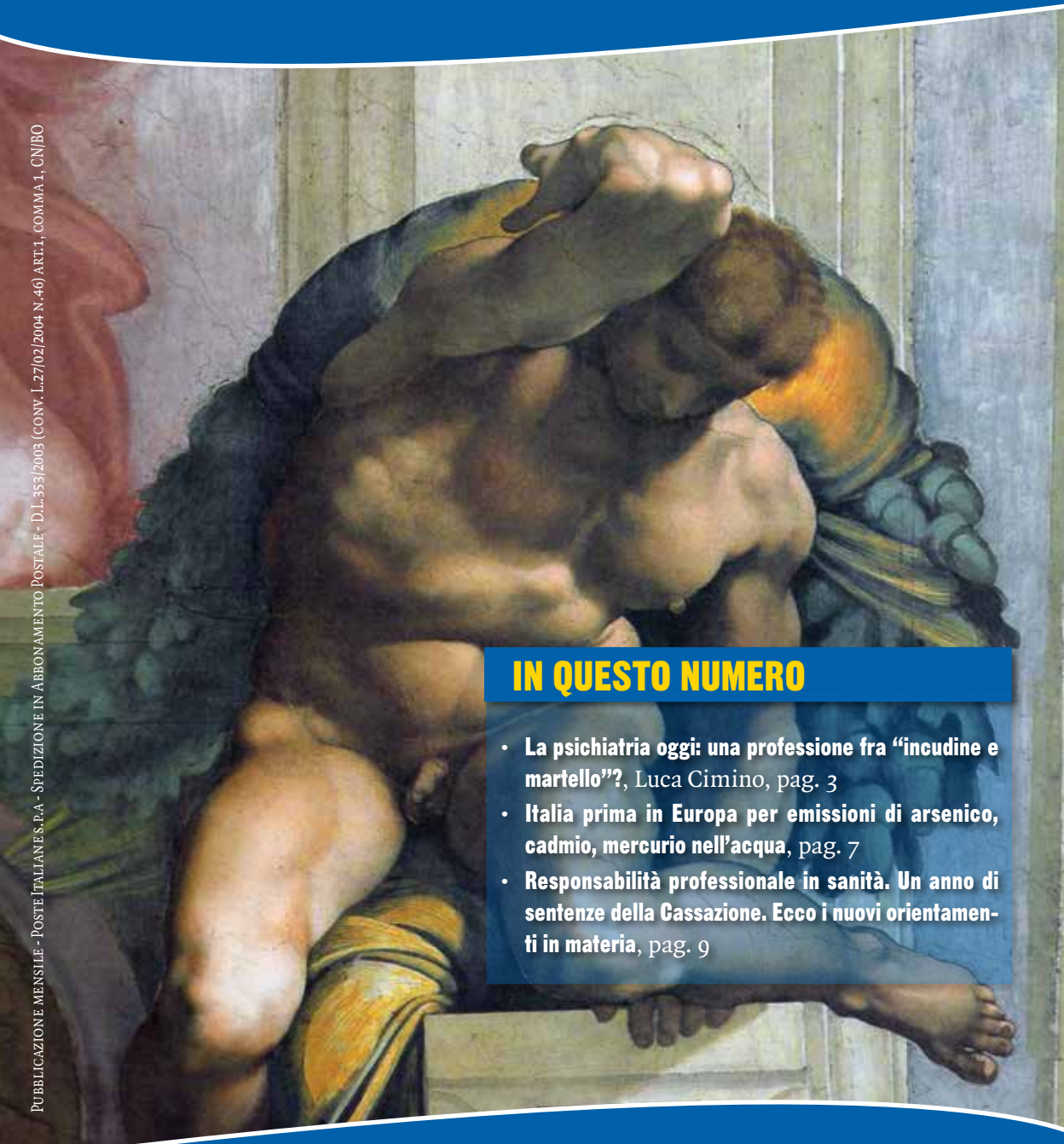
Bollettino Notiziario

anno XLV - N° 5 maggio 2014



IN QUESTO NUMERO

- **La psichiatria oggi: una professione fra "incudine e martello"?**, Luca Cimino, pag. 3
- **Italia prima in Europa per emissioni di arsenico, cadmio, mercurio nell'acqua**, pag. 7
- **Responsabilità professionale in sanità. Un anno di sentenze della Cassazione. Ecco i nuovi orientamenti in materia**, pag. 9

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

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

REG. N. 1888
UNI EN ISO 9001:2000

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

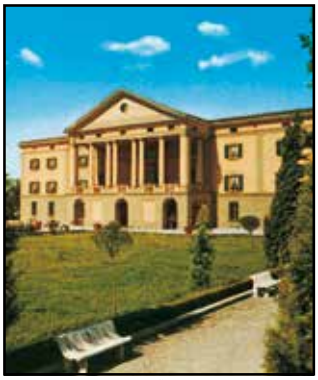
REG. N. 4562
UNI EN ISO 9001:2000

Ospedale Privato Accreditato
Santa Viola

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

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

SOCIALE



REG. N. 4019
UNI EN ISO 9001:2000

Anaste
EMILIA ROMAGNA

Casa Residenza per Anziani
(ex Casa Protetta RSA)
Villa Ranuzzi

Struttura residenziale per anziani non autosufficienti. Medico di notte presente in struttura tutto l'anno.
Apparecchiature: ecocardiocolordoppler.

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

REG. N. 2467
UNI EN ISO 9001:2000

Anaste
EMILIA ROMAGNA

Casa Residenza per Anziani
(ex Casa Protetta RSA)
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. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE
Dott. Luigi Bagnoli

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Aprile 2014
è stato consegnato in posta
il giorno 31/3/2014

SOMMARIO

ANNO XLV - MAGGIO 2014 N° 5

ARTICOLI

La psichiatria oggi: una professione fra "incudine e martello"?• 3

Italia prima in Europa per emissioni di arsenico, cadmio, mercurio nell'acqua • 7

Responsabilità professionale in sanità. Un anno di sentenze della Cassazione. Ecco i nuovi orientamenti in materia • 9

NOTIZIE

Dalla pagina 11 alla 26

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 27

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 28

CONVEGNI CONGRESSI • 29

PICCOLI ANNUNCI • 31

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

www.odmbologna.it

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario
Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere
Dott. VITTORIO LODI

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

Consiglieri Odontoiatri
Dott. ANDREA DUGATO
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

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

Collegio dei Revisori dei Conti

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

La psichiatria oggi: una professione fra "incudine e martello"?

Luca Cimino

Le recenti notizie di cronaca, riguardanti l'emissione di un avviso di garanzia per omicidio da parte della procura di Rovigo nei confronti di due colleghi del reparto di Psichiatria dell'ospedale di Monselice, per aver dimesso un paziente che poi ha messo in atto un omicidio-suicidio, hanno riportato drammaticamente alla ribalta l'annosa questione inerente la responsabilità medica in generale e quella dello psichiatra in particolare, che, a nostro avviso, ha assunto negli ultimi tempi una dimensione "inquietante", tanto da rendere quanto mai necessario ed urgente un confronto fra gli operatori sanitari e i giuristi al fine di sensibilizzare il legislatore, ed anche la stessa opinione pubblica, nei confronti di una situazione divenuta ormai insostenibile. Sebbene non sia questo il contesto per approfondire l'evoluzione legislativa e giurisprudenziale della responsabilità professionale dello psichiatra, riteniamo quantomeno utile affrontare alcuni cruciali questioni in merito alla responsabilità del medico rispetto agli atti auto- ed etero- diretti da parte di un proprio paziente, onde fornire un quadro il più chiaro possibile riguardo alla situazione in cui attualmente si trova ad agire l'operatore sanitario che, come riportato nel titolo di queste nostre brevi riflessioni, appare caratterizzarsi per una difficilissima posizione, emblematicamente ben rappresentata dalla definizione impiegata da Zanchetti (cfr. Cass. Pen., 2004), di trovarsi "fra l'incudine e il martello".

Attualmente, infatti, lo psichiatra si trova ad operare tra ambiti legislativi complessi ed interpretazioni giurisprudenziali di norme non sempre coerenti, dalle quali risulta sempre più difficile trarre indicazioni lineari fra libertà di cura, obbligo di garanzia e beneficialità del paziente, assistendosi ad una progressiva espansione della responsabilità indiretta da parte dei medici curanti rispetto alle azioni dei pazienti, assieme ad una indebita ed eccentrica dilatazione delle richieste allo psichiatra a cui viene attribuita una incalzante funzione di "controllo sociale".

Analizzare il tema della responsabilità dello psichiatra significa, infatti, non limitarsi ad affrontare quegli aspetti comuni a tutte le discipline mediche che sono alla base della *malpractice* in campo sanitario, ovvero all'ipotesi di erronea diagnosi e/o di cattiva prescrizione di cure, ma esaminare quelle caratteristiche peculiari dell'agire psichiatrico in rapporto con la specificità della patologia psichiatrica stessa, ovvero alla vigilanza e al controllo sull'incolumità del paziente compresa la responsabilità per atti violenti auto- o etero- diretti da questi compiuti. Fino a dove arriva pertanto l'obbligo di vigilanza? Si può configurare una responsabilità a carico del medico delle azioni compiute da un suo paziente? Quando si può configurare in capo al sanitario un'omissione di assistenza e vigilanza per negligenza, inosservanza o imperizia? ...quesiti complessi la cui risposta non può che essere ricercata all'interno del quadro normativo e della giurisprudenza di merito e di legittimità che, tuttavia, allo stato attuale, appare tutt'altro che chiarificatrice.

Bisogna innanzitutto ricordare, in una prospettiva *de jure condito*, che l'entrata in vigore della legge 180/78 (c.d. "legge Basaglia"), i cui principi sono stati recepiti dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (L. 833/78), ha sancito la fine del modello "custodialistico" *ex* legge n. 36/1904 ("Legge sui manicomi e sugli alienati. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati") e suo regolamento di attuazione (r.d. 615/1909), passando ad un modello in cui la dimensione terapeutica diviene prevalente su quella di controllo e di neutralizzazione e, sancendo la libertà del paziente alla cura, prevedendo come rischio possibile ed accettato che il paziente possa compiere gesti auto lesivi. Come riportato da

Zanchelli (2004), infatti, con l'entrata in vigore della legge 180/78 "il legislatore ha deciso di privilegiare il diritto del paziente di partecipare liberamente e volontariamente alle cure rispetto al rischio che questo paziente possa prendere l'estrema decisione del suicidio". Ricordiamo, infatti, a tale proposito, che l'entrata in vigore della legge 180/78 ha abrogato gli artt. 714, 715, 716, 717 Codice penale che punivano espressamente l'omessa o non autorizzata custodia di malati, l'omessa o non autorizzata custodia privata degli stessi, l'omessa denuncia della fuga dei malati di mente dai luoghi di cura, l'omessa denuncia di malattia di mente o di gravi infermità psichiche pericolose, e che pertanto, attualmente, non possono essere posti a carico dello psichiatra compiti di polizia (Cass. Pen., sez. II, 11/05/1990). Non solo quindi la norma, ma anche la dottrina penalistica sottolinea nei suoi contributi (Parodi & Nizza, 1996; Iadecola & Bona, 2009; Dodaro, 2011) come non sia ricostruibile un obbligo giuridico di custodia e sorveglianza da parte dell'operatore di sanità mentale rispetto agli atti del paziente, pur evidenziandosi una diversa posizione a seconda che lo stesso sia in regime di ricovero o meno. Infatti se il malato di mente è ricoverato in regime di t.s.o. sussiste la responsabilità del medico, del personale sanitario e della struttura sia per fatti lesivi compiuti dal malato nei confronti di terzi che per atti auto lesivi, in quanto collegata all'obbligo di sorveglianza del malato stesso e alla posizione di garanzia nei confronti del medico che ha assunto in carica il paziente e il cui compito è finalizzato anche alla sua tutela fisica, con l'obbligo per il professionista di attuare tutti i comportamenti necessari per prevenire tali atti. In caso invece di malati in regime di ricovero volontario occorrerà, ai fini della responsabilità medica, accertare l'esistenza di un obbligo giuridico omesso e la sua efficienza causale al fine del verificarsi dell'evento, ricordando che il potere-dovere di custodia dei malati in t.s.v. trova un chiaro limite nella libertà di cura e nell'autonomia della persona. Nel caso in cui, invece, il paziente non sia seguito in regime di ricovero, deve escludersi ogni responsabilità per eventuali atti eteroaggressivi o auto- lesivi, non essendo individuabile, nella normativa attualmente vigente, alcun fine di tutela di terzi, ma solamente un obbligo di protezione del bene salute del paziente, essendo venuto meno, a seguito della legge 180/78, ogni intervento terapeutico sulla malattia mentale orientato al fine di impedire che il malato possa arrecare danno a sé e agli altri.

In particolar modo, rispetto alla responsabilità dello psichiatra in merito ad atti autolesivi compiuti da un suo paziente, in linea generale vale dunque il principio, sulla base dell'attuale ordinamento normativo e concordemente con quanto espresso da autorevole dottrina, che non può essere fatto carico al medico l'obbligo e neppure il diritto di impedire al paziente la deliberazione di uccidersi, in quanto, sulla base dell'ordinamento penale vigente, una volta esclusa l'incidenza dell'azione di terzi rilevante ai sensi degli artt. 579 e 580 c.p., rispettivamente omicidio del consenziente e istigazione o aiuto al suicidio, non ricadono obblighi specifici in tal senso in carico al sanitario, anche in relazione ad un difetto di prevedibilità, secondo scienza ed esperienza, di un comportamento suicidario. A riguardo è importante sottolineare come il punto critico della responsabilità dello psichiatra in merito ad atti auto- ed etero- lesivi compiuti da un suo paziente, risiede proprio nell'interpretazione del concetto di prevedibilità che trova il suo fondamento nell'art. 43 c.p. (Elemento psicologico del reato) e nell'art. 40 c.p. (Rapporto di causalità), il quale infatti recita: "Nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione o omissione. Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo". A tal proposito, riguardo alla prevedibilità dell'evento di atti auto lesivi, condizione essenziale per la configurazione dell'eventuale illecito penale, è necessario sottolineare come la letteratura scientifica in merito ai comportamenti suicidari ha chiaramente evidenziato che il suicidio non può essere visto come sintomo, ovvero come epifenomeno di un disturbo psichiatrico, bensì come sindrome, in cui cioè la presenza di una malattia psichiatrica non è sufficiente a scatenare il gesto suicida la cui motivazione trova, invece, il suo fondamento in innumerevoli variabili che afferiscono all'individuo e che lo

spingono a desiderare ed attuare un agito autosoppressivo, non essendo dimostrato che un singolo fattore, compreso quello clinico, sia necessario o sufficiente a provocare il suicidio stesso; il comportamento suicidario rappresenta, infatti, un fenomeno complesso e variegato, basato su innumerevoli fattori genetici ed ambientali, in merito al quale anche le attuali evidenze in ambito psicofarmacologico sollevano notevoli incertezze riguardo la reale efficacia dei presidi terapeutici attualmente disponibili nei confronti di pazienti a rischio di suicidio, non potendosi, pertanto, stabilire nessun nesso causale fra uno specifico trattamento farmacologico ed evitabilità di un comportamento suicidario (Pompili & Serafini, 2012). Inoltre anche riguardo al fatto se lo psichiatra abbia un obbligo giuridico di impedire un evento come il suicidio di un suo paziente, è evidente che non sussistendo, *de iure condito*, a carico del sanitario un obbligo di vigilanza, tranne in caso di ricovero in regime di t.s.o., in quanto mal si concilierebbe con la libertà di cura e l'autonomia del paziente *ex lege* 180/78, non può neanche sussistere un dovere e contestuale potere di garantire l'assistenza di un controllore qualificato al fine di evitare che il paziente possa commettere atti lesivi per sé o per altri. A ciò si aggiunga che non può nemmeno configurarsi una responsabilità colposa e tanto meno dolosa, ad esclusione di quanto previsto dagli artt. 579 e 580 c.p., in capo al medico di un comportamento, quale il suicidio, che non è illecito e che quindi non è considerato dalla legge come reato, venendo meno, pertanto, un elemento essenziale previsto dal citato art. 40 c.p.

