Bollettino Notiziario

anno XLIV - N° 7 luglio 2013

IN QUESTO NUMERO

- **L'allarme di OMS e UNICEF: un terzo della popolazione mondiale senza servizi igienici**, pag. 3
- **Decimo Rapporto Osservasalute - Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane**, pag. 4
- **La ricerca in omeopatia ha le proprie regole nel paradigma omeopatico**, Renata Calieri, pag. 18

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

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

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE
Dott. Luigi Bagnoli

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Giugno 2013
è stato consegnato in posta
il giorno 3/6/2013

SOMMARIO

ANNO XLIV - LUGLIO 2013 N° 7

ARTICOLI

L'allarme di OMS e UNICEF: un terzo della popolazione mondiale senza servizi igienici • **3**

Decimo Rapporto Osservasalute - Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane • **4**

La ricerca in omeopatia ha le proprie regole nel paradigma omeopatico • **18**

NOTIZIE

Dalla pagina 25 alla 27

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **28**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **29**

CONVEGNI CONGRESSI • **30**

PICCOLI ANNUNCI • **31**

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

www.odmbologna.it

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario
Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere
Dott. VITTORIO LODI

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

Consiglieri Odontoiatri
Dott. ANDREA DUGATO
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

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

Collegio dei Revisori dei Conti

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

L'allarme di OMS e UNICEF: un terzo della popolazione mondiale senza servizi igienici

Ancora un paio d'anni e arriverà a 2 miliardi e mezzo il numero di persone che nel mondo non ha accesso a servizi igienici di base.
Un terzo della popolazione mondiale quotidianamente a rischio di contrarre malattie che in questa parte del mondo abbiamo archiviato da quasi due secoli.
A descrivere quella che Sanjay Wijesekera, a capo del Programma dell'UNICEF per l'Acqua, i Servizi Sanitari e l'Igiene, definisce «una tragedia non meno orribile di un terremoto o uno tsunami» è il rapporto "Progress on sanitation and drinking-water 2013", realizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'UNICEF.
Il quadro che emerge è a dir poco allarmante. Il numero di persone che non ha accesso ai servizi sanitari di base è cresciuto di 1,9 miliardi rispetto al 1990.
Per 761 milioni gli unici servizi sanitari accessibili sono pubblici o condivisi. 693 milioni usano servizi senza un minimo standard igienico. Un miliardo di persone continua a defecare all'aperto.
Non solo. Circa 768 milioni di persone non hanno accesso a una fonte di approvvigionamento idrico sicura mentre 185 milioni soddisfano i propri bisogni quotidiani attingendo ad acque di superficie.
Tutto ciò, mentre in altri posti del mondo brilla l'erba verde di campi da golf installati anche nel deserto.
«Ogni giorno centinaia di bambini muoiono. Ogni giorno migliaia di genitori piangono i loro figli. Dobbiamo darci da fare per mettere fine a questa colossale tragedia quotidiana», dice Sanjay Wijesekera.
«C'è urgente bisogno che tutti facciano il proprio dovere per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del millennio sui servizi sanitari e l'accesso all'acqua», aggiunge Maria Neira, che dirige l'Ufficio dell'OMS per la Salute Pubblica e l'Ambiente. «Il mondo può invertire rotta e trasformare la vita di milioni di persone che non hanno accesso ai servizi sanitari di base. Le conseguenze potrebbero essere immense in termini di salute, riduzione della povertà e delle sue cause e di benessere».

http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2013/jmp_report/en/
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81245/1/ 9789241505390_eng.pdf
http://www.unicef.org/media/media_69091.html

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

Decimo Rapporto Osservasalute - *Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*

Da oltre 10 anni, l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane continua a monitorare, secondo criteri di scientificità, lo stato di salute della popolazione e l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano, attualmente, i Servizi Sanitari Regionali con l'obiettivo di trasferire i risultati della ricerca ai responsabili istituzionali del settore sanitario ed alla comunità scientifica nazionale ed internazionale. Il quadro che emerge dall'analisi dei dati riguardanti lo stato di salute della popolazione italiana, presenti nel Decimo Rapporto Osservasalute, evidenzia una condizione di benessere fisico dei cittadini complessivamente buona, ma rileva l'urgenza di promuovere l'offerta di servizi preventivi e di politiche socio-sanitarie in grado di assicurare il mantenimento e il miglioramento delle generali condizioni di salute della popolazione. Evidente, però, è il persistente *gap* tra Nord e Sud, sia rispetto alle condizioni di salute e agli stili di vita, sia rispetto all'offerta e alla qualità dei servizi. Tali differenziali si manifestano attraverso una speranza di vita più bassa e con stili di vita meno attenti al benessere fisico da parte dei cittadini meridionali rispetto al resto del Paese. Anche per quanto riguarda l'offerta di servizi si riscontrano differenziali a svantaggio del Sud che si palesano con un'endemica mancanza di strutture spesso insufficienti e poco mirate alle esigenze dell'utenza. Il suddetto scenario potrebbe essere aggravato dalle ripercussioni della crisi finanziaria globale che ha investito e che continua a colpire il nostro Paese influendo in modo decisivo sull'accesso alle cure, sugli stili di vita e, di conseguenza, sulle condizioni di salute e sulla qualità di vita dei cittadini, soprattutto di quelli con maggiori problemi economici e senza una rete di aiuto familiare.

In conclusione, occorre mantenere alta l'attenzione da parte di tutte le Istituzioni che si occupano di sanità, a livello nazionale, regionale e locale, sia per non vanificare gli apprezzabili risultati ottenuti in termini di salute e attesa di vita della popolazione, sia per ridurre i differenziali territoriali che ancora persistono nel settore sanitario.

Il Rapporto è così strutturato:

- **91 Core Indicators**: in cui sono descritti gli aspetti essenziali della salute degli italiani e dei servizi sanitari di tutte le regioni con l'ausilio di tabelle, grafici e cartogrammi;
- **10 Box**: in cui sono proposti esempi di buone pratiche sperimentate in alcune regioni e pronte per essere eventualmente adattate ad altre realtà regionali;
- **4 Approfondimenti**: in cui alcuni problemi prioritari vengono approfonditi per prospettare possibili soluzioni e che sono pubblicati sul sito www.osservasalute.it.

PARTE PRIMA

Salute e bisogni della popolazione

Popolazione - Per valutare la domanda dei servizi socio-sanitari e per adeguare l'offerta locale alle difformità demografiche, sono stati aggiornati (biennio 2010-2011) e analizzati i dati sulla dinamica della popolazione con sezioni dedicate alle componenti migratorie che, con il tempo, possono modificare il patrimonio nosologico e genetico delle popolazioni interessate, alla fecondità ed alla struttura demografica della popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 anni ed oltre) che è quella più esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti ed al rischio di morire. È stato analizzato anche l'indicatore riguardante la quota di popolazione anziana che vive in un nucleo monofamiliare e l'indicatore sul grado d'istruzione della popolazione.

A livello nazionale si riscontra un tendenziale aumento della popolazione residente imputa-

bile, essenzialmente, alla crescita della componente migratoria. Gli indici esaminati evidenziano le tendenze emerse negli anni precedenti confermando la positività sia del saldo migratorio interno grazie, soprattutto, alla capacità attrattiva delle regioni del Centro-Nord che del saldo migratorio con l'estero che vede ancora le regioni settentrionali e centrali maggiormente interessate dal fenomeno. Il continuo movimento migratorio interno al Paese, cioè il movimento in uscita dalle regioni, coinvolge maggiormente il Meridione (escluso l'Abruzzo), in particolare la Basilicata, la Calabria e la Campania. In queste regioni, infatti, il saldo migratorio interno ha raggiunto i valori negativi più elevati (rispettivamente, -3,0; -3,3 e -3,4 per 1.000) e le realtà territoriali che, principalmente, hanno beneficiato di tali spostamenti sono state l'Emilia-Romagna, il Friuli Venezia Giulia, la PA di Trento, la Toscana e il Lazio.

