno, 118 – Mordano	0542/25.22.79
		339/80.63.339
		377/99.96.224
RISO DONATELLA	Via Guelfa, 54/3 – Bologna	051/53.00.37
		347/59.85.267
ROTUNDO MARIAGRAZIA	Via Massarenti, 208 – Bologna	393/43.23.704
SANTI ERICA	Via S.Rocco,9 – Bologna	051/64.90.716
		338/56.85.144
SECLI' STEFANO	Via E.Curiel, 4 – Bologna	328/75.19.372
SGRO' FEDERICA	Via A.Albertazzi, 39 – Bologna	338/74.87.968
SHEHU ALBA	Via Gemito, 7 – Bologna	320/96.49.062
STEFANINI LAURA	V.le Silvani, 3/6 – Bologna	342/12.75.690
		349/42.20.898
URSO RICCARDO	V.lo Mandria, 3 – Bologna	393/56.52.263
VAISFELD ALESSANDRO	Via Nosadella, 45 – Bologna	338/46.06.516
VALLI VITORIO	Via S.Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23
VAZZANA MASSIMO	Via B.Cellini, 9 – Bologna	328/14.56.703
VERACINI EZIO	Via delle Lame, 73 – Bologna	340/07.80.755
VOLPI SARA	Via P.Micca, 13/3 – Casalecchio di Reno	051/57.17.61
		349/44.36.290
ZANETTI ISABELLA	Via Porrettana, 12 – Bologna	340/29.84.424

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
BAGNATO FRANCESCA	Medicina Interna indirizzo Medicina di urgenza	338/39.99.669
BARBARO VALERIA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	051/57.06.90
		349/84.86.125
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
GALLI ALESSANDRO	Odontoiatra	320/71.31.656
GURIOLI CARLOTTA	Dermatologia e Venerologia	338/13.73.613
LACAVA ILARIA	Medicina del Lavoro	333/15.77.752
MAGAGNI GABRIELE	Corso di Formaziuone in Medicina Generale	349/13.35.956
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva Medico Competente	
	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/44.32.41
		339/48.19.676
MINELLI PAOLO	Pediatria	051/32.75.16
		338/88.65.361
MONTANARI MARA	Nefrologia	349/16.05.656
NAZIONALE IMMACOLATA	Gastroenterologia	347/36.29.125
OLMI RUGGERO	Ortopedia e Traumatologia	338/76.74.267
PALUMBO BENEDETTA	Odontoiatra	051/30.38.96
		338/33.64.432
PAVIA STEFANIA	Chirurgia Pediatrica	338/68.62.263
PICCOLI LIDIA	Chirurgia Generale	0721/82.33.30
		347/59.17.472
TERLIZZI ROSSANA	Neurologia	393/56.76.764
UBALDI GIULIA	Nefrologia	339/89.20.554
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

PIANO FORMATIVO ECM 2015

I corsi si terranno presso la sede dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Bologna

Data: mercoledì 18.03.2015 (I trimestre)

Titolo: L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ SANITARIA: EVOLUZIONE GIURISPRUDENZIALE E LEGGE BALDUZZI

Obiettivo formativo: contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica.
Relatori: Dott. Luigi Mastroroberto
Durata: 3 ore
Numero partecipanti: 30
Crediti: 3,5
Professione: Medico-Chirurgo-Odontoiatra

Data: mercoledì 10.06.2015

Titolo: I MODELLI DIAGNOSTICI IN PSICHIATRIA: ALCUNE RIFLESSIONI SUI LORO USI E LE LORO CONSEGUENZE

Obiettivo formativo: contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica.
Relatori: Dott.ssa Angela Peduto, Dott.ssa Daniela Iotti
Durata: 3 ore
Numero partecipanti: 30
Crediti: 3,5
Professione: Medico-Chirurgo-Odontoiatra

Data: mercoledì 17.06.2015

Titolo: NASCITA, STORIA E DESTINI ATTUALI DEL DSM. STRUMENTO DIAGNOSTICO O SINTOMO DELLA POSTMODERNITÀ?

Obiettivo formativo: contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica.
Relatori: Dott.ssa Angela Peduto, Dott.ssa Daniela Iotti
Durata: 3 ore
Numero partecipanti: 30
Crediti: 3,5
Professione: Medico-Chirurgo-Odontoiatra

Data: mercoledì 24.06.2015 (II trimestre)

Titolo: TUTELA DELLA SALUTE E MEDICINE NON CONVENZIONALI

Obiettivo formativo: medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà.
Relatori: Prof. Domenico Vasapollo -Dott. Carlo Maria Giovanardi
Durata: 3 ore
Numero partecipanti: 30
Crediti: 3,5
Professione: Medico-Chirurgo-Odontoiatra

Data: mercoledì 08.07.2015 (III trimestre)

Titolo: LE RADIAZIONI IONIZZANTI E NON IONIZZANTI NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO: DUBBI E REALTÀ