Nonostante, quindi, sulla base dell'attuale ordinamento vigente e del parere ormai consolidato di autorevole dottrina (Iadecola & Bona, 2009; Gentilomo et al., 2009; Dodaro, 2011), la posizione in merito alla responsabilità dello psichiatra per atti auto- od etero- lesivi di un proprio paziente dovrebbe essere assodata, in epoca recente si è progressivamente diffusa una giurisprudenza che, enfatizzando l'aspetto di vigilanza e di controllo nell'intervento dello psichiatra e determinando in capo al medico una serie di obblighi giuridici estranei al modello previsto dalla "legge Basaglia", ha progressivamente sancito un allargamento della responsabilità del sanitario fino ad ipotizzare, come nel recente caso di cronaca, finanche una responsabilità dolosa rispetto alle azioni dei propri pazienti, arrivando a sostenere, a nostro avviso, posizioni giuridiche contradditorie e contrarie allo spirito delle legge 180/78. Ci riferiamo, ad esempio, a recenti sentenze (*ex multis*: Cass. pen sez. IV, 11/03/2008), in cui vengono stabilite correlazioni causali fra omissioni di specifici trattamenti terapeutici e atti auto- o etero- lesivi di un paziente, che non solo non trovano un adeguato sostegno scientifico, ma appaiono criticabili in merito all'accertamento del rapporto di causalità con riguardo, particolarmente, alla categoria dei reati omissivi impropri, in cui, lo ricordiamo, in ambito penale, perché sia valorizzata la funzione ascrittiva dell'imputazione causale, deve esserci un "alto grado di credibilità razionale", ovvero una "certezza processuale", per cui l'insufficienza, la contradditorietà, l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, quindi il ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio (Cass., pen, sez. un., n. 30328/2002). Ancora più critiche, appaiono, a nostro avviso, posizioni in cui, attraverso una interpretazione quanto meno estensiva dell'art. 41 c.p. (Concorso di cause), vengono prospettate responsabilità dolose nei confronti del medico in relazione a fatti auto- o etero- lesivi compiuti da un paziente.

Queste nostre riflessioni non vogliono certo sostenere la posizione di una assoluta impunità dello psichiatra in questo particolare campo di rischio professionale, dovendosi pretendere, al pari di ogni esercente una professione sanitaria, un doveroso impegno riguardo quella necessaria diligenza, prudenza e perizia che è esigibile in relazione al c.d. "contatto sociale" e in ragione della prestazione medica conseguentemente da eseguirsi, ma riteniamo che, ai fini dell'applicazione della norma penale, concetti come la prevedibilità, prevenibilità ed evitabilità dell'evento vadano interpretati in modo restrittivo, anche

in considerazione del fatto che la psichiatria, in relazione alle incertezze nosografiche e nosologiche, alla difficoltà oggettiva della diagnosi, ai limiti terapeutici e alla indeterminatezza prognostica, integri le condizioni di prestazione d'opera di speciale difficoltà (Gentilomo *et al.*, 2009). Si sta invece osservando, attraverso il tenore di recenti sentenze e posizioni degli organi inquirenti e giudicanti, un'enfatizzazione e un'interpretazione a nostro avviso eccessivamente estensiva dell'aspetto di vigilanza e di controllo nell'intervento dello psichiatra, a cui viene richiesto un "buon controllo sociale" attraverso la previsione/prevenzione di suicidi, omicidi e comportamenti antigiuridici, la cui responsabilità, invece, non dovrebbe ricadere in maniera esclusiva in capo alla psichiatria e ai suoi operatori, ma essere condivisa con la società intera. Si rende pertanto necessaria con urgenza una serrata riflessione in tema dei confini dell'agire psichiatrico, che coinvolga, a tutti i livelli, operatori clinici e forensi, al fine di approfondire i rapporti esistenti fra psichiatria e diritto onde evidenziare la difficoltà, in una realtà *de jure condito*, di conciliare la necessità di certezze proprie del diritto con i limiti intrinseci nella normale pratica dell'assistenza psichiatrica, al fine di evitare che la consapevolezza da parte degli operatori sanitari di trovarsi tra l'incudine del mandato esterno di controllo sociale e di sicurezza della società e il martello della tutela e della gestione del paziente, comporti ripercussioni negative sia sull'operare medico (*alias* medicina difensiva) che in termini di beneficialità per il paziente stesso.

Bibliografia essenziale

Chindemi D. *Responsabilità del medico e della struttura sanitaria pubblica e privata*. Altalex Editore, Montecatini Terme, 2010.

Dodaro G. (a cura di) *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici*. FrancoAngeli, Milano, 2011.

Gentilomo A., Travaini G., D'Auria L. *Medico e giustizia*. RaffaelloCortinaEditore, Milano, 2009.

Iadecola G., Bona M. *La responsabilità dei medici e delle strutture sanitarie*. Giuffrè Editore, Milano, 2009.

Parodi C., Nizza V. *La responsabilità penale del personale medico e paramedico*. UTET, Torino, 1996.

Pompili M., Serafini G. *Prevenzione farmacologica del suicidio*. In: Girardi P., Brugnoli R. (a cura di) *Manuale di farmacoterapia psichiatrica*. Pacini Editore, Pisa, 2012.

Luca Cimino

Psichiatra, psicoterapeuta, medico legale, criminologo e psichiatra forense

Università Addio

Negli anni che vanno dal 1960 al 1980 si verificarono significativi mutamenti, che ebbero rilevante influenza sul mondo della medicina e sull'università italiana. I progressi in campo scientifico furono travolgenti e tali da portare alla definitiva transizione da una pratica medica quasi di stampo ottocentesco, fondata sulla semeiologia ed il ragionamento clinico, alla moderna medicina, basata sulla tecnologia avanzata, su potenti strumenti diagnostici ed innovative possibilità terapeutiche. Non meno importanti furono i cambiamenti in ambito politico e sociale (gli anni del '68), che ebbero, a loro volta, riflessi sul mondo accademico, segnando la fine dei grandi baronati ed il passaggio dall'università di élite alla università di massa. L'Autore di questo libretto di memorie, Professore Ordinario f.r. di Medicina Interna e Geriatria presso l'Università di Chieti-Pescara, ripercorre quel periodo, che lo vide dapprima Assistente Volontario presso la Clinica Medica, diretta all'epoca dal professor Giulio Sotgiu, e quindi Assistente ed Aiuto di ruolo presso la Patologia Medica, diretta dal professor Sergio Lenzi. Vengono rievocati, anche attraverso curiosità e gustosi aneddoti, i luoghi e l'atmosfera del Policlinico S. Orsola com'era allora, e soprattutto i molti personaggi che lo popolarono, dagli ultimi baroni ai molti giovani che lo frequentarono da studenti, specializzandi e medici interni. L'Autore, ripercorrendo la sua personale vicenda accademica, si sofferma sulle innovazioni tecnologiche di quell'epoca, sulla prepotente avanzata della medicina specialistica ed ultraspecialistica, nonché sulle mutazioni del mondo accademico con i cambiamenti della didattica e la creazione di nuove sedi universitarie. Egli evidenzia inoltre la transizione da una prassi medica meno tecnologica ma più etica ad una nuova organizzazione della sanità condizionata in forte misura da aspetti di ordine economico. In questo viaggio a ritroso nel tempo molti potranno ritrovare personali ricordi e ritornare agli anni irrepetibili ed agli entusiasmi della giovinezza.

Giuseppe Abate ***"Università Addio": gli anni di Bologna*** (fatti e personaggi del Policlinico S. Orsola dal 1960 al 1980 nei ricordi di un vecchio professore universitario)
Disponibile (Euro 10) presso l'edicola interna del Policlinico S. Orsola (davanti Clinica Medica) od acquistabile online sul sito dell'Editore *http://www.screenpress.it/* (Collana TenerAmente), ove è possibile leggere alcuni capitoli.

Italia prima in Europa per emissioni di arsenico, cadmio, mercurio nell'acqua

I dati emergono dall'ultimo dossier di Legambiente in materia di sostanze immesse in laghi, fiumi, mari e falde dagli impianti industriali. Sono questi ultimi a fornire i numeri che, quindi, sono inevitabilmente parziali visto che mancano dal computo i fenomeni di illegalità totale.

È ancora forte in Italia l'impatto dell'attività industriale sullo stato di salute delle acque. Lo rivela l'ultimo dossier di Legambiente, pubblicato proprio in occasione della Giornata mondiale dell'acqua appena trascorsa (22 marzo), che mette in evidenza come il Belpaese superi le nazioni europee più industrializzate nell'emissione di metalli pesanti, in particolare di mercurio, nichel, cadmio e arsenico, direttamente nei corsi d'acqua. Anche per quanto riguarda le emissioni di cianuro è in testa alla classifica; arriva seconda, invece, subito dopo la Germania, per i cloruri. I dati (risalenti al 2011) sono stati estrapolati dal registro "European pollutant release and transfer register <http://prtr.ec.europa.eu/> ", un registro delle emissioni inquinanti prodotte dalle varie industrie europee, in cui sono gli impianti stessi a comunicare, annualmente, la quantità di sostanze immesse direttamente nell'ambiente e, in questo caso, nelle acque. Una analisi parziale, dunque, che non tiene conto dei vari fenomeni di illegalità totale, ma che rende comunque chiaro come in l'Italia gli scarti di lavorazione delle attività industriali continuino, in buona parte, a finire inesorabilmente nelle nostre acque, alterandone quindi le caratteristiche chimiche.

Legambiente, di tutta la mole di informazioni contenti nel registro, ha preso in considerazione solo i dati relativi alle principali sostanze "pericolose prioritarie". Ebbene, nel 2011, in Italia sono state emesse oltre 140 tonnellate di metalli pesanti direttamente nelle acque, di cui 51 tonnellate di zinco, 31 tonnellate di nickel, 31 tonnellate di cromo, 12,7 tonnellate di piombo, 9 tonnellate di rame, 4,85 tonnellate di arsenico, 1,84 tonnellate di cadmio e 258 chilogrammi di mercurio. Per quanto riguarda le sostanze inorganiche, in particolare cloruri fluoruri e cianuri, si arriva a quasi 2,8 milioni di tonnellate, di cui quasi la metà derivanti da attività di tipo chimico. Ci sono poi le sostanze organiche, sempre nelle classe di quelle "pericolose prioritarie", come l'antracene, il benzene, gli idrocarburi policiclici aromatici (Ipa) e i nonilfenoli. Se per i primi non risultano emissioni in acqua da parte degli impianti industriali, per i nonilfenoli ammontano a 2,9 tonnellate, quantità corrispondente a circa il 60% dell'emissione europea totale, per gli Ipa a 1,25 tonnellate – pari al 39% della quantità totale a livello europeo – e per il benzene a 0,91 tonnellate. Confrontando singolarmente ciascuna emissione con quella degli altri paesi europei più industrializzati (Francia, Germania e Regno Unito), emerge come ben quattro metalli pesanti su otto siano emessi in quantitativi maggiori dall'Italia. Sono appunto: arsenico, cadmio, mercurio e nickel. Tutti metalli che, ad alcuni livelli, oltre a essere dannosi per l'ecosistema – perché ne alterano appunto le caratteristiche chimiche – sono estremamente tossici per l'uomo.

Ma come fanno a finire i metalli pesanti nelle acque? Sicuramente, gran parte della responsabilità va attribuita al tipo di impianto: le centrali elettriche a carbone, ad esempio, emettono, per loro natura, sostanze cancerogene per l'uomo in enorme quantità, come benzene, mercurio, cadmio e molto altro. Ma, secondo Legambiente, le cause sono da ricercarsi nella qualità degli impianti e negli scarsi controlli ambientali nel territorio. "Occorre migliorare in qualità e quantità l'impiantistica esistente specifica del trattamento delle acque industriali – si legge nel dossier – aumentare i controlli sul territorio e non permettere il mescolamento delle acque reflue industriali con quelle civili per evitare che le prime vadano a finire in impianti non idonei al trattamento specifico di inquinanti chimici".

L'Italia, dunque, è ancora bel lontana dal rece-

pire la direttiva 2000/60 del Parlamento europeo, che cerca di disciplinare e salvaguardare le acque. Una direttiva nata dopo i vari casi di grave inquinamento ambientale di zone, come laghi, falde, fiumi utilizzate negli anni '80 come discariche naturali per rifiuti industriali e inseriti adesso nei siti di interesse nazionale da bonificare (con soldi pubblici). La direttiva europea chiedeva agli Stati membri che andassero verso una "graduale riduzione di scarichi, emissioni e perdite di sostanze prioritarie e l'arresto o la graduale eliminazione di scarichi, emissioni e perdite di sostanze pericolose prioritarie" e aggiungeva che "l'inquinamento chimico delle acque è una minaccia per l'ambiente acquatico, con effetti quali la tossicità acuta e cronica negli organismi acquatici, l'accumulo di inquinanti negli ecosistemi e la perdita di habitat e biodiversità, e rappresenta una minaccia anche per la salute umana".

Le conclusioni dell'associazione ambientalista si possono leggere già nella premessa. "I fiumi italiani, ma anche le falde e i laghi, continuano a essere considerati troppo spesso solo come un pericolo o una minaccia per il rischio connesso con la loro esondazione o un ricettacolo di scarichi non depurati, industriali, sversamenti accidentali, se non una risorsa da sfruttare il più possibile per altri usi accumulando derivazioni, prelievi di acqua o di ghiaia, interventi di regimazione o cementificazione degli alvei. Sono ancora troppo pochi in Italia, i casi in cui si è deciso di investire sui corsi d'acqua attraverso la loro riqualificazione, interventi di rinaturalizzazione, di prevenzione e mitigazione del rischio e insieme di tutela degli ecosistemi".