Nel 2011, riguardo al Tasso di fecondità totale (Tft), si registra un valore inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale. In particolare, il processo di ripresa dei livelli di fecondità iniziato dal 1995, quando il Tft raggiunse il suo valore minimo di 1,2 figli per donna, è imputabile sia al comportamento delle straniere sia a un "effetto recupero" delle donne più vicine alla fine dell'età fertile. Negli ultimi anni, però, questo trend appare arrestarsi. Infatti, anche nel 2011, il Tft si mantiene su livelli prossimi a quelli registrati negli ultimi anni (1,39 figli per donna). Nell'anno in esame i valori più alti si registrano nella PA di Bolzano (1,60 figli per donna), nella PA di Trento (1,59 figli per donna) e in Valle d'Aosta (1,57 figli per donna), mentre le regioni che si caratterizzano per un Tft notevolmente contenuto sono la Sardegna, il Molise e la Basilicata (rispettivamente, 1,14; 1,16 e 1,17 figli per donna). Importante è rilevare che il comportamento riproduttivo, registrato con riferimento al nostro Paese nel suo complesso, è in parte determinato dal comportamento delle donne italiane e in parte da quello delle donne straniere. Nello specifico, il Tft delle donne straniere residenti si attesta su livelli superiori (2,04 figli per donna) rispetto a quello che caratterizza le donne con cittadinanza italiana (1,30 figli per donna). In lieve aumento è l'età media delle madri al parto il cui valore nazionale, nel 2011, è pari a 31,4 anni. In particolare, le variazioni regionali nell'età media delle madri al parto, che misura la cadenza della fecondità, appaiono relativamente contenute raggiungendo il valore massimo in Sardegna (32,3 anni) e il minimo in Sicilia e Campania (rispettivamente, 30,6 e 30,8 anni). Così come rilevato per il Tft, anche in questo caso il comportamento della popolazione femminile residente non è omogeneo, poiché l'età media al parto delle straniere è inferiore (28,3 anni) a quella delle italiane (32,0 anni). La conoscenza di questi indicatori di fecondità permette una più efficace organizzazione delle strutture sanitarie interessate quali, ad esempio, i servizi specialistici di monitoraggio delle gravidanze e di assistenza al parto.

Per quanto riguarda la struttura demografica della popolazione, una caratteristica dell'Italia è la forte tendenza all'invecchiamento (una persona di 65 anni ed oltre ogni 5 residenti e poco più di una persona di 75 anni ed oltre ogni 10 residenti). Infatti, il processo d'invecchiamento della popolazione è avanzato perché la quota dei giovani sul totale della popolazione è molto contenuta, mentre il peso della popolazione "anziana" e "molto anziana" è consistente. Inoltre, con riferimento al rapporto tra generi, si evidenzia uno sbilanciamento a favore delle donne che hanno una sopravvivenza più elevata. Da evidenziare sono anche la presenza di residenti stranieri nelle età giovanili e centrali. A livello territoriale, la regione caratterizzata da un'elevata presenza di anziani è, ormai da qualche tempo, la Liguria, mentre la Campania è la regione dove il processo d'invecchiamento della popolazione si trova in una fase meno avanzata. Di conseguenza, in queste suddette regioni dove la domanda di servizi socio-sanitari è alquanto differente in base alla diversa struttura demografica residente, anche i servizi di assistenza socio-sanitaria, il piano di programmazione e la conseguente ripartizione delle spese dovrebbero essere altrettanto disuguali.

A proposito della quota di popolazione anziana che vive in un nucleo monofamiliare, i dati hanno evidenziato che, nel 2010, più di 1 anziano ogni 4 vive in un nucleo monocomponente (28,1%) e che le donne rappresentano la mag-

gioranza (37,6% vs 15,1%). Ciò dipende sia dalla differenza di età fra i coniugi che dalla più elevata mortalità maschile che rendono le donne in coppia più a rischio di sperimentare l'evento vedovanza e di vivere sole nell'ultima parte della propria vita.
L'ultimo indicatore esaminato riguarda il grado d'istruzione della popolazione che ha evidenziato, nell'arco temporale 2001-2004, un aumento della quota di popolazione con titoli di studio più elevati. Questo è la causa, soprattutto, del progressivo estinguersi delle generazioni più anziane e meno istruite.

Sopravvivenza e mortalità per causa - Negli ultimi decenni si è assistito, nel nostro Paese, a incrementi consistenti della sopravvivenza. I progressi nel campo della medicina, la prevenzione, l'aumento dell'istruzione e l'adozione di stili di vita salutari hanno permesso di conseguire successi determinanti per la riduzione dei rischi di morte anche nelle età avanzate della vita.
Per descrivere l'evoluzione della sopravvivenza è stata analizzata la speranza di vita alla nascita e a 65 anni. Il primo indicatore ha evidenziato che le donne, nell'anno 2011 (dati provvisori), possono aspettarsi di vivere, mediamente, 84,5 anni e gli uomini 79,4 anni. Si mantiene, quindi, il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario continua a ridursi pur essendo ancora consistente (+5,1 anni a favore delle donne). Tra il 2007 e il 2011, la speranza di vita maschile è aumentata di 0,7 anni (78,7 vs 79,4 anni), mentre quella femminile è aumentata di 0,5 anni (84,0 vs 84,5). A livello territoriale, l'Italia presenta una situazione con forti differenziali. Infatti, la distanza tra la regione più favorita e quella meno favorita è di 2,8 anni per entrambi i generi. Per gli uomini la PA di Bolzano, con 80,5 anni di speranza di vita alla nascita, presenta il primato di regione più longeva, mentre la Campania conserva il primato negativo con una speranza di vita di 77,7 anni. Anche per le donne la situazione di maggiore svantaggio si registra in Campania (83,0 anni), mentre, a eccellere, è la PA di Bolzano con 85,8 anni. Il secondo indicatore ha evidenziato che le donne, all'età di 65 anni e secondo i dati provvisori del 2011, hanno un'aspettativa di vita, in media, pari a 21,9 anni, mentre per gli uomini è pari a 18,4 anni. Anche per la speranza di vita a 65 anni la PA di Bolzano è in testa alla classifica per uomini e donne (rispettivamente, 19,2 anni e 22,8 anni). La regione più svantaggiata è, invece, ancora una volta e per entrambi i generi, la Campania. Anche per gli anziani l'aumento della sopravvivenza è più marcato per gli uomini (0,5 vs 0,3 anni delle donne dal 2006 al 2010). La distanza tra i due generi, comunque, è ancora ampia e dei 5,1 anni che separano la durata media della vita di donne e uomini, ben 3,5 anni sono imputabili alle età più avanzate.
A proposito dell'evoluzione della mortalità oltre il primo anno di vita, si è osservato, nel periodo 2007-2009, un leggero calo negli uomini (111,85 vs 109,41 per 10.000) e una situazione pressoché stabile per le donne (69,44 vs 69,31 per 10.000). L'analisi della mortalità per età permette di evidenziare i rischi di morte nelle diverse fasi della vita. Da questo studio è emerso che, per gli uomini, la riduzione della mortalità si registra in tutte le classi di età considerate, mentre nelle donne soltanto nelle prime tre (0-18,; 19-64 e 65-74 anni). Negli uomini, inoltre, tale andamento è più marcato. L'analisi della mortalità, inoltre, è stata calcolata anche correlando le classi di età ai gruppi di cause più rilevanti per ciascuna di esse.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione - In questa sezione i temi affrontati riguardano i principali comportamenti a rischio della popolazione e la possibilità di riduzione degli stessi.
Fumo - Nel 2011, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari al 22,3% e risulta, complessivamente, stabile negli ultimi anni. Le regioni in cui si riscontra una maggiore prevalenza di fumatori sono il Lazio (27,2%) e l'Abruzzo (24,0%), mentre i valori minori si osservano in Valle d'Aosta (16,3%) e nella PA di Trento (17,8%). A livello territoriale, in generale, non emergono grandi differenze. Il tabagismo, inoltre, è più diffuso nei giovani adulti, in particolare nella fascia di età 25-34 anni (30,6%) ed è più diffuso fra gli uomini (28,4%) rispetto alle donne (16,6%). Da evidenziare sono i dati riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori che sono inversamente distribuiti nei due generi. Infatti, esiste una netta prevalenza di non fumatori nel genere femminile (65,1%) rispetto al genere maschile (39,4%), mentre tra gli ex-fumatori gli uomini

sono quasi doppi (30,5%) rispetto alle donne (16,7%).