Obiettivo formativo: sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate
Relatori: Dott. Vittorio Lodi
Durata: 3 ore
Numero partecipanti: 30
Crediti: 3,5
Professione: Medico-Chirurgo-Odontoiatra

Data: mercoledì 22.07.2015 (III trimestre)

Titolo: ATTUALI RIFLESSIONI SULLA DEONTOLGIA MEDICA

Obiettivo formativo: etica, bioetica e deontologia
Relatori: Dott. Piergiovanni Rocchi - Prof. Stefano Canestrari
Durata: 3 ore
Numero partecipanti: 30
Crediti: 3,5
Professione: Medico-Chirurgo-Odontoiatra

Data: mercoledì 07.10.2015 (IV trimestre)

Titolo: ASPETTI MEDICO LEGALI IN MEDICINA E CHIRURGIA ESTETICA

Obiettivo formativo: contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica.
Relatori: Dott. Piergiovanni Rocchi
Durata: 3 ore
Numero partecipanti: 30
Crediti: 3,5
Professione: Medico-Chirurgo-Odontoiatra

Studio medico-odontoiatrico, sito in via Lame (entro porta), cerca figura medico-odontoiatrica per condivisione spese studio. Prezzo circa da euro 250,00 a 350,00 mensili. Per informazioni tel. 347-2315927.

Affittasi in zona di prestigio (Via Dante angolo Viale Carducci) stanza arredata in ampio e luminoso studio medico con sala d'attesa e due bagni in comune, a medici specialisti per giornate o mezze giornate. Servizio reception per accoglienza pazienti. Per informazioni e visite Tel. 051-301977.

Poliambulatorio medico Agorà (ginecologia, odontoiatria, dietologia, flebologia....) autorizzato, dentro porta Lame, con servizi di segreteria, mette a disposizione ambulatori per diverse aree specialistiche: neurologia, psichiatria, psicologa, fisiatria, gastroenterologia, pediatria, cardiologia, urologia... Per informazioni: Tel. 051.557366 - cell. 3486712133 - e.mail coop.agoramedica@gmail.com.

Vendesi prestigiosa villa stile liberty disposta su tre piani sita in via Gandino, 28 - Bologna, con depandance e ampio giardino di proprietà. Da ristrutturare - trattative riservate. Per info 328.0244865..

Montecalvo (Rastignano) vendesi villa signorile semindipendente di 340 mq su due piani, volendo divisibile con giardino privato e piccolo frutteto. Ideale per famiglia allargata. Garage doppio più tre posti auto di proprietà. Anno di costruzione 1995. Per info 335/5853223.

Ragazza italiana di 30 anni cerca lavoro come segretaria presso studio medico. Massima serietà e disponibilità sia part-time che full-time. Per info chiamare il 340/3515170.

Poliambulatorio autorizzato, non accreditato (C.D.O. via degli Ortolani 34/f Bologna) rende disponibili ambulatori a medici specialisti e ricerca medici ecografisti. Per informazioni Tel. 051/547896 - www.cdosrl.it.

Si vende studio odontoiatrico causa trasferimento. La struttura è autorizzata e sito in un palazzo prestigioso in pieno centro storico. Per informazioni. Tel. 333/2454254.

Vendo microscopio operatore OPMI-FC Zeiss, sterilizzatrice, elettrobisturi e articoli di arredamento per studio medico. Per info Tel. 051/6232130.

Ad.ze S. Orsola luminosa mansarda 4° piano vista colli - Ampia sala - Cucina. 2 camere da letto - bagno - ripostiglio. Disponibilità gennaio 2015. Cell. 338/8707253.

Vendesi studio dentistico a Monte San Pietro composto da due unità operative, tutto attrezzato e tutto a norma. Telefonare 3470317970.

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. Tel. 335/5431462.

In zona Mazzini, servita da mezzi pubblici, facilmente raggiungibile anche da fuori Bologna, studio medico fronte strada, piano terra con accesso facilitato per anziani/disabili, dotato di tutti i comfort, affitta a medici specializzati, a mezze giornate e/o giornate intere, stanza arredata con sala d'attesa e servizi in comune con altri due colleghi. Per informazioni cell. 051/6234804.

Studio Medico-Odontoiatrico sito in Bologna cerca medico specialista in dermatologia per affittare a giornate e/o mezze giornate, stanza arredata in ampio e luminoso studio con sala d'attesa, bagni, possibilità di servizio receptionist per accoglienza pazienti, comodo parcheggio, non a pagamento, zona residenziale ad ampio bacino di utenza. Per informazioni cell. 335/8026546.

Affittiamo a medico specializzato stanza arredata in ampio e luminioso studio con sala d'attesa, bagni, possibilità di servizio receptionist per accoglienza pazienti, comodo parcheggio, non a pagamento in zona residenziale in Studio Medico Specialistico Odontoiatrico. Cell. 335/8026546.