Responsabilità civile Professionale del Medico

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

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

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

PREMIO € 250,00

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

Per informazioni :

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

Responsabilità professionale in sanità. Un anno di sentenze della Cassazione. Ecco i nuovi orientamenti in materia

Pubblicata dall'Ufficio del Massimario la rassegna della giurisprudenza di legittimità in ambito penale nell'anno 2013 http://www.cortedicassazione.it/Documenti/Rassegna_Penale_2013.pdf.
Per la sanità, centrale la distinzione tra colpa lieve e colpa grave.
Novità anche sul valore delle linee guida e dei protocolli in funzione della responsabilità medica.
Il Decreto Balduzzi ha introdotto "novità di non poco rilievo" su cui sono "già intervenute due sentenze, quasi coeve, che hanno tracciato la strada della futura elaborazione giurisprudenziale". A sostenerlo è la Corte di Cassazione, nel Massimario fresco di pubblicazione che raccoglie i nuovi e principali orientamenti della giurisprudenza di legittimità in ambito penale derivanti dalle sentenze emesse nel corso del 2013.
Tra le materie, non poteva certo mancare la sanità o, più precisamente, l'attività medico chirurgica. La novità maggiore, secondo la Corte di Cassazione, è da individuare nel Decreto Balduzzi (n. 158 del 2012) e in particolare all'art. 3, dove si prevede che l'esercente una professione sanitaria, che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida ed a buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, non possa essere chiamato a rispondere penalmente per colpa lieve. "Si tratta di novità evidentemente di non poco rilievo, atteso che, per un verso, viene introdotta per la prima volta nell'ambito della disciplina penale dell'imputazione soggettiva la distinzione tra colpa lieve e colpa grave e, per altro verso, risultano valorizzate le linee guida e le virtuose pratiche terapeutiche, purché corroborate dal sapere scientifico", osserva la Cassazione nel Massimario. Ricordando due sentenze, "quasi coeve, che hanno tracciato la strada della futura elaborazione giurisprudenziale".
La prima è Sez. IV, 29 gennaio 2013, n. 16273, "con cui la Corte affronta ex professo il tema dell'incidenza della citata nuova legge sui processi in corso, fornendo gli elementi ermeneutici per distinguere la colpa lieve dalla colpa grave e chiarendo, altresì, la funzione assolta dalle linee guida e dai protocolli. Evidenzia, in particolare, che le linee guida accreditate operano come direttiva scientifica per l'esercente le professioni sanitarie ma non danno luogo a norme propriamente cautelari, di talché non configurano ipotesi di colpa specifica, in ragione sia della loro varietà e del loro diverso grado di qualificazione sia per la loro natura di strumenti di indirizzo e di orientamento, privi della prescrittività propria di una regola cautelare, per quanto elastica".
Dopo avere esaminato la posizione della Corte, nel Massimario si sottolinea come, secondo la stessa, il Decreto Balduzzi abbia "determinato la parziale abrogazione delle fattispecie colpose commesse dagli esercenti le professioni sanitarie e, segnatamente degli artt. 589 e 590 cod. pen.; la restrizione della portata delle incriminazioni *de quibus* ha avuto luogo attraverso due passaggi: l'individuazione di un'area fattuale costituita da condotte aderenti ad accreditate linee guida e l'attribuzione di rilevanza penale, in tale ambito, alle sole condotte connotate da colpa grave, poste in essere nell'attuazione in concreto delle direttive scientifiche. In altri termini, nell'indicata sfera fattuale, la regola d'imputazione soggettiva è ora quella della sola colpa grave mentre la colpa lieve è penalmente irrilevante con conseguente parziale effetto abrogativo ex art. 2 cod. pen".
Quanto alla seconda sentenza, IV Sezione penale, 24 gennaio 2013, n. 11493, si afferma, invece, che la limitazione della responsabilità in

caso di colpa lieve, opera soltanto per le condotte professionali conformi alle linee guida contenenti regole di perizia, ma non si estende, quindi, agli errori diagnostici connotati da negligenza o imprudenza. "Interessante – si sottolinea nel Massimario – è anche un passaggio della motivazione con cui si evidenzia che le linee guida, per avere rilevanza nell'accertamento della responsabilità del medico, devono indicare standard diagnostico-terapeutici conformi alle regole dettate dalla migliore scienza medica a garanzia della salute del paziente e non devono essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese. Se è vero, infatti, che anche le aziende sanitarie devono ispirare il proprio agire anche al contenimento dei costi ed al miglioramento dei conti – a maggior ragione in un contesto di difficoltà economica – è altresì vero che tali scelte non possono in alcun modo interferire con la cura del paziente. Nella pronuncia è chiaramente affermato che l'efficienza del bilancio può e deve essere perseguita sempre garantendo il miglior livello di cura, al fine di assicurare il quale il sanitario ha il dovere di disattendere indicazioni stringenti dal punto di vista economico che si risolvano in un pregiudizio per il paziente".

Ma i casi riguardanti l'attività medico chirurgica non si fermano qui. Tra le altre cose, con la sentenza n. 26966 del 19 aprile 2013 la Corte ha affermato che il medico, il quale compie insieme al direttore del reparto attività sanitaria e risulta pienamente al corrente delle condizioni cliniche del paziente, non può pretendere di essere sollevato da responsabilità ove ometta di differenziare la propria posizione, rendendo palesi i motivi che lo inducono a dissentire dalla decisione eventualmente presa dal direttore. Di responsabilità a titolo di cooperazione colposa si è parlato nella sentenza n. 21220 del 25 maggio 2013, che ha riconosciuto in capo al direttore responsabile di un centro sanitario privato la responsabilità, ex art. 113 cod. pen., per il delitto di lesioni colpose realizzato in danno di un paziente curato esclusivamente da un collaboratore dello studio sfornito di titolo abilitante allo svolgimento dell'attività.

http://www.cortedicassazione.it/Documenti/Rassegna_Penale_2013.pdf

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

***

Agopuntura, gli aghi sono sicuri?

Secondo un nuovo studio la qualità può essere ulteriormente migliorata. L'agopuntura è una medicina complementare dalla sicurezza comprovata. La qualità degli aghi comunemente utilizzati durante le sedute potrebbe però essere ulteriormente migliorata. A svelarlo sono le analisi condotte da un gruppo di ricercatori della RMIT University di Melbourne (Australia) guidato da Mike (Yi Min) Xie. I risultati delle osservazioni al microscopio elettronico a scansione di due dei principali marchi di aghi per agopuntura, pubblicati su "Acupuncture in Medicine" hanno infatti svelato che anche sulla superficie e sulla punta di aghi di alta qualità possono essere presenti irregolarità che potrebbero scatenare reazioni allergiche come la dermatite o danni ai tessuti dei pazienti. In particolare, Xie e colleghi hanno scoperto che gli aghi possono presentare protuberanze metalliche e frammenti di materiale pronti a staccarsi facilmente che dopo una manipolazione simile a quella operata durante una seduta di agopuntura svaniscono. Non solo, la punta può essere piegata, situazione che potrebbe modificare la direzione dell'ago durante l'inserimento e la manipolazioni, danneggiando così i tessuti dei pazienti. "Anche se nessuno di questi potenziali problemi può portare a traumi gravi o a lungo termine, l'esperienza e la sicurezza dei pazienti sono fondamentali – ha spiegato Charlie Xue, coautore dello studio –. La dermatite indotta dall'agopuntura è estremamente rara, ma è importante minimizzare la possibilità di reazioni di questo tipo migliorando ulteriormente gli aghi utilizzati sull'uomo". Secondo i ricercatori i piccoli frammenti metallici osservati sulla superficie degli aghi deriverebbero soprattutto dalla smerigliatura e dalla lucidatura incluse nei processi di produzione, che generano anche forze elettrostatiche che attirano residui metallici. Questi frammenti potrebbero essere facilmente rimossi dagli aghi con una pulizia adeguata. "In particolare – ha precisato Xue – le punte degli aghi dovrebbero essere modellate, arrotate e pulite correttamente. L'estesa ricerca sull'agopuntura ha dimostrato la sua sicurezza e i suoi benefici per una serie di disturbi. Ma deve essere fatto molto di più per migliorare il comfort e la sicurezza per i pazienti che si sottopongono all'agopuntura in tutto il mondo".
http://aim.bmj.com/content/early/2014/01/03/acupmed-2013-010472.abstract?sid=0d643e1b-66f2-4ce9-a171-e1060d2e00b0

***

L'influenza diventa prevedibile. Previsioni del virus grazie ad un modello matematico

L'influenza diventa prevedibile: per la prima volta un modello matematico permette di sapere in anticipo quali virus circoleranno in inverno e di preparare il vaccino con un anticipo maggiore rispetto a quanto è possibile fare adesso. Descritto sulla rivista "Nature", il modello è stato messo a punto fra l'università tedesca di Colonia e l'americana Columbia University di New York, dai fisici teorici Michael Lässig e Marta Luksza. Nature. 2014 Feb 26. doi: 10.1038/nature13087.

***

Batteri resistenti agli antibiotici nell'84% della carne di pollo analizzata - Denuncia Altroconsumo

Alcuni batteri possono sviluppare un pericoloso meccanismo di resistenza agli antibiotici, usati in quantità massicce anche negli allevamenti di animali. Con la diffusione di batteri resistenti, percorrendo la catena alimentare dagli allevamenti sino alla tavola, il rischio è che gli antibiotici perdano il loro effetto curativo anche negli uomini. I risultati dell'inchiesta di "Altroconsumo" dimostrano la gravità del fenomeno nel settore.
Il test: analizzati a livello europeo 250 campioni di petti di pollo per valutare la presenza di batteri (famiglia Enterobatteriacea) più inclini di altri a sviluppare un meccanismo di resistenza agli an-

tibiotici. Trovati E. Coli resistenti nell'84% dei 45 campioni comprati in Italia, a Milano e a Roma. Segnalati i risultati al Ministero della Salute.
In seguito al trattamento degli animali con antibiotici, usati per cura delle malattie, i batteri che vivono nel loro tratto gastrointestinale possono diventare resistenti al farmaco e contaminare il cibo e l'ambiente. Non necessariamente questi microrganismi possono farci ammalare, il vero problema è che possono trasmettere il loro meccanismo di resistenza ad altri batteri presenti nel nostro organismo: senza seri provvedimenti, dunque, che ne limitino l'uso negli allevamenti, gli antibiotici potrebbero, tra una decina di anni, non riuscire a sconfiggere la maggior parte dei batteri, anche negli uomini.
I risultati del test dimostrano che il problema della resistenza agli antibiotici è molto diffuso ed è strettamente legato al tema della sicurezza alimentare: occorre migliorare il monitoraggio dell'uso di questi medicinali in ambito veterinario con sistemi di sorveglianza più severi. Serve un sistema che lavori maggiormente sulla prevenzione delle malattie animali, per ridurre la necessità di usare gli antibiotici. Non solo: visti i rischi per l'uomo, sarebbe opportuno conservare una classe di antibiotici da usare solo per gli animali e non per le persone, in modo da limitare i danni. Queste le richieste girate al ministero della Salute da cui ci si aspetta interventi chiari e maggiore informazione ai consumatori. Affinché gli antibiotici continuino a essere efficaci è utile adottare alcune precauzioni, agendo su due fronti: il corretto uso di antibiotici quando ci si cura e l'igiene in cucina.
I consigli di "Altroconsumo":
Solo il medico può decidere se prescrivere un antibiotico. Se ne hai in casa, non prenderlo senza il suo parere. Se prescritto, assumilo per il periodo indicato e agli orari prestabiliti. Se hai dimenticato di prendere una dose di antibiotico, assumi subito la successiva, ma mai una dose doppia. Non interrompere la cura antibiotica troppo presto, magari solo perché sono scomparsi i sintomi: potrebbero essere stati eliminati solo i batteri meno resistenti. In cucina lavati bene le mani, prima e dopo aver toccato il cibo. L'unico modo efficace di uccidere i microrganismi è cuocere bene la carne: al centro deve raggiungere una temperatura di almeno 70 °C. Lava posate, stoviglie e superfici che sono state a contatto con la carne cruda. Non mettere mai la carne cotta nello stesso piatto in cui l'avevi appoggiata cruda e, anche in frigo, separa gli alimenti crudi da quelli cotti.

***

È tutta una questione di tono

È stato ideato presso il dipartimento di Fisiologia Neuromotoria della Fondazione Santa Lucia di Roma un dispositivo che permette di agire sulla funzionalità e sul controllo dei movimenti attraverso la misurazione del tono muscolare. Dopo ulteriori studi e approfondimenti, potrà essere utilizzato in centri e in strutture specializzati nella riabilitazione motoria o posturale. «La maggior parte dei disturbi motori», spiega Yuri Ivanenko (nella foto), responsabile del Laboratorio del Cammino presso il dipartimento di Fisiologia Neuromotoria della Fondazione Santa Lucia di Roma, «si manifesta con alterazioni del tono muscolare. Del resto le sue caratteristiche, del tono muscolare intendo, hanno da sempre costituito un importante aiuto nella formulazione delle diagnosi nelle diverse patologie. È importante notare però che non sono ancora noti i meccanismi che legano i deficit motori all'alterazione del tono muscolare».
L'idea di base è stata studiare al meglio il tono muscolare a diversi livelli: del collo, del tronco e delle gambe in posizione eretta, con la possibilità di distribuire lo stesso tono muscolare e verificare, quantificandola, la diversa asimmetria tra le due gambe. Questo dispositivo è quindi un nuovo sistema per misurare la distribuzione del tono dell'asse corporeo e le capacità di adattamento del corpo stesso nelle diverse posizioni. Quello che noi conosciamo deriva in gran parte dagli studi effettuati misurando il tono degli arti e valutandone la resistenza muscolare, ma sarebbe utile sviluppare ulteriori sistemi per studiare al meglio il controllo muscolare in tutta la sua complessità. Il dispositivo utilizza una lenta rotazione che permette di valutare in modo efficace gli allungamenti e gli accorciamenti dei muscoli obliqui del collo, dei muscoli addominali e della colonna vertebrale, senza spostare il centro di gravità e limitando la variazione della posizione in qualsiasi direzione tranne che nella torsione. È composto da due piattaforme, una per ogni piede, da una struttura flessibile che permette di fissare la mobilità della rotazione in diversi punti del corpo e da un sensore di coppia opportunamente disposto. Il paziente viene posizionato con i piedi sulle due

piattaforme che possono ruotare sia insieme sia separatamente. Per mezzo del sensore vengono misurate le coppie torcenti del corpo intero, del collo, del tronco e delle gambe che derivano dalle rotazioni alternate destra/sinistra a una velocità prestabilita».
Le patologie del tono posturale per le quali è indicato sono diverse. Ricorda infatti Ivanenko che «diversi fattori fisici e psicologici possono determinare leggere modificazioni del tono muscolare, senza però causare disturbi, mentre un'alterazione patologica dello stesso può essere indice di patologie di vario genere. Misurare il tono assiale è particolarmente utile per lo studio del controllo motorio nei pazienti affetti da diverse malattie legate al tono posturale, come il morbo di Parkinson, l'artrosi, la cervicalgia, la lombalgia o la sciatalgia».