Alcol - Nel 2010, il maggior consumo di alcol si registra nella PA di Bolzano (73,1%) e in Valle d'Aosta (72,0%), mentre la regione con la prevalenza minore è la Campania (58,3%). Nello specifico, la prevalenza di consumatori a rischio presenta una marcata differenza di genere a svantaggio degli uomini. Questa situazione si registra in tutte le classi di età.

Alimenti - Per valutare la qualità della dieta sono stati analizzati i dati che si riferiscono al consumo di alimenti per tipologia. Da questo studio è emerso che, anche nel 2011, la percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera il consumo delle "5 o più porzioni al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta" (5+VOF) continua a essere limitata. Inoltre, considerando la relazione tra 5+VOF e gli indicatori dello stile alimentare, in particolare il pranzo e la cena, si osserva che laddove si registrano percentuali più elevate di consumo di 5+VOF, si ha una percentuale minore di persone che pranzano in casa. Questo tipo di associazione, però, va negli anni riducendosi.

Peso e *Attività fisica* - In Italia, nel 2011, più di un terzo della popolazione adulta (35,8%) è in sovrappeso, mentre 1 persona su 10 è obesa (10,0%); complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età ≥18 anni è in eccesso ponderale. Una prevalenza più alta di persone in eccesso ponderale si evidenzia nelle regioni meridionali (sovrappeso: Campania 40,1% e Puglia 40,4%; obesità: Basilicata 13,1% e Molise 13,5%). A livello nazionale, i dati del 2011 sono sovrapponibili a quelli del 2010 confermando il trend in aumento degli ultimi 10 anni. Inoltre, la quota di popolazione in condizione di sovrappeso o di obesità cresce con l'aumentare dell'età per poi diminuire, lievemente, negli anziani ed è più diffusa tra gli uomini.

Essendo lo stile di vita sedentario imputabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'eccesso ponderale, i dati che si riferiscono all'attività fisica confermano il gradiente Nord-Sud. Infatti, nelle regioni meridionali la prevalenza di chi dichiara di svolgere attività fisica in maniera continua è nettamente inferiore rispetto al Nord. I dati del 2011 evidenziano, rispetto all'anno precedente e in entrambi i generi, una diminuzione della quota di persone che praticano sport in modo continuo e qualche attività fisica e un aumento della percentuale di sedentari.

Copertura vaccinale - I tassi di copertura delle vaccinazioni obbligatorie (Difterite, Tetano, Poliomielite, Epatite B) sono uniformemente distribuiti su tutto il territorio con un valore nazionale, nel 2011, di oltre il 96%, ma vi sono ancora alcune regioni in cui non si raggiunge l'obiettivo di copertura del 95% previsto dal Piano Nazionale Vaccini. Da rilevare è la copertura della vaccinazione anti-Morbillo-Rosolia-Parotite che non ha ancora raggiunto il valore ottimale del 95% indicato nel Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, ad eccezione della Sardegna (95,8%), Umbria (94,7%) e Lombardia (94,6%) i cui valori si avvicinano molto all'obiettivo minimo fissato. Essendo il Morbillo e la Rosolia malattie infettive molto contagiose, il mancato raggiungimento della soglia di copertura vaccinale non permette di bloccare la circolazione dei due virus per cui, periodicamente, si registrano piccole epidemie a livello locale che colpiscono la popolazione suscettibile.

Nella stagione 2010-2011, il 17,9% della popolazione ha ricevuto il vaccino antinfluenzale e non si registrano particolari differenze a livello regionale. In quasi tutte le regioni e in tutte le classi di età oggetto dello studio, però, si osserva una notevole diminuzione. Nello specifico, negli ultra 65enni la copertura vaccinale è diminuita di circa 3 punti percentuali rispetto alla stagione precedente e nessuna regione, ad eccezione dell'Umbria (77,2%), ha raggiunto l'obiettivo minimo del 75% previsto per gli anziani.

Screening oncologici - Gli indicatori esaminati, relativi allo screening mammografico, citologico e colorettale, riguardano sia la diffusione dei programmi (esistenza del programma) che la capacità d'invito e i livelli di partecipazione (operatività del programma). Nel 2010, l'estensione teorica, cioè la proporzione della popolazione *target* che vive in un'area in cui è attivo un programma di screening, è di circa il 92% per lo screening mammografico, intorno all'80% per lo screening del cervicocarcinoma e intorno al 66% per lo screening colorettale che coinvolge entrambi i generi. L'estensione effettiva, invece, cioè la proporzione della popolazione *target* realmente oggetto dell'invito,

si attesta al 69% per lo screening mammografico, al 68% per lo screening del cervicocarcinoma e al 51% per lo screening colorettale. Le differenze tra l'estensione teorica ed effettiva sono dovute al fatto che la fase pratica e operativa d'invito è la più complessa. Inoltre, confrontando i dati del 2010 con l'anno precedente, si osserva una lieve flessione nei dati dello screening mammografico, mentre sono presenti un lieve incremento nell'estensione dello screening per il cervicocarcinoma e un incremento più marcato per lo screening del tumore del colon-retto.

Incidenti - Di fondamentale importanza, considerando l'alto numero non solo di morti, ma anche d'invalidi sia temporanei che permanenti, è il monitoraggio degli indicatori sull'incidentalità stradale, lavorativa e domestica.
Il fenomeno dell'incidentalità stradale, che presenta un trend in diminuzione, rappresenta un rilevante problema di Sanità Pubblica i cui costi, umani, sociali ed economici, sono elevatissimi. Da evidenziare, è la superiorità dei tassi di mortalità per il genere maschile e a livello regionale il valore più elevato, nel 2009, si registra in Trentino Alto Adige (1,04 per 10.000).
Analizzando gli infortuni e la mortalità sul lavoro evidente sono le differenze regionali. Rispetto al tasso d'infortuni, i valori sono più elevati al Nord (media 2009-2011, PA di Trento 8.953,01 per 100.000), mentre per i casi mortali d'infortuni sul lavoro i valori sono maggiori al Sud e nelle Isole (media 2009-2011, Molise 13,18 per 100.000).
Per quanto riguarda gli incidenti domestici, i più colpiti sono donne, bambini e anziani, cioè chi trascorre più tempo in casa. Tra i bambini (fino a 6 anni) gli incidenti prevalgono tra i maschi, mentre nelle età successive sono le donne ad essere le più coinvolte, sia per una maggiore permanenza fra le mura domestiche che per un più frequente contatto con oggetti, utensili ed elettrodomestici che possono essere all'origine di un infortunio (taglio, ustione etc.). In generale, tra le donne, il gruppo di popolazione più esposto è rappresentato dalle casalinghe. Oltre alle donne, a rischio sono anche gli anziani (>74 anni). Non si evidenzia alcun gradiente territoriale e, nel 2010, gli incidenti domestici hanno coinvolto 805 mila persone.