Affitto studio dentistico a Casalecchio di Reno, secondo piano con ascensore, 1 riunito, Rx, sala di attesa, ufficio, bagno, sala sterilizzazione, servizio di segeteria e assistente. Disponibilità 2 giorni a settimana. Possibilità di subentro. Tel. 333/ 8927876.

Ragazza bolognese, con esperienza lavorativa pluriennale in qualità di segretaria ed impiegata presso studi medici specialistici offresi per ricoprire una posizione di segreteria presso studio medico, dentistico, specialistico, poliambulatorio, casa di cura. Ottime conoscenze informatiche ed organizzative, serietà, professionalità, attitudine al contatto con i pazienti. Disponibilità immediata full time o part time. Per informazioni Tel. 320/6048791.

Poliambulatorio privato C.M.M. Centro Medico Maggiore srl, sito in via Emilia Ponente 24, Bologna, rende disponibile ambulatori a medici specialisti. Per informazione: Tel. 051/385745 - 382457 - e-mail: martani.francesco@tiscali.it.

Vendesi, compreso muri, riscaldamento autonomo, climatizzato studio dentistico interamente ristrutturato sito nel centro di S. Lazzaro di Savena (BO) composto da: due unità operative, sala d'attesa, sala sterilizzazione, angolo ritocco protesi, due bagni con antibagno, volendo garage, cantina, posto auto titolare, grande parcheggio pubblico, gratuito, per i pazienti a 20 m dallo studio. Per info 333/4856661.

Laureata in odontoiatria disponibile per attività professionale presso studi Bologna e provnicia. Esperienza lavorativa in conservativa, endodonzia e piccola chirurgia maturata tramite corsi di formazione professionale. Per info tel. 328/4139017.

Affittasi locale adibito a Studio Dentistico/Ambulatorio composto da sei ambienti (studio dentistico, ambulatorio medico, laboratorio, sala d'attesa, bagno pazienti e bagno privato). Lo studio è perfettamente in regola con allacciamenti già in essere, fornito di riunito KaVo completamente accessoriato (telecamera Gendex, compressore, turbine, ecc.), autoclave, macchina per i raggi e varie. Attivià recentemente cessata per notivi di salute. Lo studio si trova in località Prati di Castel di Casio (BO). Per info 339/6283597.

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.

Vendo appartamento/studio ristrutturato, a norma, di 70mq. sito in V. Pelagio Palagi di fronte Ospedale Malpighi verso V. Mazzini,con posto auto e giardinetto abbinati all'appartamento più cantina (ristrutturata) e sottotetto. Per informazioni chiamare il 368/3366994 o 336/491490.

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

CLINICADOMICILIO

ESEGUIAMO RADIOGRAFIE
A DOMICILIO
A BOLOGNA E PROVINCIA

SENZA LISTA D'ATTESA

SCEGLI IL GIORNO
E IL LUOGO PER IL TUO ESAME
AL RESTO PENSIAMO NOI

Attivi tutti i giorni 8.00 – 22.00
NEI GIORNI FERIALI REFERTO ENTRO 24h

E' NECESSARIA LA PRESCRIZIONE DEL MEDICO

Per le modalità di attivazione del servizio
INFO: Lunedì – Venerdì: 9.00 – 18.00
Tel. 051.6440055 - Fax 051.3392405
info@clinicadomicilio.it – www.clinicadomicilio.it

UNI EN ISO 9001- 2008
REG. N. 8540

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

CONFINDUSTRIA

Seguici su Facebook

Fatturazione Elettronica alla Pubblica Amministrazione

Obbligatoria dal 6 giugno 2014 e dal 31 marzo 2015
per tutte le altre amministrazioni locali

Con SAAGE® nessun problema!

SOLUZIONE A

Programma Legaloinvoice utilizzabile in autonomia

Con Legaloinvoice l'utilizzatore deve solamente compilare la fattura con un facile percorso guidato dal programma.

NON SI DEVE PROCCUPARE:
- di avere lo strumento di firma digitale
- di firmare digitalmente la fattura
- di marcarla temporalmente
- di inviare le fatture al sistema di interscambio (SDI)
- di fare verifiche e controlli ne' gestire risposte con il SDI
- della obbligatoria Conservazione a Norma della fattura.

SOLUZIONE B

Legaloinvoice

A tutto provvede SAAGE®

Servizio CHIAVI IN MANO

(particolarmente indicato per chi emette un numero limitato di fatture)

Condizioni di particolare favore per i Medici su richiesta

Alcuni altri servizi di SAAGE®:
rilascio strumento di firma digitale, Posta Elettronica Certificata, registrazione telematica di contratti di locazione, certificati casellario e carichi pendenti e tanto altro.

SAAGE® lo sportello unico per tutte le pratiche in tutta Italia.

Servizi Affari Generali S.r.l.

Via Milazzo 17 40121 Bologna
Tel.: 051/4211114 - Fax: 051/421.33.44
info@saage.it www.saage.it

InfoCert BUSINESS PARTNER

unappaservizi