***

Adolescenti e droga: indagine Espad-Italia 2013 del CNR

16mila adolescenti schiavi dell'eroina, 55mila della cocaina e 520mila giovani fumano invece lo spinello. Sono i numeri forniti dall'indagine Espad-Italia 2013 dell'Istituto di fisiologia clinica del Cnr di Pisa sulle abitudini degli studenti in fatto di droga. Circa 45mila i ragazzi coinvolti nello studio, appartenenti a 516 scuole secondarie superiori su tutto il territorio nazionale.
Per quanto riguarda la "cannabis" si osserva una ripresa dei consumi tra il 2012 ed il 2013. I giovani che l'hanno sperimentata almeno una volta nella vita sono 3 su 10, il consumo nell'ultimo anno riguarda il 25%, nei 30 giorni precedenti alla ricerca il 16% e, fra questi, 1 su 5 (poco più di 75.000 ragazzi) consuma cannabis quasi quotidianamente (20 o più volte al mese). La maggior parte dei giovani la fuma occasionalmente, non più di 10 volte durante l'anno (61%), mentre il 27% la consuma più assiduamente, 20 o più volte durante l'anno. L'84% non ha usato anche altre sostanze illegali, preferendo utilizzare quelle legali: il 62% ha fumato quotidianamente, l'11% ha bevuto alcolici quasi tutti i giorni e il 14% ha utilizzato psicofarmaci senza ricetta.
In merito al consumo di cocaina dopo anni di crescita fino al 2007 si è assistito a un graduale declino fino al 2012 per riprendere nell'ultimo anno e raggiungere il 4,1% per quanto riguarda la sperimentazione e il 2,8% il consumo nell'anno.
È nelle regioni settentrionali, eccetto Liguria ed Emilia-Romagna, e in Campania che si registrano le prevalenze inferiori alla media nazionale: nel corso degli anni le regioni del nord hanno ceduto il primato a quelle meridionali e adriatiche. Nel Centro le prevalenze si sono mantenute superiori alla media nazionale. Sono invece circa 36 mila gli studenti che nel corso della vita hanno provato eroina o altri oppiacei (l'1,5%) e poco più di 28 mila l'hanno utilizzata nell'ultimo anno (1,2%). Quasi 23 mila studenti l'hanno utilizzata nell'ultimo mese (1%) e per poco di 15 mila ragazzi (0,7%) il consumo è stato frequente.
Si sta inoltre abbassando l'età del primo approccio: se nel 2009 avveniva mediamente a 15 anni, oggi si è spostata a 14 anni. Ciò potrebbe dipendere, secondo i ricercatori, dalle nuove modalità di assunzione dell'eroina, fumata anziché iniettata.
Le droghe sintetiche sono il 4% gli studenti che le hanno provate almeno una volta e poco meno del 3% nell'ultimo anno. Se amfetamine ed ecstasy sono consumate all'incirca dallo stesso numero di giovani, spesso scambiandole l'una con l'altra, così come per Lsd e funghi allucinogeni, più raramente provano il Ghb (droga 'dello stupro') e la Ketamina, sperimentati dall'1% e dal 2%. La maggior parte (60%) fa un uso occasionale di queste sostanze, anche se quasi 1 consumatore su 3 le ha utilizzate 20 volte o anche più durante l'anno.
Diffuso il consumo di alcolici. Sono pochi i ragazzi che non hanno bevuto durante l'anno (11%), anche tra i 15-17enni, per i quali sarebbe vietata sia la somministrazione che la vendita di alcolici. Ben il 5% degli studenti beve alcolici quasi tutti i giorni, preferendo la birra. Il binge drinking (5 o più bicchieri uno di seguito all'altro in un paio d'ore) riguarda il 35% dei ragazzi almeno una volta nell'ultimo mese, circa 820 mila studenti, e di questi il 14% l'ha fatto 6 o più volte nell'ultimo mese.
L'ultima tendenza sono i psicofarmaci non prescritti dal medico. Ne ha fatto uso il 17% degli studenti almeno una volta nella vita e il 9% durante l'anno, soprattutto quelli per dormire. L'uso concomitante di psicofarmaci e droghe, oltre che di alcol, è però una delle nuove tendenze: mixare le sostanze per potenziarne gli effetti o per superare la fase down, conseguente all'utilizzo delle droghe. Nel consumo di psicofarmaci le ragazze hanno conquistato il primato, con prevalenze che risultano di gran lunga superiori a quelle dei coetanei (12% contro il 6%).

Il Dipartimento politiche antidroga ha commentato che i dati diffusi dal Cnr sui consumi giovanili di droga "confermano in linea di massima quanto già riscontrato dall'indagine eseguita dal Dpa nel corso del primo semestre 2013 e i dati presentati nella Relazione al Parlamento del giugno scorso".
In particolare, per quanto riguarda la cannabis il Dpa stima un aumento tra il 2012 e il 2013 dell'1,7%; consumi sostanzialmente stabili per la cocaina (1,7% nel 2013 contro 1,9% nel 2012) e per l'ecstasy e amfetamine (1,1%); leggero aumento per gli allucinogeni (1,9% nel 2013 contro 1,7%); stabili anche i consumi di eroina (0,34% contro il precedente 0,32%).

***

Anche la pre-ipertensione aumenta il rischio di ictus?

Le probabilità di essere colpiti da un ictus salgono in chiunque abbia una pressione del sangue superiore a quella ottimale di 120/80 millimetri di mercurio (mmHg), secondo una meta-analisi pubblicata su "Neurology", la rivista dell'Accademia americana di neurologia. I ricercatori, coordinati da Dingli Xu della Southern Medical University di Guangzhou, in Cina, hanno passato in rivista gli studi disponibili sul rischio di ictus sia nelle persone con ipertensione ben definita sia in quelle con pre-ipertensione, condizione in cui la pressione sanguigna è lievemente più alta dei valori normali. «La pre-ipertensione probabilmente si trasformerà in ipertensione, se non verranno messi in atto cambiamenti allo stile di vita» ricorda il ricercatore cinese. Al termine dell'analisi sono stati inclusi un totale di 19 studi prospettici di coorte con più di 760.000 partecipanti seguiti per periodi di tempo compresi da quattro a 36 anni. Dal 25 al 54% dei soggetti studiati erano pre-ipertesi. Ebbene, dai dati raccolti emerge che questi ultimi avevano il 66% di probabilità in più di sviluppare un ictus rispetto alle persone con pressione sanguigna normale. Risultati rimasti invariati anche dopo gli opportuni aggiustamenti statistici per i noti fattori di rischio dell'ictus: colesterolo alto, diabete e fumo. «Quasi il 20% degli ictus che hanno colpito la popolazione studiata sono stati a causa di una pre-ipertensione» aggiunge Xu, che assieme ai colleghi ha suddiviso i pre-ipertesi in due gruppi: sopra e sotto il valore soglia di 130/85 mm/Hg, scoprendo che i pazienti di fascia alta avevano un rischio maggiore di ictus rispetto a quelli con valori più bassi. Per dirla in numeri, i primi avevano il 95% di probabilità in più di sviluppare un ictus rispetto a quelli con pressione sanguigna normale, contro il 44% di quelli in fascia bassa. «Se confermati, questi risultati avrebbero importanti implicazioni per la terapia antipertensiva, attualmente non indicata nei soggetti pre-ipertesi» conclude il ricercatore.

***

Antipsicotici atipici: ecco le dosi minime efficaci raccomandate

Uno studio pubblicato sulla rivista "Schizophrenia Bulletin" ha appena aggiornato le raccomandazioni sulle dosi minime efficaci per gli antipsicotici di seconda generazione, noti anche come antipsicotici atipici. «La dose minima efficace, cioè la soglia a cui un farmaco si dimostra più efficace del placebo, è stata determinata per 13 antipsicotici di seconda generazione ed è stata utilizzata per calcolare le dosi equivalenti rispetto a neurolettici come cloropromazina e aloperidolo e ai primi antipsicotici di seconda generazione come olanzapina e risperidone. Il criterio principale per la determinazione della dose minima efficace è stato il dosaggio più basso risultato significativamente superiore al placebo in uno studio in doppio cieco, randomizzato e controllato basato su misure standardizzate quali la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) o la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Dice Stefan Leucht, ricercatore al Dipartimento di psichiatria della Technische Universität di Monaco, Germania, e primo firmatario dell'articolo: «Gli antipsicotici atipici possono avere gravi effetti collaterali, e la principale preoccupazione dei medici è trovare la dose giusta per i loro pazienti». A questo scopo il gruppo tedesco ha svolto una ricerca sistematica sui principali database biomedici riguardo alle dosi minime efficaci relative a 13 antipsicotici di seconda generazione, ricavandone poi le dosi equivalenti rispetto all'olanzapina, scelto come farmaco di riferimento. Gli studi analizzati sono stati 73, e i risultati sono stati determinati per 5 antipsicotici atipici in commercio prima del 2003 ed per altri 8 farmaci introdotti successivamente. Ed ecco

i dosaggi: 10 milligrammi di aripiprazolo e di asenapina equivalgono a 1,33 dosi equivalenti di olanzapina; 300 mg di clozapina sono 40 dosi equivalenti; aloperidolo 4 mg/0,53 dosi equivalenti, iloperidone 8 mg/1,07, lurasidone 40 mg/5,33, olanzapina 7,5 mg/1, paliperidone 3 mg/0,4, quetiapina 150 mg/20, risperidone 2 mg/0,27, sertindolo 12 mg/1,60 e ziprasidone 40 mg/5,33. «Per amisulpride e zotepine, invece, non possono essere fornite stime attendibili» conclude Leucht. Schizophr Bull. 2014 Mar;40(2):314-26 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24493852

***

Come il dolore rovina la vita

Quasi 1 paziente su 2 è depresso, il 22 per cento si sente impossibilitato a vivere e l'11 per cento ha perso speranza e dignità. Queste le emozioni che spesso accompagnano chi ha una sintomatologia dolorosa cronica. Una nuova iniziativa di "Vivere senza dolore" – il progetto "Parole del dolore" – ha permesso ai malati di esprimere attraverso la scrittura la profondità del proprio malessere, non solo fisico ma anche psicologico.
Sono state raccolte 141 testimonianze di pazienti e cittadini, che hanno affidato alla scrittura pensieri ed emozioni suscitati dalla sofferenza. Frasi raccolte nelle piazze e negli ambulatori degli ospedali, e poi reinterpretate in chiave poetica. Da qui è nata un'installazione digitale interattiva, presentata in anteprima a Milano: una rappresentazione corale grazie alla quale lo spettatore, attraverso la lettura delle testimonianze, può specchiarsi e far sue quelle esperienze di vita.
«L'installazione – spiega Alfredo Calosci, interaction designer e ideatore dell'opera presentata – è un modo per riconoscere lo sforzo di chi ha provato a descrivere, a parole, l'esperienza del dolore e ha come obiettivo la valorizzazione del risultato di questo processo. Si tratta di frasi autentiche, sincere, non aforismi da incorniciare. Per questa ragione non appaiono da sole, ma "incastonate" in una matrice di lettere. Si è scelto di mantenerle unite perché è insieme che liberano il loro pieno significato». L'obiettivo dell'iniziativa è quello di evidenziare la complessità dell'argomento, contribuendo alla formazione di una lingua e di una cultura del dolore condivise, capaci di migliorare la qualità dell'interazione tra medico e assistito, tra chi soffre e chi, a diversi livelli e con ruoli differenti, ha il compito di aiutarlo.

***

Brain Initiative, mappati geni cervello e reti neurali – Informazioni eccezionali per malattie come l'autismo

A un anno dall'annuncio del presidente Usa Barack Obama sulla Brain Initiative, arrivano i primi frutti concreti di questo colossale sforzo – anche economico – per svelare i segreti del cervello umano. Su "Nature" oggi vengono pubblicate, in due studi paralleli, le prime mappe complete dell'espressione genetica e delle reti neurali nel cervello dei mammiferi. Queste mappe, una nell'uomo e l'altra nel topo, "forniscono preziose risorse per studiare lo sviluppo del cervello umano e i circuiti neurali che sono alla base dei processi cognitivi in soggetti sani e malati". Nel primo lavoro i ricercatori dell'Allen Institute for Brain Science hanno generato un modello ad alta risoluzione di cervello umano, con una mappa dettagliata dei punti in cui diversi geni vengono attivati e disattivati nel corso della gravidanza, con una risoluzione anatomica senza precedenti. Un risultato ottenuto grazie ai dati del BrainSpan Atlas of the Developing Human Brain del cervello umano in via di sviluppo. I dati forniscono informazioni eccezionali per malattie come l'autismo, collegate allo sviluppo iniziale del cervello, e sull'origine dell'unicità della mente umana. Il set di dati, inoltre, è pubblico e disponibile a tutti i ricercatori, attraverso il portale Allen Brain Atlas. "Sapere dove un gene viene espresso nel cervello è in grado di fornire potenti indizi sul suo ruolo", spiega Ed Lein, ricercatore dell'Istituto. "Questo atlante fornisce una visione completa di quali geni sono accesi o spenti mentre il cervello si sviluppa durante la gravidanza". Informazioni chiave per "indagare su ciò che va storto in caso di malattia". Il documento, che arriva "nel primo anniversario della Brain Initiative, è un esempio formidabile del potenziale di alleanze pubblico-privato per accelerare i progressi nel campo delle neuroscienze", dice Lein. Anche se tutte le malattie

dello sviluppo possono beneficiare di questa ricerca, secondo gli autori sarà proprio l'autismo, di cui il 2 aprile scorso si è celebrata la Giornata Mondiale, a segnare i maggiori progressi. Il team di ricerca ha utilizzato il BrainSpan Atlas per esaminare una serie di geni legati all'autismo durante lo sviluppo. "Abbiamo usato le mappe per trovare un hub dell'azione genetica che potrebbe essere collegato all'autismo, e posso dire che ne abbiamo identificato uno", dice Lein. "Questi geni sono stati associati con i neuroni eccitatori appena generati nella corteccia, l'area del cervello responsabile di molte delle funzioni cognitive 'colpite' nell'autismo". E dal momento che il topo è l'animale principe degli studi medici, un altro team dell'Allen Institute ha mappato la connettività neurale di questo mammifero. Nello studio Hongkui Zeng presenta, infatti, la prima mappa dettagliata di questo tipo in un vertebrato. Un lavoro che mostra come le regioni cerebrali del topo comunicano fra loro. Gli autori suggeriscono che i dati potranno essere utili per indagini analoghe nell'uomo.

***

Dimagrire con i probiotici

Secondo uno studio canadese pubblicato sul "British Journal of Nutrition", alcuni probiotici potrebbero aiutare le donne a perdere peso.
Oltre 100 persone in sovrappeso sono state sottoposte per tre mesi a una dieta dimagrante e alla somministrazione o meno di probiotici appartenenti alla famiglia del Lactobacillus rhamnosus.
In chi aveva assunto i bacilli, i ricercatori hanno registrato un calo del peso circa doppio rispetto a quanto era avvenuto negli individui usati come controllo. Tale fenomeno però sembrava riguardare solo le donne. Serviranno altri studi per confermare i dati e per dare loro una spiegazione scientifica.
Gli esperti ritengono però che la correlazione riscontrata sia da imputare alla capacità dei probiotici di ripristinare un equilibrio della flora batterica intestinale, alterato in chi ha chili di troppo, promuovendo i batteri che favoriscono un peso corporeo più salutare.