Ambiente - Tra i numerosi fattori che influenzano la salute umana, un ruolo di primo piano è rappresentato dall'ambiente. Al fine di descrivere il potenziale rischio nella popolazione derivante dai rifiuti solidi urbani, è stata calcolata l'entità del ricorso alla raccolta differenziata che, nel 2010, continua il trend in aumento raggiungendo una percentuale pari al 35,3% della produzione totale (+1,7 punti percentuali rispetto al 2009). Le regioni settentrionali, dove il sistema di raccolta è già particolarmente sviluppato da anni, sono quelle che hanno mantenuto il primato di più elevata percentuale di raccolta differenziata sui rifiuti solidi urbani prodotti passando dal 48,0% del 2009 al 49,1% del 2010 (+1,1 punti percentuali). Il Centro, però, passando dal 24,9% del 2009 al 27,1% del 2010, fa registrare il maggior incremento percentuale (+2,2 punti percentuali), mentre il Sud e le Isole passano dal 19,1% al 21,2% (+2,1 punti percentuali). Particolarmente virtuose appaiono la PA di Trento (60,8%), il Veneto (58,7%), la PA di Bolzano (54,5%) e il Piemonte (50,7%) che hanno raggiunto l'obiettivo del 50% fissato dalla normativa per il 2009. Molto vicina all'obiettivo è anche il Friuli Venezia Giulia (49,3%).
Le analisi che si riferiscono all'inquinamento da polveri fini evidenziano una forte disomogeneità da non permettere validi confronti regionali poiché le stazioni di rilevamento, nonostante l'aumento rispetto agli anni precedenti (PM_{10}: da 457 nel 2008 a 543 nel 2010; $PM_{2,5}$: da 76 nel 2008 a 140 nel 2010), risultano insufficienti e presentano una distribuzione non uniforme sull'intero territorio nazionale. Premesso ciò, i dati del 2010, riguardanti sia le concentrazioni medie giornaliere (PM_{10} e $PM_{2,5}$) e sia il numero medio di giorni di superamento del valore limite delle polveri fini (PM_{10}), evidenziano una tendenza al miglioramento.

Malattie cardio e cerebrovascolari - Le malattie cardio e cerebrovascolari costituiscono uno dei più importanti problemi di Sanità Pubblica. Esse, infatti, rientrano tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità perché chi sopravvive a una forma acuta diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali che la società deve affrontare. Le malattie cardiovascolari, inoltre, sono fra i maggiori determinan-

ti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva.
I tassi di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore e per le malattie cerebrovascolari presentano una marcata differenza di genere essendo più elevati negli uomini. Nello specifico, nel 2010, per le malattie ischemiche del cuore i tassi negli uomini sono più del doppio rispetto a quelli delle donne, mentre per le malattie cerebrovascolari si registrano valori maggiori di circa il 38%. I tassi più elevati di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore si evidenziano in Campania per entrambi i generi (uomini 1.301,6 per 100.000; donne 468,6 per 100.000), mentre per le malattie cerebrovascolari sono la Campania per gli uomini (820,8 per 100.000) e la PA di Bolzano per le donne (677,9 per 100.000) a presentare i valori più alti. Complessivamente, per questi gruppi di malattie nel loro complesso, continua il trend in diminuzione.
La mortalità per le malattie ischemiche del cuore colpisce, nel 2009, quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne (uomini 14,07 per 10.000; donne 7,79 per 10.000) e, a livello regionale, il primato negativo spetta alla Campania per entrambi i generi (uomini 17,13 per 10.000; donne 10,43 per 10.000). Le regioni più virtuose, invece, sono la Sardegna per il genere maschile (11,81 per 10.000) e la Valle d'Aosta per il genere femminile (5,34 per 10.000). Da evidenziare sono, in entrambi i generi, il trend in discesa e l'aumento dei tassi in base all'età. Infatti, negli uomini il tasso di mortalità passa da 3,09 (per 10.000) nella classe di età 45-54 a 114,53 (per 10.000) negli ultra 75enni, mentre nelle donne il tasso cresce da 0,55 (per 10.000) nelle classi di età 45-54 anni a 87,52 (per 10.000) nelle ultra 75enni.

Malattie metaboliche - La patologia diabetica rappresenta, ormai da anni, un problema sanitario di grande rilevanza e di notevole impatto economico e sociale.
A proposito dell'ospedalizzazione, la distribuzione dei valori per entrambe le tipologie di ricovero (Ricovero Ordinario-RO e Day Hospital-DH), mostra che le regioni del Sud e le Isole presentano tassi di dimissione più elevati del valore nazionale (77,00 per 10.000), mentre le regioni del Centro-Nord hanno valori più bassi. Considerando separatamente i regimi di ricovero, da rilevare è che un elevato tasso di ricoveri in DH potrebbe non rappresentare necessariamente una cattiva assistenza territoriale, ma essere dovuto alla particolare organizzazione dell'assistenza al cittadino diabetico. Rispetto agli anni precedenti, si conferma il trend in diminuzione dovuto, probabilmente, a un complessivo miglioramento della qualità delle cure territoriali. Per quanto riguarda la distribuzione per genere, i tassi sono maggiori negli uomini per ambedue le tipologie di ricovero.
Una delle principali complicanze croniche del diabete mellito è l'amputazione degli arti inferiori. Infatti, nel periodo 2001-2010, mediamente, il 60,7% delle persone che ogni anno subiscono un intervento di amputazione ha il diabete. In questo periodo il tasso di dimissione per amputazione è aumentato (12,0 vs 13,3 per 100.000). Nello specifico, per quanto riguarda le amputazioni maggiori, si registra una leggera riduzione (4,3 vs 3,7 per 100.000), mentre si osserva un trend in crescita degli interventi di amputazione minore (7,1 vs 9,2 per 100.000). Inoltre, il tasso di dimissione aumenta fortemente con l'età in entrambi i generi e in tutte le classi di età è più frequente gra gli uomini. A livello territoriale, non si osserva alcun gradiente.

Salute e disabilità - Partendo dalla consapevolezza che un'efficace programmazione dei sistemi socio-sanitari può essere realizzata solo attraverso una corretta conoscenza della dimensione della popolazione cui, potenzialmente, i servizi si rivolgono, sono stati aggiornati alcuni indicatori riguardanti la disabilità che confermano una eterogeneità territoriale favorita dall'assenza di standard nazionali.
A proposito degli aiuti di tipo economico, gli aiuti forniti dalla rete informale si confermano essere quelli a più ampia diffusione a livello nazionale. Sono, infatti, il 21,5% le famiglie che ricevono questo tipo di supporto, sebbene si registri una riduzione di quasi 10 punti percentuali rispetto al dato del 2003. Anche gli aiuti forniti dalla rete formale, sia essa di tipo pubblico o privato, sono diminuiti: solo il 13,1% e il 12,0% delle famiglie con almeno un componente con disabilità riceve, rispettivamente, un aiuto dalla

rete formale di tipo privato e da quella di tipo pubblico rispetto a circa il 15,3% registrato per entrambi gli aiuti nel 2003. Questo basso ricorso agli aiuti formali e informali potrebbe essere imputabile alla situazione economica in cui versa il Paese, con da un lato gli Enti locali che dispongono di risorse economiche limitate e, dall'altro, un minor ricorso alla badante. Per quanto riguarda la spesa dei Comuni e degli Enti associativi per l'assistenza sociale, nel 2009, si è registrato un aumento del 5,1% rispetto all'anno precedente. A livello territoriale, anche se con qualche eccezione, l'analisi della spesa sociale evidenzia un gradiente Nord-Sud con valori di spesa maggiori nelle regioni del Nord.
Questa elevata variabilità territoriale potrebbe essere in parte dovuta a una reale differenza nell'allocazione delle risorse dei Comuni, ma risente anche dei diversi *mix* organizzativi e di erogazione dei servizi scelti dalle singole politiche comunali. Un lieve aumento (+1,9%), sempre nel 2009 e rispetto all'anno precedente, si è registrato anche per la spesa dei Comuni e degli Enti associati destinati all'assistenza domiciliare socio-assistenziale, ai *voucher*, agli assegni di cura, ai buoni socio-sanitari e alle strutture residenziali.
L'ultimo indicatore analizzato riguarda le figure professionali messe a disposizione dalle Aziende Sanitarie Locali e dagli Enti locali per favorire l'integrazione degli alunni con disabilità. La figura professionale maggiormente utilizzata nelle scuole di ogni ordine è l'assistente educativo culturale seguito dal facilitatore della comunicazione, dal personale volontario e dal comunicatore per sordi.

Salute mentale e dipendenze - In questa sezione sono state esaminate alcune patologie che, per gravità e frequenza, rappresentano problemi importanti per la Sanità Pubblica.
Nel complesso, il numero di ricoveri per disturbi psichici continua negli anni a ridursi (uomini: dal 2003 al 2010 –14,4%; donne: dal 2003 al 2010 –12,7%). Sebbene la situazione sia globalmente in miglioramento, permangono differenze ancora molto marcate tra regione e regione. Inoltre, se si considera il tasso di ospedalizzazione nelle tre macroaree, Nord, Centro e Sud e Isole, non emergono differenze sostanziali a livello geografico perché i tassi più elevati, rispetto al valore nazionale, si osservano nelle regioni settentrionali e nel Meridione.
Tra le patologie croniche è stato calcolato il tasso di dimissioni per le malattie alcol correlate che presenta, nel periodo 2007-2010, una riduzione (8,49 vs 7,44 per 10.000). Anche per questa patologia, i tassi sono più elevati per il genere maschile e in base alla distribuzione per età la fascia maggiormente interessata risulta, per entrambi i generi, la classe 55-64 anni.
A proposito del consumo di farmaci antipsicotici (2,80 vs 2,51 DDD/1.000 ab die), si evidenzia, nel 2011, una riduzione nel loro utilizzo rispetto all'anno precedente confermando, così, la diminuzione continua che si osserva dal 2001, ad eccezione del 2009 in cui si è osservato un lieve incremento. Evidente è il gradiente Nord-Sud con alcune regioni meridionali (Abruzzo e Sicilia) che presentano valori molto elevati rispetto al dato nazionale. Al contrario, i farmaci antidepressivi presentano un aumento del loro utilizzo che interessa indistintamente tutte le regioni. Questa tendenza può essere attribuibile a diversi fattori quali, ad esempio, l'utilizzo di questa classe di farmaci per le forme depressive più lievi (ansia e depressione) o per patologie non strettamente psichiatriche come la terapia del dolore. A livello territoriale, le regioni del Centro-Nord, in particolare Toscana e Liguria, ma anche la PA di Bolzano, l'Emilia-Romagna e l'Umbria, presentano consumi nettamente superiori rispetto a quelle del Meridione tra cui l'unica eccezione è rappresentata dalla Sardegna.
Infine, è stato calcolato il tasso di suicidio che può essere letto come un indicatore di disagio e di mancata coesione e integrazione sociale. Nel biennio 2008-2009, il tasso annuo di mortalità per suicidio è pari a 7,23 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre e nel 77,0% dei casi il suicida è un uomo. Importante è rilevare che la distribuzione dei tassi per età evidenzia, per entrambi i generi, una crescita all'aumentare dell'età con un incremento marcato, sopratutto per gli uomini, dopo i 65 anni raggiungendo i valori massimi nelle classi di età più anziane. Per le donne, invece, la mortalità per suicidio raggiunge il dato maggiore nella classe di età 65-69 anni per poi ridursi nelle classi di età più anziane. L'indicatore, inoltre, presenta una marcata variabilità geografica con tassi, in generale, più

elevati nelle regioni del Nord. A proposito del trend, dopo il minimo storico raggiunto nel 2006, si evidenzia una nuova tendenza all'aumento negli ultimi anni che ha riguardato soprattutto gli uomini nella fascia di età 25-69 anni.

Salute materno-infantile - La salute materno-infantile rappresenta una parte importante della salute pubblica poiché la gravidanza, il parto e il puerperio sono, in Italia, la prima causa di ricovero per le donne.
Per quanto riguarda la rete di offerta dei punti nascita che si presenta notevolmente diversa sul territorio ì, i dati esaminati evidenziano che il 7,37% dei parti, nel 2010, è avvenuto in punti nascita con un volume di attività <500 parti annui, cioè in quei punti dove il volume di attività è ritenuto non soddisfacente a garantire uno standard qualitativo accettabile per le cure perinatali ospedaliere. Dall'analisi di tale fenomeno, non considerando realtà regionali particolari come la Valle d'Aosta e le PA di Trento e Bolzano, emerge un netto gradiente Nord-Sud a sfavore delle regioni meridionali che presentano valori nettamente superiori al dato nazionale.
Uno dei dati più preoccupanti è la proporzione di Tagli Cesarei anche se, dal 2007 (39,29%) al 2010 (38,71%), si evidenzia un trend in lieve, ma in continua, riduzione. Il trend positivo è da imputare, complessivamente, alla riduzione dei TC primari. Diverso, invece, è l'andamento della proporzione dei TC ripetuti con un aumento dell'1,69% nel 2010 rispetto all'anno precedente. Inoltre, su base interregionale si evidenzia una spiccata variabilità con valori tendenzialmente più bassi nel Settentrione (Friuli Venezia Giulia 23,99%) e più alti nel Meridione (Campania 61,72%).
Nel 2010, le Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale sono presenti in 124 dei 528 punti nascita analizzati e di questi 102 è collocata in punti nascita dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui, 12 in punti nascita dove hanno luogo 800-999 parti annui e 10 in punti nascita con meno di 800 parti annui. Ciò determina da un lato la possibilità che neonati ad alto rischio di vita ricevano un'assistenza qualitativamente non adeguata e, dall'altro, un impiego non appropriato di risorse specialistiche e tecnologiche.

L'ultimo indicatore esaminato riguarda la Procreazione Medicalmente Assistita e i dati presentati fanno riferimento all'attività del 2010, cioè a tutti i cicli iniziati, con una stimolazione o uno scongelamento, nel periodo compreso tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre del 2010. Nel nostro Paese, il 20,9 per 1.000 nati vivi nasce da gravidanze ottenute con l'applicazione di procedure di fecondazione assistita. Tale dato è in lieve aumento rispetto al 2008 (20,1 per 1.000). Fondamentale, inoltre, dal punto di vista della sicurezza delle tecniche, è la riduzione che si è osservata dei parti trigemini, requisito fondamentale per riportare i centri italiani agli stessi standard di sicurezza che si registrano in altri Paesi europei.