***

Cannabis tra novità ed evidenze

All'inizio dello scorso gennaio il Colorado ha legalizzato la marijuana. A febbraio 2014, una sentenza della Corte costituzionale Italiana ha dichiarato incostituzionale la legge Fini-Giovanardi, la quale equiparava le cosiddette droghe leggere e pesanti, con arresti sino a venti anni per spaccio di Cannabis. Queste notizie di attualità offrono l'opportunità per discutere il rapporto tra evidenze scientifiche e politiche delle droghe.
Il primo punto di riflessione riguarda la distinzione tra droghe "leggere" e "pesanti". Come recentemente ha fatto notare anche il professor Garattini, parlare di droghe leggere e droghe pesanti è improprio," le varie sostanze psicoattive [cioè, quelle sostanze – dette anche stupefacenti o nel linguaggio comune droghe – che sono in grado di alterare l'attività mentale e di indurre, in diverso grado, fenomeni di dipendenza, tolleranza e assuefazione] dal tabacco all'eroina, hanno tutte livelli diversi di tossicità che tuttavia assumono diversa gravità in rapporto con le caratteristiche personali ed il contesto in cui vengono consumate".
Il problema di fondo, è che non ci sono droghe leggere e droghe pesanti ma solo usi leggeri e usi pesanti di droga. Tuttavia e purtroppo, questi termini utilizzati dai media hanno finito per colonizzare anche il settore della clinica delle dipendenze. Molto spesso anche gli addetti ai lavori utilizzano questi impropri aggettivi. Ma è chiaro che non esiste una reale base scientifica per tale differenziazione. Essa nasce da un banale equivoco linguistico. I termini soft (tradotto leggero) e hard (tradotto pesante) relativi alle droghe hanno tratto origine dai luoghi dove le sostanze venivano consumate. Soft era relativo al campus universitario, luogo "leggero", dove si consumava hashish ma soprattutto marijuana, comunque Cannabis; mentre hard era riferito al Bronx, Harlem, luogo "pesante", dove si consumava eroina e cocaina.
Inoltre, la definizione di pericolosità o se si vuole di "pesantezza o leggerezza" delle varie sostanze psicoattive, non è, purtroppo, quasi mai legata agli effetti sulla salute delle sostanze stesse, basti pensare che nelle classifiche di potenziale rischio, il fumo di tabacco, i cui effetti dannosi sulla

salute sono ampiamente dimostrati, continua ad essere considerata una sostanza più "leggera" di altre quali, ad esempio proprio la cannabis i cui effetti sulla salute sono quantomeno meno noti e che, nella maggior parte degli assuntori, prevede comunque una precedente abitudine al fumo di tabacco.
Nello specifico del dibattito oggi in corso, la cannabis è una droga, così come lo sono l'alcol, il tabacco, la cocaina, l'eroina e tutte le numerose sostanze psicoattive. Non serve molto discutere se essa sia una droga più leggera o più pesante delle altre o delle sostanze psicoattive legali. Sarebbe più utile che anche gli scienziati quando ragionano di queste cose provino a comprendere se la legge che proibisce una sostanza psicoattiva sia utile o dannosa.
Le evidenze disponibili non sono, come spesso avviene, in grado di dare una risposta esaustiva a questa domanda.
Verificare sperimentalmente se la proibizione mantenga la diffusione di una sostanza a un livello inferiore a quello che altrimenti si sarebbe verificato senza la proibizione è praticamente impossibile. Tuttavia per la cannabis, nel confronto della diffusione della droga tra i paesi con severe sanzioni e quelli nei quali l'uso è decriminalizzato o legalizzato, si vede che l'incidenza dell'uso della droga è generalmente simile o addirittura inferiore. Ad esempio, in Olanda, dove il possesso e l'acquisto di modiche quantità di Marijuana sono state in pratica legali, l'incidenza dell'uso della droga è notevolmente inferiore a quello dei paesi limitrofi o a quello degli stati americani nei quali il possesso della droga è o era punito con la prigione.
Bisogna prendere atto che le politiche fondate sulla proibizione delle sostanze non hanno funzionato a dispetto dei toni trionfalistici che ci vengono venduti dalle organizzazioni preposte. Non ha funzionato l'esaltazione dei rischi, che confonde tra rischi della sostanza e pericoli derivanti dalle modalità di uso delle sostanze, modalità spesso e volentieri determinate proprio dalle politiche antiproibizioniste. Non hanno funzionato le politiche di proibizione fondate sull'enfasi per risultati scientifici scelti e valutati sempre a senso unico e che però dimenticano, le evidenze sull'utilità e sull'efficacia della riduzione del danno. Ad esempio, nonostante vi sia il divieto di vendita di tabacco ed alcol ai minori di 16 anni, sappiamo che il numero di giovani fumatori e di assuntori di bevande alcoliche, continua a crescere proprio tra i giovanissimi.
La riduzione del danno è una strategia operativa la quale accetta il fatto che molti soggetti non sono in grado o non intendono smettere di usare le sostanze. Per questo, piuttosto che sull'astinenza, sulla cura e sulla prevenzione, i programmi di riduzione del danno si focalizzano sui danni correlati al consumo, tentando di attenuarli. Una prassi di riduzione del danno è ad esempio la distribuzione gratuita di siringhe per gli eroinomani al fine di contrastare il pericolo delle infezioni. E più in generale rientrano nelle strategie di riduzione del danno tutte le politiche utili a sottrarre le sostanze al mercato illegale, dove la contaminazione, la presenza di sostanze da taglio tossiche, la variabilità della dose e della concentrazione di principio attivo aumentano enormemente i rischi sociosanitari già correlati all'uso della sostanza in sé.
In una discussione sulla legalizzazione della cannabis, non si può non tenere in considerazione anche il fatto che esiste una popolazione di malati che potrebbero giovarsi di questa sostanza, efficace per la nausea, il vomito, il dolore neuropatico, la spasticità, il glaucoma, e altre affezioni e sintomi. Oggi sono disponibili farmaci a base di cannabinoidi sintetici o naturali per uso medico. Ma la procedura per ottenerli è lunga e difficile, il costo del farmaco è esageratamente alto e la loro efficacia non è superiore a quella della Marijuana.
Infine, proprio nell'ottica di cercare di evidenziare la complessità del problema, non si può non fare un accenno al dibattito scientifico tuttora in corso relativo all'associazione tra uso di cannabinoidi e l'insorgere di sintomi psicotici.
Il primo studio scientifico in materia risale al 1987 in Svezia su una coorte di coscritti svedesi esaminati alla visita di leva e individuati come fumatori di cannabis in età adolescenziale, che erano poi stati ricontrollati dieci anni dopo, ed esaminati dal punto di vista psichiatrico. Nel gruppo dei fumatori, a confronto col gruppo di controllo (soggetti con anamnesi negativa per il fumo di cannabis) si trovò una percentuale significativamente più alta di soggetti con un disturbo mentale psicotico, schizofrenico o schizofreniforme. Successivamente gli studi su cannabis e schizofrenia hanno confermato che la cannabis fumata in età adolescenziale sia effettivamente un fattore di rischio per lo sviluppo di schizofrenia in età adulta, e che tale rischio riguardi in particolare una popolazione vulnerabile. Nell'insieme, comunque, la maggioranza dei dati disponibili indirizza verso un effetto, quantitativamente ancora non noto, di aumento del rischio di psicosi associato con

l'uso di cannabis in interazione con fattori genetici e fattori ambientali, età di inizio di assunzione e, come per tutte le sostanze psicotrope, quantità assunte. Contesto urbano, abuso in età infantile, il già ricordato stress, sono stati individuati come fattori ambientali che in interazione con l'uso di cannabis possono aumentare la probabilità di comparsa di sintomi psicotici. Ma non si tratta di una forte associazione dati i bassi tassi di disturbi psicotici sub-clinici, e ancora più bassi tassi di psicosi conclamata nella ampia popolazione di consumatori.

Laura Amato e Marina Davoli
Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio
http://www.partecipasalute.it/cms_2/node/3118

***

Cervello a pezzi con poco sonno

Se dormiamo troppo poco a risentirne potrebbe essere non solo il nostro corpo, ma anche il cervello. Uno studio sui topi dimostra come la mancanza di riposo possa determinare la perdita di neuroni in alcune zone chiave per la cognizione e per il movimento. La ricerca è stata condotta all'università della Pennsylvania ed è stata pubblicata su "The Journal of Neuroscience".
Nell'esperimento, i topi da laboratorio sono stati sottoposti a un ritmo circadiano simile a quello dei lavoratori turnisti, con tre giorni consecutivi in cui il riposo non superava le 4-5 ore nell'arco delle intere 24 ore. Mentre nel breve periodo si sono attivati meccanismi di difesa e protezione, nel lungo si è osservata la compromissione di un'area importante per il risveglio, la mobilità e per i processi cognitivi. La zona si chiama locus coeruleus <http://www.sleepreviewmag.com/2014/03/sleep-debt-brain-injury/> e in questa regione i topi dell'esperimento hanno riportato una perdita del 25 per cento dei neuroni. Da dimostrare ora se analoghi danni si verifichino anche negli uomini. Bisognerà studiare a questo punto il cervello di coloro che per motivi normalmente legati ai turni lavorativi hanno un ritmo circadiano compromesso e dormono necessariamente poche ore.

***

Il ministro difende i vaccini. Codacons insorge: «Si informi»

Dall'associazione dei consumatori un attacco al ministro: «La somministrazione polivalente dei vaccini non è esente da rischi. Presenteremo un ricorso al Tar del Lazio per sospendere la somministrazione del vaccino esavalente».
«Alcune procure continuano ad emettere sentenze che vanno contro l'evidenza scientifica». Al ministro della Salute Beatrice Lorenzin, mentre è in visita a un liceo romano, scappa la frase che la comunità scientifica ripete da tempo. Specie dopo l'ennesima apertura di un fascicolo da parte di una procura italiana per verificare il nesso tra vaccino trivalente contro morbillo-parotite e rosolia e autismo (e in questo caso anche diabete).
«Le evidenze scientifiche non le fanno i tribunali ma gli scienziati con le ricerche e gli approfondimenti. Noi quindi ci atteniamo alle evidenze scientifiche», ha aggiunto il ministro.
Chi si sarebbe aspettato un'ola, però, rimarrà deluso.
Neanche il tempo che le agenzie battano la notizia e arriva un attacco da una delle principali associazioni dei consumatori italiane, il Codacons.
«Le dichiarazioni odierne del ministro della Salute Beatrice Lorenzin relative all'indagine di Trani sui vaccini, sono gravissime», scrive l'associazione in una nota. «Forse la Lorenzin dovrebbe informarsi meglio prima di rilasciare dichiarazioni alquanto temerarie. La somministrazione polivalente dei vaccini come avviene nel nostro paese, nonostante solo 4 vaccini pediatrici siano obbligatori per legge, non è affatto esente da rischi per la salute dei bambini, perché può comportare danni da sovraccarico e shock del sistema immunitario. La letteratura scientifica attuale e gli esponenti della comunità scientifica sostengono che la somministrazione polivalente potrebbe indurre reazioni cosiddette "autoimmuni", cioè l'organismo potrebbe arrivare anche a produrre auto-anticorpi che, non riconoscendo più il "vero nemico"

da aggredire, aggredirebbero in una situazione di smarrimento generale le funzionalità di organi interni al paziente (es. demielinizzazioni, Les, alterazioni ematologiche, encefalopatie, etc etc)», aggiunge la nota. «Le evidenze scientifiche, quindi, a differenza di quanto sostiene il ministro della Salute, sono tutt'altro che compatte nel riconoscere l'assoluta bontà dei vaccini. Per tale motivo, a tutela della salute dei cittadini e sulla scia dell'indagine aperta a Trani, presenteremo un ricorso al Tar del Lazio per sospendere la somministrazione del vaccino esavalente e limitare la fornitura ai soli 4 previsti dalla legge, con risparmi pari a 114 milioni di euro annui per la collettività», conclude il Codacons. Un solo dato. Nell'anno Domini 1970 – non un secolo fa quando l'acqua potabile era fantascienza – il morbillo uccise 66 bambini al di sotto dei 5 anni in Italia e diverse altre decine riportarono conseguenze invalidanti permanenti a causa di questa malattia. Oggi i morti per morbillo in Italia sono 0 (zero!). In compenso, nel 2012 si sono registrati ancora 5 mila casi di malattia, quasi totalmente ascrivibili a persone non vaccinate. In un caso su cinque, l'infezione ha avuto complicanze: nel dettaglio 135 polmoniti, 7 encefaliti, 1 caso di sindrome di Guillain Barré e un decesso in un paziente immunodepresso.
Tra le persone vaccinate, invece, nello stesso anno, sono state registrati circa 500 casi di sospette reazioni avverse (sospette, non confermate). 450 di esse sono non gravi (quasi sempre febbre). Nello stesso anno si è sospettato che il vaccino avesse causato il decesso di due bambini. Successive analisi hanno confermato che la vaccinazione non aveva avuto alcun ruolo: nel primo il decesso era avvenuto a causa di un danno ischemico conseguente a un'infezione da enterovirus, quindi diverso dal virus del vaccino. Nel secondo caso il decesso è avvenuto a circa sette mesi di distanza dalla vaccinazione per un progressivo deterioramento delle condizioni neurologiche probabilmente dovuto a una patologia cronica presente prima della vaccinazione.

***

Corruzione, illegalità e frodi bruciano fino a 6% risorse sanità

Si stima che illegalità, frodi e corruzione abbiano bruciato il 5-6% delle risorse in sanità, circa 6 miliardi di euro. Sono i numeri riportati da "Monitor", la rivista dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas). La scelta di dedicare il dossier 'Focus on' alla trasparenza, alla legalità e alla prevenzione della corruzione nasce dalla considerazione che la sanità è un servizio naturalmente esposto a fenomeni di corruzione, perché rappresenta uno dei settori più rilevanti in termini di spesa pubblica, oltre 110 miliardi di euro. "Al di là delle cifre stimate il fenomeno è in grado di incidere pesantemente, per le sue dimensioni, sia sull'efficienza, sulla qualità, sulla sicurezza, sull'equità di accesso ai servizi, sia, su un altro piano, sulla fiducia dei cittadini, e la fiducia dei cittadini è un bene essenziale di qualunque servizio pubblico", sottolinea l'editoriale. Nella rivista viene illustrato in particolare il Piano nazionale anticorruzione e prese in esame le indicazioni per le Aziende sanitarie, rispetto all'applicazione della legge sulla prevenzione della corruzione e al decreto legislativa sulla trasparenza nella pubblica amministrazione. Pubblicati, inoltre, un'intervista sul tema al ministro Beatrice Lorenzin e i dati sul monitoraggio dei siti web delle aziende, forniti da Libera e Gruppo Abele, nel quadro delle azioni messe in atto dalle Aziende sanitarie per attuare la normativa. L'ultimo capitolo del n. 35 di "Monitor" è dedicato alla presentazione del progetto 'Matrice', il nuovo strumento di governance clinica in merito ai percorsi di cura delle patologie croniche, nato dalla necessità di offrire una risposta più adeguata a un bisogno di salute che ha portato allo spostamento del baricentro del Servizio Sanitario Nazionale dall'ospedale al territorio. http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/Monitor_35.pdf

***

Costo-beneficio dei farmaci biologici per la psoriasi

Le terapie biologiche sono considerate redditizie dalle principali agenzie di Health Technology Assessment (HTA) e, quindi, eleggibili per il rimborso da parte dei servizi sanitari pubbli-

ci. Tuttavia, comportano costi incrementali considerevoli e, inoltre, hanno un notevole impatto finanziario che in Italia è pari al 13,7% della spesa farmaceutica del Servizio sanitario nazionale. Nel processo decisionale di rimborsabilità, un ruolo importante è giocato sia dai dati di efficacia del farmaco osservati nei trial clinici randomizzati pre-licenza sia le ipotesi di modellazione economica, in quanto forniscono prove sul rapporto costo-efficacia. La somministrazione di terapie in contesti di pratica clinica quotidiana è in grado di produrre un notevole scarto rispetto ai risultati previsti dai modelli, compensando teoricamente il presupposto su cui si fonda il processo decisionale. Questo è un motivo di preoccupazione per i servizi sanitari pubblici e, di conseguenza, un argomento interessante da indagare. Per superare la mancanza di conoscenze sul rapporto costo-efficacia delle terapie biologiche per il trattamento della psoriasi a placche nella pratica clinica in Italia, è stato condotto uno studio osservazionale in 12 centri specializzati su pazienti che passano a terapia biologica all'interno di una finestra di iscrizione di 6 mesi. Lo studio conferma l'efficacia del passaggio a terapie biologiche nella pratica clinica, analizzata utilizzando una serie di parametri clinici [Psoriasis Area and Severity Index - (PASI), scala analogica visiva del dolore e del prurito (VAS)] e di qualità della vita. Dopo un periodo di osservazione di 6 mesi è stato riportato un miglioramento della qualità di vita correlata allo stato di salute con una media di anno di vita migliorato per qualità di 0,23 per paziente. I costi medici diretti per il trattamento della psoriasi a placche con farmaci biologici ammonta a 15.073,7 euro all'anno (prima del loro arruolamento lo stesso paziente costa 2.166,2 euro su base annuale). Dopo il passaggio ai biologici il costo per anno di qualità di vita durante il primo anno di trattamento ammonta a 28.656,3 euro. In conclusione almeno a breve termine, la pratica clinica dei centri specializzati italiani che partecipano allo studio conferma che il passaggio dei pazienti di un farmaco biologico produce un rapporto incrementale costo-efficacia comparabile ai valori previsti dagli agenzie di Health Technology Assessment (HTA). Spandonaro F, Ayala F, Berardesca E, et al. BioDrugs 2014 Feb 25