Salute degli immigrati - L'analisi dei dati riguardanti la presenza degli stranieri in Italia evidenzia che, al 31 dicembre 2010, il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti è pari al 7,5%. L'incidenza della presenza straniera regolare presenta un trend in aumento ed è molto diversa a livello territoriale con percentuali più alte nelle regioni settentrionali e centrali e più contenute nel Mezzogiorno. Le comunità più numerose, per entrambi i generi, sono rappresentate da rumeni, albanesi e marocchini.
Da rilevare è il costante aumento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri con uno e con entrambi i genitori stranieri. In particolare, la quota più elevata è quella dei nati da madre straniera indipendentemente dalla cittadinanza del padre. Le differenze regionali sono notevoli e ricalcano la distribuzione territoriale della presenza straniera nel nostro Paese. Pertanto, le regioni dove l'incidenza dei nati è più elevata sono quelle del Nord, in particolare l'Emilia-Romagna, il Veneto e la Lombardia. In queste regioni sia la quota di nati da madre straniera che quella di nati da padre straniero presenta valori superiori al 22%. Al contrario, in quasi tutte le regioni del Mezzogiorno, la quota di nati con almeno un genitore straniero è inferiore al dato nazionale (13,6%) e molto contenuta.
Tra le malattie infettive è stato analizzato il tasso d'incidenza di AIDS, Tubercolosi (TBC) ed Epatite virale. Nell'arco temporale 1992-2009, la percentuale di casi di AIDS diagnosticati in Italia a cittadini stranieri è passata dal 2,6% al

24,5%. Questo incremento, però, non dipende da un aggravamento dell'epidemia, ma dall'aumento della popolazione immigrata poiché l'andamento dei tassi d'incidenza è in costante diminuzione. Anche per l'incidenza di TBC, i dati analizzati mostrano che nel nostro Paese, negli ultimi 10 anni, il numero di casi in persone nate all'estero è aumentato in modo significativo, parallelamente all'incremento della loro numerosità. Infatti, dal 2003 al 2009, il numero dei casi di TBC registrati in cittadini nati all'estero è passato dal 37% al 48% del totale dei casi notificati.
Infine, a proposito dell'indicatore dell'Epatite virale, si osserva la stessa situazione dei precedenti indicatori e cioè un aumento negli anni (2004: 10,9%; 2010: 17,9%) e, in base al tipo di epatite diagnosticata, oltre l'81% dei casi è attribuibile ai virus A e B. L'epatite C, invece, rappresenta solamente il 4% dei casi negli stranieri, contro quasi il 9% negli italiani.
Per quanto riguarda l'area della salute materno-infantile delle donne straniere, in aumento sono le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), a seguito anche della crescente numerosità della popolazione straniera, e la classe di età 20-24 anni è quella maggiormente coinvolta. Anche in questo caso le differenze regionali sono notevoli e ricalcano la distribuzione territoriale della presenza straniera nel territorio italiano. Infatti, le regioni con una quota più elevata di IVG sono, in genere, quelle con una percentuale più elevata di donne straniere residenti e viceversa. Questa tendenza all'aumento (2003 21,2%; 2009 30,0%) induce a fare riflessioni sulle attività di prevenzione che sempre più devono raggiungere questo gruppo di donne, spesso più svantaggiato di altri, nel ricorso ai servizi socio-sanitari.
Per valutare l'impatto del fenomeno migratorio sui servizi ospedalieri è stato calcolato il tasso di ospedalizzazione che, nel 2010, è pari a circa il 5% dell'ospedalizzazione complessiva. Ovviamente, anche la geografia delle dimissioni ospedaliere è fortemente determinata dalla presenza straniera nelle diverse aree territoriali (più consistente al Centro-Nord e meno al Sud e nelle Isole). Riguardo al genere, si osserva una maggiore ospedalizzazione delle donne rispetto agli uomini per motivi legati alla riproduzione (gravidanza, parto e aborto volontario).
Per misurare il livello di salute nella popolazione immigrata è stato calcolato il tasso di mortalità i cui valori regionali, nel 2009, rispecchiano di conseguenza la distribuzione della popolazione straniera sull'intero territorio e sono più elevati per gli uomini (19,51 vs 11,14 per 10.000).
Nell'ultimo indicatore esaminato, relativo alla mortalità neonatale e infantile, si osserva che, nel quinquennio considerato 2005-2009, il tasso di mortalità 0-29 giorni, per gli italiani e per gli stranieri, diminuisce fino al 2008 per poi aumentare lievemente nel 2009 (italiani: 2,5 per 1.000 nati vivi; stranieri: 2,7 per 1.000 nati vivi), mentre il tasso di mortalità <1 anno presenta per gli stranieri un andamento uguale alla mortalità neonatale invece, per gli italiani, diminuisce dal 2005 al 2007 rimanendo stabile fino al 2009 (italiani: 3,3 per 1.000 nati vivi; stranieri: 4,0 per 1.000 nati vivi). Analizzando le differenze territoriali, si osserva lo svantaggio del Meridione, anche se, in alcune regioni del Centro-Nord, si registrano valori superiori al dato nazionale.

PARTE SECONDA
Sistemi Sanitari Regionali e la qualità dei servizi

Assetto economico-finanziario - In questa sezione sono stati presentati i tradizionali indicatori di spesa e disavanzo.
La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL) presenta un trend in aumento, dal 2003 al 2009, passando dal 6,09% al 7,22%. A livello regionale, l'indicatore mostra delle rilevanti differenze oscillando da un minimo di 5,42% della Lombardia a un massimo di 11,02% del Molise. Evidente, quindi, è il gradiente Nord-Sud con tutte le regioni del Meridione che presentano una spesa sul PIL superiore al valore nazionale, mentre le regioni del Centro-Nord, ad eccezione di Liguria e Umbria, presentano una spesa sul PIL inferiore al dato italiano.
La spesa sanitaria pro capite mostra, a livello nazionale, una crescita dell'1,09%, fra il 2010 e il 2011, passando da 1.831 euro a 1.851 euro e aumenta anche rispetto al 2005 del 12,59%. A livello regionale, in valori assoluti, la spesa per cittadino oscilla da un minimo, registrato in Calabria, di 1.704 euro a un massimo di 2.256

euro nella PA di Bolzano. In generale, rispetto all'anno precedente, le regioni del Centro-Nord, eccetto Piemonte e Marche, aumentano la spesa pro capite, mentre le regioni meridionali riducono la spesa per cittadino, con l'eccezione di Sardegna, Abruzzo, Basilicata e Sicilia.
Nel 2011, il Servizio Sanitario Nazionale si conferma, complessivamente, in disavanzo (29 euro pro capite) evidenziando un trend in costante diminuzione. Rispetto agli anni precedenti, permangono forti differenze regionali con un gradiente Nord-Sud a svantaggio del Meridione, dove si concentra quasi tutto il deficit. Nello specifico, le regioni del Centro-Nord presentano tutte un risultato positivo, con la sola eccezione della Liguria, mentre le regioni del Centro-Sud sono tutte in disavanzo, con la sola eccezione dell'Abruzzo, sebbene molte di loro abbiano, negli ultimi anni, significativamente ridotto le proprie perdite. Le situazioni più critiche continuano a registrarsi nel Lazio (152 euro) e nel Molise (123 euro).

Assetto istituzionale-organizzativo - I temi affrontati riguardano gli aspetti economico-finanziari delle risorse umane, che svolgono un ruolo cruciale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e la disponibilità di tecnologie.
Nel quadriennio 2007-2010, la spesa pro capite a livello nazionale è cresciuta di circa il 6% passando da 571,6 euro a 606,9 euro. Questa differenza si registra in parte accentuata in tutte le regioni, ad eccezione di Lazio, Molise, Campania, Calabria e PA di Bolzano. In generale, le regioni con una spesa per personale dipendente maggiore sono tutte quelle a statuto speciale (PA di Bolzano e Trento, Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia), mentre le regioni con minore spesa pro capite sono la Lombardia, la Puglia e il Lazio.
L'analisi sulla struttura per età del personale dipendente del SSN ha evidenziato che a livello nazionale, nel 2010, il personale dipendente è composto, prevalentemente, da persone di età compresa tra i 40-59 anni. I dati, inoltre, mostrano che la quota di personale di età ≥60 anni è superiore a quella di età <30 anni e in base alla distribuzione territoriale si registra un marcato divario Nord-Sud. Infatti, nel Nord è più elevata la percentuale di personale di età <30 anni, mentre nel Centro-Sud prevale la componente di personale di età ≥60 anni (in particolare, in Campania, Molise e Calabria). Analizzando la demografia del personale dipendente, importante è rilevare che il 64,1% è rappresentato da donne e il 35,9% da uomini e che il personale femminile è più giovane.
A proposito del tasso di compensazione del *turnover*, che è un indicatore di flusso il cui calcolo è fondamentale in fase di programmazione del personale, i dati del 2010 mostrano un divario Nord-Sud con le regioni del Centro-Nord che presentano valori più elevati rispetto alle regioni meridionali.
Per quanto riguarda l'area che si riferisce alle tecnologie, è stata calcolata la disponibilità di apparecchiature TAC (Tomografia Assiale Computerizzata), TRM (Tomografia a Risonanza Magnetica) e PET (Tomografia a Emissione di Positroni). Evidente è la limitata diffusione della PET e una maggiore diffusione della TAC rispetto alla TRM a livello nazionale ed, in particolare, nelle regioni del Centro-Sud. Inoltre, per quanto riguarda il numero di apparecchiature per milione di abitanti, i dati evidenziano un incremento, ma non sono distribuite e fruibili dalla popolazione in maniera omogenea sull'intero territorio.