***

Curare malattie croniche? Un lusso. Costi e disagi

Avere una o più patologie croniche o rare, o accudire una persona malata è diventato oggi un lusso. I costi diretti e indiretti della malattia risultano infatti insostenibili per un numero crescente di pazienti e di famiglie. Questa la fotografia scattata da Exposanità (Bologna 21-24 maggio 2014), l'unica manifestazione in Italia dedicata al servizio della sanità e dell'assistenza e Cittadinanzattiva, il movimento di partecipazione civica per la promozione e la tutela dei diritti dei cittadini e dei consumatori.
Una situazione, quella delle malattie croniche e rare, che in Italia coinvolge secondo l'Istat quasi il 38% della popolazione, afflitta da almeno una patologia cronica, mentre il 20% dichiara di avere almeno due patologie, con forti ripercussioni a livello economico e sociale. Nel dettaglio, il 16,7% degli italiani soffre di ipertensione e il 16,4% di artrosi o artrite, mentre le allergie interessano un cittadino su 10. Seguono osteoporosi (7,4%), bronchite cronica o asma bronchiale (5,9%) e diabete (5,4%). L'impatto è forte, tanto che in Italia, secondo il rapporto 2013 'Permesso di cura', l'84% degli aderenti al Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici di Cittadinanzattiva dichiara che i pazienti non riescono a conciliare l'orario di lavoro con le esigenze di cura e assistenza, al punto che hanno ricevuto segnalazioni di licenziamenti o mancato rinnovo del rapporto lavorativo, che nel 63% dei casi riguardavano persone con patologie croniche e invalidanti e nel 41% dei casi i familiari che li assistono. Critici anche i dati relativi ai costi dell'assistenza non garantita dal Servizio sanitario nazionale, troppo onerosa per il 54% degli intervistati, così come la distanza tra l'abitazione e il luogo di cura (41%). Proprio sulla necessità di una sanità diffusa e radicata sul territorio per quanto riguarda l'assistenza, Exposanità ospiterà sabato 23 maggio il convegno di Cittadinanzattiva 'Lo spostamento sul territorio delle attività di prevenzione, diagnostica e terapia, correlate al tema delle malattie croniche e rare' per analizzare e confrontare le diverse modalità in cui si esprime l'assistenza sanitaria, alla luce del fatto che ben l'80% delle associazioni dichiara che i pazienti rinunciano all'assistenza soprattutto per quanto riguarda la riabilitazione (63%), l'accesso ai farmaci (37%), gli esami di controllo (37%) e l'assistenza domiciliare (33%).

"Lo spostamento verso il territorio dei percorsi di cura ed assistenza – dichiara Marilena Pavarelli, project manager di Exposanità – è una dinamica che la manifestazione ha sostenuto negli anni nel contribuire ad affermare un modello policentrico della sanità che affianchi al tema della cura quello dell'assistenza. Un modello che può reggersi soltanto attraverso un'attenta organizzazione dei servizi ed un'adeguata formazione del personale, elementi questi da sempre al centro delle attività formative che anche in questa edizione caratterizzeranno Exposanità".
Per molti cittadini, come racconta il rapporto di Cittadinanzattiva, l'estremo risultato delle difficoltà sociali ed economiche legate ad una patologia cronica è il nascondere la patologia stessa in alcuni contesti, fra cui quello lavorativo: se il 49% evita di prendere sul lavoro permessi per cura, il 43% nasconde la propria patologia e il 40% si accontenta di eseguire un lavoro non adatto alla propria condizione, il 60% dichiara inoltre di aver avuto difficoltà nella concessione dei permessi retribuiti e il 45% nella concessione del congedo retribuito di due anni. Un quadro ancor più negativo se si considera quanto i costi relativi a malattie croniche e rare hanno gravato sulle famiglie. In particolare, come rileva l'ultimo rapporto Ceis sanità, in Italia l'assistenza ad anziani e disabili è costata in media, alle famiglie che ne hanno fatto richiesta, 5.832 euro all'anno, mentre le visite specialistiche hanno richiesto l'esborso di 1.374 euro. Le protesi sono costate 1.211 euro, i farmaci 981 euro e il ricorso a servizi ausiliari è costato 1.938 euro.

***

Fare sport riduce del 12% il rischio di ammalarsi di tumore al seno

I benefici di un'attività fisica costante sono diretti, valgono cioè a prescindere dal peso e dall'età in cui si inizia. Questo il risultato di una ricerca che ha messo insieme studi condotti su oltre 4 milioni di donne e i cui risultati sono stati presentati a Glasgow.
Lo sport fa bene al corpo e alla mente. Un'ulteriore conferma degli effetti benefici di una costante attività fisica arrivano da una ricerca secondo cui il movimento aiuta anche a non ammalarsi di cancro al seno. Fare sport, dunque, aiuta le donne a prevenire questa malattia, a qualunque età si inizi e indipendentemente dal proprio peso corporeo. La novità arriva da una ricerca che ha messo insieme studi condotti su oltre 4 milioni di donne e i cui risultati sono stati presentati al 9th European Breast Cancer Conference (EBCC-9) in corso in Scozia, a Glasgow.
I ricercatori hanno visto che rispetto alle donne più sedentarie, quelle più attive hanno un rischio di ammalarsi di cancro al seno del 12 per cento inferiore e che questo beneficio si registra in tutte le donne, a prescindere dal peso e dall'età. La ricerca è stata condotta da Mathieu Boniol direttore di ricerca dell'istituto "Prevention Research Institute" di Lione. Il lavoro è una meta-analisi di 37 studi pubblicati tra 1987 e 2013, su un campione complessivo di oltre 4 milioni di donne.
Dalla ricerca è venuto fuori che gli effetti anticancro dell'attività fisica sono "ubiquitari", nel senso che valgono per qualunque donna, a qualunque età diventi fisicamente attiva, e qualunque sia il suo peso corporeo di partenza. Ciò significa che lo sport, già noto per la sua azione di prevenzione nei confronti di malattie cardiache e del cancro dell'intestino, previene pure il cancro alla mammella, anche in persone senza problemi di sovrappeso, segno che il suo effetto anticancro non è indiretto, ma diretto e con meccanismi che restano ora da scoprire.
Secondo Boniol, «con l'aggiunta del cancro al seno, compresi i tipi più aggressivi, l'elenco delle malattie che si possono prevenire grazie all'attività fisica dovrebbero incoraggiare lo sviluppo di città che promuovano lo sport e le piste ciclabili, la creazione di nuovi impianti sportivi e la promozione dell'attività fisica attraverso campagne di educazione».
Una sola nota negativa. La ricerca ha anche dimostrato che gli effetti protettivi dell'esercizio fisico vengono annullati nelle donne che utilizzano la terapia ormonale sostitutiva. Ma secondo i ricercatori proprio una maggiore consapevolezza degli effetti collaterali della terapia ormonale sostitutiva e una riduzione del suo uso potrebbe portare a un aumento, nei prossimi anni, degli effetti benefici dell'esercizio fisico.

***

Cure transfrontaliere: il Dlgs in vigore dal 5 aprile

È pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 67 del 21 marzo 2014 il Dlgs «4 marzo 2014, n. 38 Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro», che è in vigore, come specifica la stessa Gazzetta, dal 5 marzo scorso.
Parte così ufficialmente quella «Schengen sanitaria» che permetterà ai pazienti Ue di spostarsi per ricevere un'assistenza di qualità in altri Paesi. Con paletti e regole ben precise, in parte ancora da fissare. Anche perché il decreto legislativo di recepimento della direttiva 2011/24/Ue – e della direttiva 2012/52/Ue che introduce misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro – varato dall'esecutivo Renzi, mette in piedi un'articolata architettura basata su autorizzazioni preventive, tariffe, rimborsi.
Ora il sistema sanitario nazionale diventa un sistema sanitario europeo con una mobilità facilitata dei pazienti. Con tre premesse: la possibilità di accedere solo alle cure che sono inserite nei Lea, salvo deroghe regionali; la possibilità di ricevere solo un rimborso indiretto, dopo aver pagato di tasca propria; l'obbligatorietà del rimborso limitata all'assistenza erogata nell'ambito del Ssn. Restano escluse dal campo di applicazione della direttiva tre categorie: i servizi "long term care", i trapianti d'organo e i programmi pubblici di vaccinazione.
Il decreto, come detto, va ancora riempito di contenuti. A partire da quel "Punto di contatto nazionale" che sarà accessibile dal portale del ministero della Salute: qui i cittadini troveranno tutte le informazioni necessarie su strutture, criteri e modalità dei rimborsi, tariffe ed eventuali autorizzazioni preventive. Il decreto infatti prevede che una serie di prestazioni – che la Conferenza Stato-Regioni dovrà individuare entro 60 giorni dalla pubblicazione – debba ricevere il via libera dell'Asl di competenza, entro 30 giorni dall'inoltro della domanda da parte del cittadino.

Il punto di contatto nazionale
A disposizione sia dei pazienti in entrata che di quelli in uscita, il Punto di contatto nazionale è il fulcro della direttiva: qui convergeranno le informazioni sui centri che erogano le cure, sui diritti dei pazienti, sulle procedure di denuncia e sui meccanismi di tutela, sulle condizioni e i termini del rimborso e le informazioni da includere nelle ricette mediche. Il portale sarà realizzato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

L'autorizzazione preventiva
Questi – in attesa del regolamento attuativo – i casi in cui il rimborso è soggetto ad autorizzazione preventiva: ricoveri di almeno una notte e prestazioni che richiedono l'ultilizzo di un'infrastruttura sanitaria o di un'apparecchiatura mediche altamente specializzate e costose. È fatta salva la possibilità, per le Regioni, di sottoporre ad autorizzazione preventiva ulteriori prestazioni, ovviamente nel rispetto delle condizioni previste dalla direttiva. L'autorizzazione non può essere negata nel caso in cui l'assistenza non sia erogabile sul territorio nazionale in tempi congrui. Il sì a curarsi fuori può essere negato, secondo la direttiva, in caso di rischi per la sicurezza del paziente e dubbi su standard, qualità dell'assistenza e vigilanza.

I rimborsi
La prestazione, anche di telemedicina, sarà rimborsabile purché rientri nei Lea e salvo deroghe regionali. Valgono le tariffe regionali, in ogni caso la copertura non supererà il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta. Le Regioni, in ogni caso, possono sempre decidere di rimborsare agli assicurati in Italia altre spese, come viaggio, alloggio e altro, per i disabili.

Le reti di riferimento europee
I punti di contatto nazionali svolgeranno un ruolo chiave anche nella creazione delle reti di riferimento europee («Ern», nel testo della direttiva) che dovrebbero garantire una serie di vantaggi tra i quali: una rete informativa comune che permetta lo scambio di competenze e risultati rag-

giunti; uno stimolo alla formazione e alla ricerca; la promozione di economie di scala attraverso la specializzazione dei servizi; l'accelerazione su temi come le malattie rare, trattate oggi in modo ancora disomogeneo da un Paese all'altro.

***

Dieta mediterranea per spegnere l'infiammazione silente

C'è una forma di infiammazione che non dà alcun disturbo, ma che nel tempo può favorire l'insorgenza di malattie croniche come quelle cardiovascolari. La dieta mediterranea è in grado di contrastarla.
La dieta mediterranea segna un altro punto a suo favore. Secondo uno studio condotto da ricercatori dell'IRCCS Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed di Pozzilli, in Molise, questo modello alimentare potrebbe infatti portare vantaggi anche per quella forma di infiammazione cronica non ancora manifesta a livello clinico, oggi ritenuta un fattore di rischio comune a numerose malattie croniche degenerative.
I risultati della ricerca, pubblicata sulla rivista "Blood", sono stati ottenuti nell'abito del progetto Moli-sani, un grande studio epidemiologico condotto in Molise su 25 mila persone.
«L'infiammazione silente o subclinica è una condizione cronica a cui tutti siamo più o meno esposti», spiega Giovanni de Gaetano, Responsabile del Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione dell'IRCCS Neuromed. «Non stiamo parlando di fasi acute, come un'influenza o una polmonite ma piuttosto di uno stato silente in cui tutti, in vario grado, ci troviamo. Questo stato infiammatorio si rileva generalmente analizzando il livello di alcuni marker, come ad esempio la proteina C reattiva, o anche il numero di piastrine e di globuli bianchi (leucociti) nel sangue. Ma se per la proteina

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

C reattiva era stata segnalata un'associazione con l'alimentazione, per i leucociti e le piastrine nessuno ancora aveva provato a testare se esistesse un rapporto diretto con ciò che mangiamo ogni giorno».
«I nostri dati indicano che la dieta mediterranea riduce significativamente il numero delle piastrine e dei leucociti. Questo ci fa pensare che una sana alimentazione induca una riduzione del livello di infiammazione sub-clinica», aggiunge Marialaura Bonaccio, principale autrice dello studio.
I ricercatori di Neuromed hanno provato anche a capire quali potessero essere i componenti della dieta capaci di interferire con lo stato infiammatorio: «Le nostre analisi – dice ancora Bonaccio – indicano che un ruolo fondamentale è giocato proprio dal contenuto antiossidante e dalle fibre di cui questo modello alimentare è particolarmente ricco».

***

Dipendenze, Italia tra prime 5 a soffrirne di più in Europa

Alcol fumo, gioco, sesso, droghe: gli italiani non si fanno mancare niente quanto a dipendenze. Siamo infatti tra le prime 5 nazioni europee per questo tipo di patologie. A spiegarlo è Luigi Janiri, professore di Psichiatria presso l'Università Cattolica di Roma e psicoanalista della Società Psicoanalitica Italiana (Spi).
''Esistono molte forme di dipendenza – evidenzia – e la loro ricaduta sociale è elevatissima. La dipendenza da alcol ha un'alta prevalenza in Europa con più di 14 milioni di persone colpite ogni anno. Solo in Italia gli alcoldipendenti sono circa 1 milione e più di 8 milioni di persone sono considerate bevitori a rischio. Un fenomeno in crescita soprattutto fra i giovani, vittime anche di poliabuso''. In aumento anche i giocatori d'azzardo patologici, che si stima siano lo 0,5-2,2% della popolazione italiana (da oltre 300mila a oltre 1,3 milioni persone colpite), mentre il 7% degli italiani tra i 15 e 64 anni ha provato ad assumere cocaina almeno una volta nella vita, e il 2,1% ammette di averne consumato nel corso dell'ultimo anno. ''Considerando la fascia di popolazione che va dai 15 ai 64 anni – continua Janiri – siamo al primo posto in Europa (14,3%) per consumo di cannabis nell'ultimo anno e al secondo posto (6,9%) dopo la Spagna (7,6%) per uso della cannabis nell'ultimo mese. Terzi (32%) dopo Danimarca (32,5%) e Spagna (32,1%) se si considera il consumo di cannabis almeno una volta nella vita''.
L'aumento delle dipendenze si spiega, secondo Janiri, con ''la crescita dei fattori di disagio sociale – prosegue –. Come terapia di riabilitazione si punta a colloqui motivazionali e lavoro in gruppo come modello di aiuto, un po' come gli alcolisti anonimi, con il supporto di counsellor e psicologi''. Il gruppo rinforza la motivazione a smettere e aiuta il soggetto a prevenire le ricadute, identificando le situazioni di rischio esterno. ''La psicoterapia psicodinamica è invece lo strumento che consente – conclude – di comprendere le motivazioni profonde della fragilità dell'Io della personalità dipendente, incapace di rimandare la gratificazione e tollerare la frustrazione''.

***

Dove sono le prove?

On line la versione italiana di "Testing Treatment Interactive", per illustrare le caratteristiche che dovrebbe avere una ricerca "utile".
Come si può sapere se una cura è migliore di un'altra o se le prove dei rischi e dei benefici di un trattamento sono attendibili?
La ricerca in sanità si occupa di ciò che è necessario per migliorare la salute dei cittadini?
E ancora, che cosa si può fare per rendere la ricerca sui trattamenti più vicina a queste esigenze?
"Dove sono le prove" è un sito web pensato per rispondere a queste domande: si rivolge non solo a ricercatori, medici e altri operatori sanitari, ma anche a pazienti, cittadini, studenti, insegnanti, giornalisti.
Il sito è stato realizzato a partire da un'iniziativa di ricercatori inglesi (guidati da Iain Chalmers, tra i fondatori della Cochrane Collaboration), che hanno realizzato il libro *Testing Treatments* e ne hanno trasferito i contenuti sul sito "Testing Treatment Interactive", di cui esistono traduzioni in 9 lingue.

A disposizione degli utenti, la traduzione in italiano del libro *Testing Treatments* e risorse aggiuntive che aiutano a spiegare e illustrare quali caratteristiche dovrebbe avere una ricerca "utile".
Sito http://it.testingtreatments.org <http://it.testingtreatments.org/>
Video "Come funziona uno studio clinico" http://it.testingtreatments.org/2013/12/12/come-funziona-uno-studio-clinico/

***

Due italiani su dieci positivi alla tubercolosi

La Tbc è in aumento nei giovani tra i 15 e i 24 anni e si stima che due italiani su dieci possano essere positivi ai test per la malattia latente.
A richiamare l'attenzione sul problema è l'Amcli, l'Associazione dei microbiologi clinici italiani, in occasione della Giornata mondiale della tubercolosi.
Le persone con infezione tubercolare latente non presentano sintomi, sottolinea l'Amcli, e non possono trasmettere la malattia che, per insorgere, necessita di condizioni in grado di ridurre considerevolmente le difese immunitarie. I soggetti positivi che si ammalano (uno su dieci) sono infatti immunodepressi, anziani oppure malati oncologici, trapiantati, sebbene anche una dieta esagerata può essere elemento sufficiente per scatenare la malattia.
«Solamente attraverso un'attenta analisi si riesce a stabilire se un paziente è infetto in modo latente – ricorda Pierangelo Clerici, presidente Amcli – oppure in modo attivo, se elimina bacilli con la tosse e quindi è contagioso, oppure no ed infine a quali farmaci è sensibile».
Nelle grandi città la malattia raggiunge picchi di incidenza fino a quattro volte rispetto alla media nazionale di sette casi ogni 100 mila abitanti: discoteche, scuole, aule universitarie (come nel caso della facoltà di Medicina di Torino) ne favoriscono la diffusione, spiega l'Amcli, ed è sufficiente una persona affetta da tubercolosi polmonare contagiosa per creare numerosi casi secondari. Il contagio può avvenire inoltre anche nelle strutture sanitarie, come avvenne nel caso della neonatologia del Gemelli di Roma.
La diagnosi di laboratorio «deve essere maggiormente estesa – auspica Claudio Piersimoni, microbiologo clinico agli Ospedali riuniti di Ancona – e resa facilmente disponibile soprattutto ai servizi che si occupano di immigrati e rifugiati. Stanno aumentando i casi di bacilli tubercolari resistenti ai due farmaci di prima linea (isoniazide e rifampicina) in pazienti che arrivano prevalentemente dell'Europa dell'Est, oltre che dall'Africa. Per ridurne l'incidenza – aggiunge – sarebbe fondamentale intercettare i portatori, sottoporli a una diagnostica di laboratorio approfondita e a terapie idonee».
Un sintomo che deve far scattare il campanello di allarme è la tosse persistente, accompagnata da febbre o un leggero calo di peso, che non passa dopo un normale trattamento antibiotico. In questo caso, meglio fare una radiografia al torace ed evitare che la Tbc possa essere scambiata per una banale influenza.

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

Voglia di futuro

***

Errori in sanità pubblica sempre più cari

Impennata dei costi per gli errori in sanità pubblica: è in estrema sintesi quanto emerge dalla quinta edizione del report Medmal sui sinistri in sanità di Marsh. Nei nove anni analizzati (2004-2012) il costo medio per sinistro è passato da 40 mila a 66 mila euro, con un picco nel 2012; aumentato anche il valore assicurativo medio, passando da 3.400 a 4 mila euro a posto letto: in termini assicurativi un medico costa in media 6.841 euro, un infermiere 2.864 euro, un ricovero 106 euro, con valori maggiori in centro Italia (per il personale medico varia dai 6.080 euro del nord, agli 8.850 euro del centro, ai 5 mila euro del sud). Se i valori assicurativi registrano un aumento medio che va dal 15,4 al 17,2% per tutte le voci considerate (medici, infermieri, posti letto, ricoveri), si riduce invece appena la frequenza degli errori: ogni ospedale riceve 61 richieste di risarcimento l'anno, pari a un sinistro ogni 10 posti letto e quasi 1,8 ogni 10 medici. In relazione alla localizzazione geografica, il tasso è sostanzialmente allineato al nord e al sud, ma aumenta notevolmente al centro. Riguardo al numero di richieste di risarcimenti danni, al primo posto c'è il nord con una percentuale del 55,4%, seguono le strutture del centro con il 39% e il sud con il 6%. Le specialità più a rischio sono ortopedia (13%), pronto soccorso (12,5%), chirurgia generale (10%), ostetricia e ginecologia (8%) e nella classifica delle principali tipologie di errori reclamati si confermano al primo posto gli errori chirurgici (27%), seguiti da quelli diagnostici (19%), quelli terapeutici (11%) e le cadute di pazienti e visitatori (10%).
Le strutture sanitarie di primo livello, ovvero quelle di base, registrano il maggior numero di richieste danni (54,73%), seguono le strutture di secondo livello (23,46%) e gli ospedali universitari (18,8%); molto distanziate le strutture specialistiche monotematiche: ortopediche (1,8%), materno-infantili (1%), oncologiche (0,23%).

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 1 aprile 2014

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
AMABILE ANNALISA	Via Emilia Levante, 57 – Bologna	328/92.24.138
ABD ALATIF RANIA	Via Libia, 4 – Bologna	339/65.61.037
AMABILE ANNALISA	Via Emilia Levante, 57 – Bologna	328/92.24.138
ANELLI LORENZO	Via Gramsci, 10 – Funo di Argelato	320/87.09.962
ARICO' EMANUELA SERENA	Via S.Petronio Vecchio, 42/2 – Bologna	340/28.069.13 347/45.46.632
BAICCHI FABIO	Via Suor Maria Giorgi,2 – Castiglione dei Pepoli	0534/91.175 392/82.36.882
BAIETTI IRENE	Via Mitelli, 22 – Bologna	051/36.47.11 333/40.95.093
BANCHELLI ISABELLA	Via Bigari, 6 – Bologna	347/09.40.768
BARBARESI UMBERTO	Via Pietro Lianori, 16 – Bologna	348/26.20.386
BARDASI GIULIA	Via Calindri, 62 – San Lazzaro di Savena	051/62.58.597 320/72.82.860
BARTOLI CRISTOPHER	Via IV Novembre, 2 – Tavullia (PV)	0721/47.65.30 328/69.11.432
BARTOLI ELENA	Via Mazzini, 41 – Bologna	340/57.11.491
BASCHIERI FRANCESCA	Via Agnesi, 1 – Bologna	051/34.21.27 333/87.03.330
BETTI MONIA	Via Bazzino, 2/b – Mordano	0542/52.379 348/82.49.838
BUGANI GIULIA	Via A.Costa, 14 – Ozzano Emilia	051/79.97.89 340/66.60.553
CAMELA FEDERICA	Via F.Malaguti, 1/6 – Bologna	333/83.35.650
CECCARONI YURI	Via Primodì, 10 – Bologna	333/98.50.722
CERESONI GIOVANNA	Via De' Griffoni, 8 – Bologna	389/83.44.221
CHIARO GIACOMO	Via Saragozza, 189/3 – Bologna	051/61.48.242 340/26.12.205
CIMAGLIA PAOLO	Via Neri, 3 – Imola	0542/69.05.90 333/16.46.188
CIMINELLI FEDERICA	Via Guerrazzi, 14 – Bologna	333/37.50.904
CIPRESSI CHIARA		340/48.34.808
CONGIU ERMINIA	Via Duse, 16 – Bologna	349/53.19.078
CONTADINI ILARIA	Via Primodì, 10 – Bologna	333/34.92.327
CORETTI BRUNELLA	Via delle Lame, 4 – Bologna	347/91.56.545
CORSINI ANNA	Via Capuana, 19 – Bologna	051/56.51.45 340/54.43.419
CRISTINO SIMONA	Via Guelfa, 34 – Bologna	328/53.62.213
DALLARI FRANCESCA LYDA	P.zza La Veneta, 5 – Bologna	338/80.97.005
DAMIANO DAVIDE	Via Genova, 3 – Bologna	328/70.55.760
DANESE ILARIA	Via N.Sauro, 31 – Bologna	051/22.98.82 338/85.73.550
DE BERARDINIS GIULIA	Via Duca D'Aosta, 29 – Alba Adriatica	339/50.77.298 0861/75.12.00
DEL PRETE CHIARA	Via Fontanina – Bologna	320/02.87.751
DEMURTAS SAUDINA	Via L.Toso Montanari, 20 – Bologna	329/63.37.930
DI CIOMMO MARIA LUISA	Via Chiudare, 3 – Bologna	347/23.03.113
DIGAETANO MARGHERITA	Via S.Isaia, 6/6 – Bologna	340/86.29.712
DIVIZA VICTORIA	Via Gramsci, 2 – Sasso Marconi	380/47.64.820
EL KHOUZAI BADR	Via P.Vizzani, 37 – Bologna	389/65.61.895
FABBRI VISCARDO PAOLO	Via Lamponi, 13 – Bologna	051/44.02.67 320/87.07.746
FAENZA VALENTINA	Via Morgagni, 10 – Bologna	339/56.50.225
FORESTIERE GIORGIA	Via Piemonte, 2 – Bologna	051/98.43.663 349/34.31.614
GALLETTI LISA	Via Lodi, 2 – S.Giovanni in Persiceto	051/82.66.67 348/90.45.837
GHEDINI SILVIA	Via Y.Gagarin, 26 – Sasso Marconi	051/84.50.84 333/96.88.366
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	346/94.79.582 345/34.34.676
GUAGLIANONE ARGENTINA	Via Vallescura, 5/3 – Bologna	346/81.32.301
GUALANO CHIARA	Via C.Cattaneo, 1 / 2 – Bologna	349/87.13.430
HYSTUNA VALMIRA	Via G. di Vittorio, 12 – Minerbio	340/15.21.550
IMBRIACO CHIARA	Via Masina, 18 – S.Giorgio di Piano	051/89.34.02 333/21.61.151
IMBRIACO GRAZIA	Via Massarenti, 199 – Bologna	333/70.97.815
LAMBERTINI MARTINA	Via Martiri di Pizzocalvo, 89 – S.Lazzaro di Savena	051/62.52.209 348/88.13.162
LEVANTESI PAOLO	Via delle Tovaglie, 15 – Bologna	329/68.58.858
LONGHI FRANCESCA	Via Beniamino Gigli, 27 – Bologna	051/62.38.131 393/14.62.114
LO PREIATO VALENTINA	Via della Resistenza, 17 – Casalecchio di Reno	347/01.50.197 051/59.26.59
MAGAGNI GABRIELE	Via Alderotti, 2 – Bologna	349/13.35.956
MARINO MARIALUISA	Via Valtiera, 2 – Calderara di Reno	349/67.60.481
MATTEI FRANCESCA	Via Panigale, 6 – Bologna	340/16.04.074

MAZZETTI SARA	Via Martiri di Piazza Fontana, 24 – Casalecchio di Reno	328/46.68.691
MEJA LARA ELSY DE JESUS	Via degli Ortolani, 37 – Bologna	393/98.96.516
MORISI LISA	Via Bellini, 21 – S.Giovanni Persiceto	347/69.86.013 051/82.69.61
MURARIU IOANA ADINA	Via E.Rizzoli, 3 – Granarolo dell'Emilia	348/91.48.155
NERI GIAN PAOLO	Via L.da Vinci, 16 – Bologna	333/67.05.140
NUVOLA GIACOMO	Via Zaccherini Alvisi, 7 – Bologna	380/39.24.972
PALAIA VINCENZO	Via G.Massarenti, 43 – Bologna	340/66.86.310
PALMISANI ROSA	Via Camillo Oblach, 2 – Bologna	051/62.38.417 328/91.80.651
PALO STEFANO	Via Massarenti, 221 – Bologna	393/48.25.681
PIACENTINI MICOL	Via F.Schiassi, 28 – Bologna	051/19.98.47.95 333/32.91.186
PORTUNATO ALESSANDRO	Via Mazzini, 82 – Bologna	328/42.13.573
RABBI LORENZO	Via Nuova, 3 – Bologna	339/41.25.121
RABONI ROBERTA	Via S.Vincenzi, 44/2 – Bologna	0541/38.86.80 347/00.34.110
RAVALDI ELISA	Via Fluno. 118 – Mordano	0542/52.279 339/80.63.339
RAVENNATI FRANCESCA	Via Sant'Andrea, 14 – Ozzano Emilia	051/03.61.193 333/85.43.195
RENZI ANNA CLARA	Via Fioravanti, 135 – Bologna	051/58.83.300 328/13.91.196
ROCCA ALESSANDRO	Via L. Bertelli, 7 – S.Lazzaro di Savena	051/45.17.57 329/12.99.674
SALFI RAFFAELE	Via Sant'Andrea, 14 – Ozzano dell'Emilia	051/03.61.193 333/85.12.798
SCAGLIARINI NOEMI	Via Alfieri, 27/b	338/94.08962
SCORZONI RAFFAELLA	Via Ferrarese, 10/2 – Bologna	051/35.25.51 340/39.36.916
SPIGHI ALESSANDRO	Via Matteotti, 36/2 – Bologna	339/78.03.511
TABARRONI ANTONINI GIORGIO	Via Filippo Schiassi, 16 – Bologna	333/48.09.829
TERRANOVA SIMONA	Via Sant'Andrea, 12 – Ozzano Emilia	051/65.11.117 340/91.55.631
TRAPPOLI ANGELA	Strada Maggiore, 80 – Bologna	051/58.83.574 338/19.44.007
TURRINI ALESSANDRA	Via Fiorita, 12 – Bologna	051/49.07.06 340/14.84.405
VACIRCA ANDREA	Via D'Azeglio,96 – Bologna	051/58.48.23 348/04.55.374
VALBONESI FRANCESCA	Via Raibolini, 16 – Zola Predosa	392/04.43.969
VALLI VITORIO	Via S.Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23
VERACINI EZIO	Via delle Lame, 73 – Bologna	340/07.80.755
VERONESE GIACOMO	Via Poggiaccio, 83 – Dozza	0542/67.32.61 333/65.55.528
VIRGILI GIULIO	Via G.Albini, 3 – Bologna	331/31.70.127
VITA MICHELA	Via Pascoli, 2 – Bologna	328/13.21.089
VITALE MASSIMO DANILO FABIO	Via Fossolo, 32 – Bologna	051/34.34.36 334/89.67.301
ZAGNI ELISA	Via Bertalia, 39 – Bologna	051/63.51.062 348/21.22.719
ZANETTI ISABELLA	Via Porrettana, 12 – Bologna	051/43.67.54 340/29.84.424