Assistenza territoriale - L'assistenza territoriale comprende una serie di servizi rivolti alla comunità che si svolgono in un ambiente prevalentemente extra-ospedaliero. Gli indicatori utilizzati riguardano la gestione del paziente non autosufficiente e/o fragile e la gestione del paziente cronico.
In generale, il numero di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è in continua crescita presentando, nel 2010, un incremento dell'11,7% rispetto al 2009. Permane, anche dal confronto con gli anni precedenti, una notevole variabilità dell'indicatore a livello regionale. Si va, infatti, da un tasso minimo di 141 assistibili in ADI (per 100.000) della PA di Bolzano a un valore massimo di 2.867 (per 100.000) dell'Emilia- Romagna, cui seguono Umbria e Friuli Venezia Giulia (rispettivamente, 2.030 e 1.820 per 100.000). Da rilevare è, riguardo alla percentuale di ADI per pazienti terminali, la marcata differenza fra le regioni del Cen-

tro, in cui si registra il tasso più elevato (107,4 per 100.000), rispetto alle regioni del Nord e del Sud e Isole (rispettivamente, 79,7 e 87,7 per 100.000).
Nell'ambito dell'offerta, il tasso di posti letto relativo alle tipologie di utenza anziani e disabili è pari, nel 2010, a 567,8 (per 100.000). Di questi, la maggior parte sono specificatamente dedicati agli anziani (484,3 per 100.000), mentre solo quote residuali sono destinate a utenti di età <65 anni con disabilità (83,5 per 100.000). Nel dettaglio, per gli anziani il tasso più elevato si osserva in Valle d'Aosta (1.387,2 per 100.000) e l'offerta più bassa in Campania (125,6 per 100.000), mentre per quanto riguarda i posti letto dedicati alle persone con disabilità con età <65 anni la quota più alta si registra in Liguria (147,2 per 100.000) e il livello più basso in Puglia (45,1 per 100.000).
Sui presidi residenziali, gli ospiti anziani rappresentano circa l'84% del totale degli ospiti e, nella maggior parte dei casi, sono non autosufficienti. A livello nazionale, il tasso di ospiti anziani non autosufficienti istituzionalizzati è pari a 1.727,8 (per 100.000) e i valori maggiori si registrano al Nord, mentre nelle regioni meridionali i tassi si riducono considerevolmente, ad eccezione del Molise. La dicotomia Nord-Sud si riscontra anche per quanto riguarda gli ospiti minori e adulti con disabilità. Tale variabilità regionale, che evidenzia un maggior ricorso all'istituzionalizzazione nelle regioni settentrionali, risente della distribuzione territoriale dell'offerta residenziale.
Gli indicatori utilizzati per la gestione del paziente cronico riguardano le dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per Diabete mellito, Broncopneumopatia e Insufficienza cardiaca. Nel 2010, per il Diabete mellito, le regioni con il tasso più basso appartengono alla zona centrale o centro-meridionale del Paese, seguite dalle regioni settentrionali e meridionali; per la Broncopneumopatia, invece, i valori minori si osservano nelle regioni centro-settentrionali, mentre l'assistenza territoriale per l'Insufficienza cardiaca non mostra alcun trend geografico.
Quest'anno, sono stati inseriti anche gli indicatori riguardanti le dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili, in età pediatrica, per Asma e Gastroenteriti. Per l'Asma si registra, nel periodo 2008-2010, una lieve diminuzione (0,60 vs 0,52 per 1.000) ed il rischio di ricovero è maggiore nella classe di età 1-4 anni. Al contrario, nello stesso arco temporale, il tasso per Gastroenteriti aumenta (2,40 vs 3,96 per 1.000) e il rischio di ricovero, come per l'Asma, è maggiore per le classi di età minori. Infatti, stratificando per fasce di età si nota che i tassi di ospedalizzazione diminuiscono al crescere della classe di età, sia a livello nazionale sia in ogni singola regione, per cui le classi di età maggiormente coinvolte sono 0 e 4-11 anni.

Assistenza farmaceutica territoriale - In Italia, l'erogazione dei farmaci da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) avviene, principalmente, attraverso due canali: l'assistenza farmaceutica territoriale e l'assistenza farmaceutica ospedaliera. A livello nazionale, regionale e in molte Aziende Sanitarie Locali, il consumo dei farmaci erogati a carico del Servizio Sanitario Regionale è costantemente monitorato attraverso uno specifico sistema informativo in grado di produrre informazioni aggiornate sull'andamento dei consumi e della spesa di ogni tipologia di farmaco erogato. Questo sistema di monitoraggio, attivo dal 2000, pone il nostro Paese tra i più avanzati Paesi europei, capaci di monitorare in maniera analitica e in tempo reale l'andamento dei consumi e della spesa farmaceutica.
Il consumo farmaceutico territoriale è in lieve aumento e, nel 2011, l'incremento è stato dell'1,2% rispetto all'anno precedente e del 42,9% rispetto al 2001. A livello nazionale, in termini di consumo, sono state prescritte 963 dosi (per 1.000) di farmaco al dì e i valori maggiori si registrano nelle regioni del Centro-Sud. Stratificando i dati per età, importante è rilevare che i soggetti anziani (75 anni ed oltre) consumano, in media, una quantità di farmaci 19 volte superiore ai soggetti di età compresa fra 25-34 anni. Inoltre, l'analisi dei consumi evidenzia che i farmaci maggiormente prescritti riguardano il sistema cardiovascolare (47,1% del consumo totale di farmaci).
Nel 2011, la spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN è diminuita del 5,0% rispetto al 2010 e del 2,7% rispetto al 2001. Questa diminuzione, probabilmente, è causata anche dall'aumento della disponibilità e dell'utilizzo