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ARICO' EMANUELA SERENA	Radiodiagnostica	340/28.06.913 347/45.46.632
BONANNO ANNALISA	Odontoiatra	349/89.24.247
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16 340/85.50.870
CONCORDIA ALESSANDRA	Medicina del Lavoro	346/47.85.225
CONTI LETIZIA	Pediatria	328/95.82.902
DE CRISTOFARO ENRICO	Pediatria	348/38.20.746
FORLANI GIULIA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	333/98.85.260
GALLI ALESSANDRO	Odontoiatra	0763/34.43.10 320/71.31.656
IMBRIACO GRAZIA	Medicina Interna	333/70.97.815
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva Medico Competente Corso di Formazione in Medicina del Lavoro	051/44.32.41 339/48.19.676
PAOLUCCI ALESSANDRO	Odontoiatra	328/00.21.077
PICCOLI LIDA	Chirurgia Generale	0721/82.33.30 347/59.17.472
PIETROBELLO MARIA VITTORIA	Neuropsichiatria Infantile	333/48.69.552
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

ISNB - Istituto delle Scienze Neurologiche Bologna

Seminari Scientifici Di Neuroscienze Cliniche

Ospedale Bellaria - Marzo-Dicembre 2014
I Seminari Scientifici organizzati dall'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna sono condotti da ricercatori interni ed esterni all'Istituto su argomenti di interesse nell'ambito delle Neuroscienze e rappresentano un momento fondamentale di approfondimento e condivisione delle conoscenze per i professionisti provenienti dalle diverse aree disciplinari e professionali dell'Istituto e del territorio.
Durante gli incontri, verranno discusse sia le più recenti evidenze scientifiche e le innovazioni tecnologiche che hanno ricadute sulla gestione clinica dei pazienti sia i possibili sviluppi futuri e i nuovi indirizzi della ricerca.
È prevista la discussione di due seminari al mese fino al 16 Dicembre 2014, il Martedì alle ore 15.30, presso il PADIGLIONE G -1°PIANO-OSPEDALE BELLARIA.
Ulteriori precisazioni riguardanti gli argomenti di discussione, date, orari, verranno comunicati un mese prima sul sito Web dell'Istituto (www.isnb.it), e dell'AUSL Bologna (www.ausl.Bologna.it) e inviati alla mailing list dei partecipanti e affissi nelle bacheche di Istituto. Al ciclo completo di discussione dei seminari sono assegnati 43 crediti ECM per Medici, Infermieri e Tecnici di Neurofisiopatologia.
L'iscrizione ai seminari è gratuita.
Per l'iscrizione ai seminari e alla mailing list contattare la Segreteria Organizzativa: Sig.ra Antonella Ferretti - antonella.ferretti@ausl.bo.it - tel 051 4966207 fax 051 4966208

Discussione di casi clinici

La discussione di casi clinici organizzati dall'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna rappresenta un momento fondamentale di confronto in cui i professionisti afferenti alle diverse aree disciplinari condividono le proprie esperienze sulla gestione dei casi clinici complessi e discutono i possibili iter diagnostici e terapeutici dei pazienti in cura presso l'Istituo. Gli eventi sono aperti anche a professionisti esterni interessati alle discussioni.
Durante gli incontri, verranno condivisi i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali già attivati o in fase di elaborazione accanto alle più recenti innovazioni ed evidenze scientifiche in ambito diagnostico terapeutico sulle patologie di pertinenza dell'Istituto.
È prevista la discussione di 3/4 casi al mese fino a Dicembre 2014, il Martedì alle ore 15.30, presso il PADIGLIONE G -1°PIANO- OSPEDALE BELLARIA.
Ulteriori precisazioni riguardanti gli argomenti di discussione, date, orari, verranno comunicati un mese prima sul sito Web dell'Istituto www.isnb.it, sul sito dell'AUSL Bologna (www.ausl.bologna.it) inviati alla mailing list dei partecipanti e affissi nelle bacheche di Istituto. Al ciclo completo di discussione dei casi clinici sono assegnati 32 crediti ECM per Medici.
L'iscrizione è gratuita. Per l'iscrizione alla discussione dei casi clinici e alla mailing list contattare la Segreteria Organizzativa: Sig.ra Antonella Ferretti - antonella.ferretti@ausl.bo.it - tel 051 4966207 fax 051 4966208
Segreteria Scientifica: dott. Roberto Riva, Responsabile Formazione ISNB
Responsabile Scientifico: prof. Agostino Baruzzi, Direttore Scientifico Istituto delle Scienze Neurologiche

XI Corso Nazionale Di Aggiornamento Sulle Osteopatie Metaboliche

Bologna, 8-9 maggio 2014

Aemilia Hotel - via Zaccherini Alvisi, 16 Bologna

GIOVEDì, 8 MAGGIO
10:30 Registrazione
11:00 Apertura dei lavori e presentazione
I SESSIONE PLENARIA - Epidemiologia e fisiopatologia della malattia osteoporotica
11:30 Sarcopenia: meccanismi fiosiopatogenetici e trattamento
12:00 Epidemiologia e fisiopatologia della malattia osteoporotica
12:30 Meccanismi patogenetici della fragilità ossea
13:00 Discussione
13:15 Pausa pranzo
II SESSIONE PLENARIA - Osteopatie metaboliche e valutazione del rischio di frattura
14:30 Celiachia e osteoporosi
15:00 L'obesità è un fattore di rischio per osteoporosi?
15:30 Effetti avversi scheletrici e non scheletrici dei glicorticoidi
16:00 Analisi critica delle linee guida e soglia di intervento nell'osteoporosi: opinioni a confronto

17:00 Casi clinici a piccoli gruppi. I PARTE - Tutti i gruppi, a rotazione, discuteranno tutti i casi clinici previsti Incontro con gli esperti
19:00 Chiusura

VENERDÌ, 9 MAGGIO
8:30 Casi clinici a piccoli gruppi. II PARTE - Tutti i gruppi, a rotazione, discuteranno tutti i casi clinici previsti Incontro con gli esperti
III SESSIONE PLENARIA - Trattamento attuale dell'osteoporosi
10:30 Terapia sostitutiva nella menopausa: più rischi o benefici?
11:00 Terapia antiriassorbitiva: bisfosfonati e denosumab
11:30 PTH e teriparatide
12:00 Nuove prospettive terapeutiche per la malattia osteoporotica
12:30 Discussione
13:00 Pausa pranzo
14:00 Casi clinici a piccoli gruppi. III PARTE - Tutti i gruppi, a rotazione, discuteranno tutti i casi clinici previsti Incontro con gli esperti
IV SESSIONE PLENARIA - Valutazione del ruolo di alcuni fattori sulla massa ossea
16:30 Ipercalciuria idiopatica: attuale approccio diagnostico
17:00 Meccanismi delle calcificazioni vascolari: focus sul ruolo del fosforo
17:30 Rivisitazione della ipocitraturia e perdita di massa ossea
18:00 Apporto di calcio/vitamina D e proteine: rischi/benefici di un apporto non corretto
18:30 Discussione
19:00 Chiusura e questionario di valutazione dell'apprendimento

Promosso da
ACCADEMIA NAZIONALE DI MEDICINA
Direttore Generale: Stefania Ledda
Informazioni e iscrizioni:
www.accmed.org
Tel 051 6364898 -6360080
Fax 051 6364605
info.bologna@accmed.org

Segreteria Organizzativa
Forum Service
via Martin Piaggio 17/6
16122 Genova

CENTRO PSICOANALITICO DI BOLOGNA "Glauco Carloni-Egon Molinari"

Sezione della Società Psicoanalitica Italiana - Componente della International Psychoanalytical Association

EVENTI PER ESTERNI MAGGIO-GIUGNO 2014

Seminari teorico-clinici nel campo dell'età adulta e dell'età evolutiva rivolti a professionisti dell'area psichiatrica, psicologica, della neuropsichiatria infantile e dell'assistenza sociale.

Seminari di psichiatria e psicoterapia dell'adulto:
sabato 17 maggio 2014: L'istituzione violenta - Mario Perini (Torino), Psichiatra, Psicoanalista S.P.I.
Seminari infanzia, adolescenza, genitorialità:
sabato 7 giugno 2014: All'origine della psicoanalisi infantile: segreto e violenza - Andrea Braun (Padova), Psicologa, Psicoanalista S.P.I.
I seminari si svolgeranno dalle ore 9.15 alle ore 13.00 presso il Centro Psicoanalitico di Bologna, via Cesare Battisti, 24.

Segreteria Organizzativa:
Centro Psicoanalitico di Bologna
via Cesare Battisti 24- 40123 Bologna
e-mail : segreteria.organizzativa@cepsibo.it
Per informazioni telefonare al martedì dalle 9.00 alle 12.00, oppure il lunedì, mercoledì, giovedì e venerdì dalle 15.30 alle 18.30
Tel. 331-4129985 - Fax 051-3372212

Vendesi appartamento a Madonna di Campiglio, ubicato in via Dolomiti a ridosso zona pedonale. Condominio di otto unità, ristrutturato di recente: ingresso, sala, soggiorno, due camere da letto doppie, cucina su misura con elettrodomestici ad incasso, ampio balcone, volendo garage con portone telecomandato e rampa coperta. Trattativa riservata. Contattare 334/8977393.

Cedesi studio dentistico perfettamente in regola. Quartiere Corticella - Bologna. Due vetrine fronte strada - Possibilità II° riunito con allacciamenti già in essere. Basse spese di gestione. Attrezzatura esistente. Buono stato. Per info 339/7733295.

Vendesi appartamento a Milano Marittima (RA), in viale Forlì, condominio Royal Palace (grattacielo/mare) con portineria/custode tutto l'anno. Ristrutturato, riscaldamento a gas autonomo, condizionamento, esposizione sud, compsoto da ingresso, sala/soggiorno, due camere da letto, cucinotto con elettrodomestici ad incasso. Trattativa privata. Contattare 334/8977393.

In zona Mazzini, servita da mezzi pubblici, vicino uscita tangenziale 12, studio medico fronte strada, dotato di tutti i comfort, affitta, a mezze giornate e/o giornata intera, a medici laureati area medica. Varie branche, stanza arredata con sala d'attesa e servizi in comune con altri due medici. Per informazioni cell. 335/8026546.

Per collaborazione/subentro riferito a Studio Odontoiatrico ben conosciuto, sito in Monghidoro (BO) in regola con le vigenti leggi e autorizzato: Tel. 335/5688031.

Medico-chirurgo-dentista esperienza ventennale in conservativa. Piccola chirurgia, igiene e profilassi, protesi fissa e mobile. Specialista igiene e meeicina preventiva indirizzo direzione ospedaliera. Collaborerebbe con studi dentistici o strutture odontoiatriche in Bo e provincia. Anche direzione sanitaria. Purché max serietà. Tel. 339/6973381.

Studio dentistico provincia RA (Conselice), a norma, autorizzato, una unità operativa, cedesi casua trasferimento. Semplice subentro in contratto locazione (affitto basso), più piccolissimo contributo per attrezzature presenti. Se propria attrezzatura investimento quasi virtuale. Ideale giovani odontoiatri. Per info. Tel. 339/6973381.

Affittasi in zona di prestigio (via Dante angolo via 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 autorizzato, non accreditato (C.D.O. s.r.l. via Ortolani 34/F Bologna) piano terra, a norma, accesso handicap, con fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici ginecologi. L'ambulatorio è dotato di ecografo Aloka Prosound alfa 7 4 sonde. Per informazioni tel. 051/547396. Vedi sito www.cdosrl.it.

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

Vendesi o affittasi studio dentistico a Monterenzio, autorizzato e completamente attrezzato: due unità operative, radiologico, zona sterilizzazione, banco da laboratorio, sala d'attesa, doppi bagni con antibagni. Piano terra con ampio parcheggio. Subentro con cessione della clientela per sospensione dell'attività, causa limiti di età. Per info tel. 338/8889449.

Affittasi via Protti (zona Mazzini) appartamento semiarredato di 65 mq calpestabili più cantina ciclabile: 2 camere matrimoniali, soggiorno con balcone, cucinotto, bagno. Terzo piano senza ascensore. Tipologia contratto: affitto agevolato. Per info 333.3412454-339.4534131.

Vendesi Porsche Cayenne uniproprietario, tagliandato, full optional, prezzo Quattroruote. Tel. 331/5850427.

Cerco collega per condivisione spese di studio dentistico central issimo e prestigioso, dotato di 3 riuniti ed attrezzature moderne. Info al 331/5850427.

Vendesi appartamento in CENTRO adiacenze piazza san martino di mq.325, completamente e elegantemente ristrutturato, recente facciata appena rifatta, ascenso-

re, cantina di mq.30 insonorizzata, garage doppio nel medesimo stabile (a parte). Composto da: atrio, studio, 2 saloni di cui uno con balcone e soffitti affrescati e camino; 3 camere, camera guardaroba, 2 bagni+vanolavanderia, cucina grande, risc. autonomo; vincolato sovrintendenza per cui registro al 3%, pur possedendo altri immobili. L'affaccio è su una delle chiese più suggestive. Per info tel 3489226408.

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.

Affittasi n 2 box auto coperti, uno di mq 19 ed uno di mq 14, per brevi periodi, o per periodi più lunghi con contratto registrato, in via Pizzardi a poche centinaia di metri dal padiglione 1 del policlinico s. Orsola-Malpighi e dal poliambulatorio Mengoli dell'Ausl di Bologna. Prezzo interessante. Telefonare 051/306561 o 329/9786342.

Studio medico legale in Bologna cerca specialista in Medicina Legale Assicurativa, per collaborazione. Si prega di inviare curriculum via Fax 051/4686107.

In studio medico, affittasi a Medici per attività libero professionale un'ampia stanza disponibile per tutta la settimana. Zona Via Mengoli, non lontana da Ospedale Malpighi. Prezzo molto interessante. Per informazioni telefonare al mattino allo 051.6021603.

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.

In zona Mazzini, servita da mezzi pubblici, facilmente raggiungibile anche a 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. 335/8026546.

Vendesi appartamento di 150 mq. in zona FOSSOLO, vicino agli ospedali, in stabile ben abitato e ben tenuto, terzo piano con ascensore: ingresso,salone doppio con balcone, cucinotta con balcone, ingresso notte, 3 camere, 2 bagni, 3 ripostigli, cantina, autorimessa di mq.24. Intorno solo verde. La stradina è lunga solo 200 metri e finisce. Per info.tel. 3489226408.

Cedo ambulatorio odontoiatrico, avviamento ventennale, sito in Casalecchio di Reno, immobile in affito. Per contatti 333/8927876.

Norme editoriali

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

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

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

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

Annunci: testo di massimo 500 battute

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

AMMI ONLUS
ASSOCIAZIONE MALATI MENIÈRE INSIEME

Centro di Ascolto di Bologna

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

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

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

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

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

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

WELEDA
Dal 1921

Urtica Gel

Il rimedio naturale in caso di punture di insetto

Urtica Gel è una speciale composizione a base di Urtica urens e Arnica montana che dona sollievo immediato alla sensazione di prurito in caso di punture di insetti, contatto da medusa e cause urticanti in genere. È un gel rinfrescante e lenitivo adatto anche a riequilibrare la pelle arrossata dopo una prolungata esposizione al sole.

- Allevia il fastidio causato dalla puntura
- Mitiga il prurito e decongestiona la pelle
- Rinfresca e regala benessere alla pelle arrossata
- Dona una immediata sensazione di sollievo

Gel non grasso di facile assorbimento, privo di conservanti e coloranti, ideale per tutta la famiglia, particolarmente indicato per la pelle delicata del bambino.
Applicare uno strato sottile e, se necessario, ripetere l'applicazione da 3 a 4 volte al giorno.
In accordo con uomo e natura.

Weleda da sempre non esegue e non commissiona test su animali
Dialoga con l'Esperto Corpo e informati su www.weleda.it
Weleda Italia è su Facebook