dei farmaci a brevetto scaduto. Anche nel caso della spesa, l'analisi dei dati sulla prescrizione per classe di età nella popolazione mostra che un assistibile di 75 anni ed oltre ha un livello di spesa pro capite superiore di circa 13 volte quello di un individuo di età compresa fra 25-34 anni. L'età, infatti, costituisce il principale fattore predittivo dell'uso dei farmaci e gli anziani hanno un'alta probabilità di assumerne più contemporaneamente, incrementando la possibilità d'interazioni dannose tra principi attivi distinti. Evidente è il gradiente Nord-Sud a svantaggio delle regioni meridionali, ad eccezione della Basilicata, che presentano valori superiori al dato nazionale (204,3 euro).
Il consumo percentuale di farmaci a brevetto scaduto è cresciuto dal 14,0% del 2002 al 55,7% nel 2011. Parallelamente, anche la quota di spesa è aumentata dal 7,0% al 32,2% e la regione che ha presentato i maggiori incrementi, sia nell'uso (+49,4 punti percentuali) che nella spesa (+32,8 punti percentuali), è la Toscana.
Per quanto riguarda la spesa per ticket e compartecipazione richiesta ai cittadini si registra, nel 2011, un aumento, rispetto all'anno precedente, del 34% (valore nazionale: 22,1 euro pro capite).
L'analisi sul consumo di antibiotici a carico del SSN evidenzia un'ampia variabilità regionale con rilevanti differenze nel ricorso all'uso di tali farmaci tra Nord e Meridione ed i più alti livelli di consumo si osservano nelle fasce di età estreme (0-4 anni e >55 anni), generalmente considerate anche le fasce di età più fragili. La regione che presenta il valore maggiore è la Campania (31,7 DDD/1.000), mentre i consumi più bassi si registrano nella PA di Bolzano (12,7 DDD/1.000). Inoltre, i consumi di antibiotici sono aumentati, costantemente, nel periodo 2001-2009, mentre, dall'anno 2010, il trend dei consumi comincia a mostrare un'inversione di tendenza. Nel 2011, i consumi nazionali registrano un calo, rispetto all'anno 2010, del 2,2% e rispetto al 2009 del 7,0%. Quest'andamento è osservabile in quasi tutte le regioni.
È stato inserito anche l'indicatore sul consumo e sulla spesa di farmaci antibiotici in ospedale. Nel 2010, il valore nazionale del consumo di tali farmaci in ambito ospedaliero è pari a 6.396 (DDD/1.000 ricoveri in regime ordinario) e si registra un'ampia variabilità tra regioni. Oltre ai consumi totali, si osservano marcate differenze regionali anche nei consumi delle varie classi terapeutiche. Nello specifico, i tre quarti del consumo totale di antibiotici presso le strutture pubbliche sono rappresentati da penicilline (36%), chinoloni (21%) e cefalosporine (17%). Riguardo alla spesa per farmaci antibiotici, il valore è pari a circa 30.000 euro a livello nazionale. Anche in questo caso si registra un'ampia variabilità tra le regioni e l'84% della spesa totale è rappresentato da altri antibatterici (38%), dai chinoloni (28%) e da altri antibatterici beta lattamici (18%).

Assistenza ospedaliera - Per monitorare i cambiamenti e confrontare i risultati ottenuti e i trend in corso nelle diverse realtà regionali in riferimento agli obiettivi definiti dalla programmazione nazionale, sono stati analizzati una serie di indicatori riguardanti la domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera, l'efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura e l'appropriatezza clinica ed organizzativa.
La fotografia che emerge analizzando il tasso di ospedalizzazione conferma la tendenza alla riduzione del ricovero in entrambe le modalità, cioè sia in Ricovero Ordinario (RO) che in Day Hospital (DH). Nello specifico, l'analisi nel periodo temporale 2007-2010, evidenzia per il tasso complessivo una riduzione dell'11,0%, per la modalità di ricovero in RO una riduzione dell'8,3% e per il ricovero diurno una riduzione del 16,8%. Nel 2010, il tasso standardizzato di ospedalizzazione complessivo a livello nazionale è pari a 172,4 (per 1.000), di cui 122,2 (per 1.000) in modalità ordinaria e 50,2 (per 1.000) in modalità di ricovero diurno. In generale, le regioni del Meridione presentano un tasso complessivo superiore al valore nazionale e alcune anche allo standard normativo (180 per 1.000), mentre quelle del Centro-Nord un tasso inferiore, ad eccezione di Lazio, Liguria, PA di Bolzano, PA di Trento e Valle d'Aosta. Da rilevare, è il superamento del riferimento normativo (36 per 1.000) in tutte le regioni, ad eccezione della Lombardia.
La tendenza alla riduzione è confermata anche dall'indicatore concernente i tassi di ospedalizzazione in regime ordinario per acuti. Inoltre, stratificando i dati per età, sono piuttosto alti i tassi di ricovero nelle fasce di età "estre-

me" e, a livello regionale, si osserva una considerevole variabilità a svantaggio delle regioni meridionali da attribuire, presumibilmente, alla diversa progettazione delle reti ospedaliere e dei servizi territoriali. Sostanzialmente stabili, invece, sono i ricoveri in riabilitazione e in lungodegenza.
Tra gli indicatori riguardanti la domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera, sono stati esaminati anche i tassi di dimissione per tipologia di *Diagnosis Related Group* (DRG) che sono in diminuzione. Da quest'analisi è emerso che, nel 2010, il tasso per i DRG medici è pari a 95,1 (per 1.000), di cui il 26,3 (per 1.000) in regime di DH e il 68,8 (per 1.000) in RO. L'analisi dei dati mostra un evidente gradiente geografico, sia per il RO sia per il DH, con valori molto più elevati nelle regioni meridionali e insulari e, con qualche eccezione, minori nelle regioni centro-settentrionali. Il tasso per i DRG chirurgici, invece, è uguale a 68,8 (per 1.000), di cui il 22,3 (per 1.000) in regime di DH e il 46,5 (per 1.000) in RO. Rispetto ai DRG medici, i dati regionali del tasso dei DRG chirurgici, per entrambi i regimi di ricovero, non presentano un netto gradiente geografico.
Analizzando gli indicatori sull'efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura risulta che la Degenza Media PreOperatoria (DMPO), nell'arco temporale 2006-2010, presenta una modesta riduzione (2,00 vs 1,88 giorni) e i valori maggiori e superiori al dato nazionale si registrano nel Lazio, in Liguria ed in tutte le regioni meridionali, ad eccezione dell'Abruzzo che ha un dato in linea con il valore nazionale. Inoltre, stratificando i dati per genere, la DMPO è maggiore per gli uomini.
Tra gli indicatori sull'appropriatezza organizzativa sono state calcolate le dimissioni con DRG medico dai reparti chirurgici che sono pari, nel 2010, al 33,3%. Tale valore ha subito, dal 2006, una lieve ma costante riduzione. I dati evidenziano un'elevata variabilità regionale e un evidente gradiente geografico con tutte le regioni del Sud e le Isole che presentano valori sopra il dato nazionale. La regione con la percentuale più bassa è il Piemonte (24,7%), mentre il valore più alto si registra in Calabria (48,3%).
Per valutare l'appropriatezza organizzativa degli ospedali è stato, inoltre, quantificato l'utilizzo del DH per i DRG a rischio d'inappropriatezza. Nel 2010, la percentuale di ricoveri in DH è, a livello nazionale, pari a 48,1% con un *range* di valori compreso tra il 65,0% della Liguria e il 32,1% del Veneto. In base alla distribuzione territoriale non si evidenzia alcun gradiente, poiché la variabilità regionale è al quanto disomogenea.
Gli altri indicatori esaminati riguardano gli accessi in DH e in Day Surgery (DS) ed i ricoveri in DS ed "One Day Surgery". Nel 2010, per quanto riguarda il numero di accessi, si registra a livello nazionale un valore pari a 3,79 accessi in DH e a 1,60 in DS. La distribuzione regionale evidenzia una maggiore variabilità per le prestazioni di tipo medico su cui incidono le patologie trattate e le differenti modalità amministrative. Da rilevare, però, è l'utilizzo, talvolta improprio, della modalità assistenziale di DH per attività che potrebbero essere, invece, effettuate in ambito ambulatoriale. A proposito dei ricoveri, nel 2010, la percentuale di ricoveri in DS sul totale dei ricoveri diurni è in diminuzione rispetto all'anno precedente e si attesta al 45,54%. La variabilità regionale è particolarmente rilevante e denota un utilizzo differente dei regimi assistenziali ospedalieri. In generale, i valori sono tendenzialmente più elevati nelle regioni del Centro-Nord. Anche le dimissioni in "One Day Surgery", che a livello nazionale rappresentano il 18,90% delle dimissioni in regime ordinario, presentano un'elevata variabilità a livello territoriale.
L'ultimo indicatore presentato e relativo all'appropriatezza clinica e organizzativa, riguarda gli interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore nei pazienti di 65 anni ed oltre. Nell'arco temporale considerato (2001-2010) la percentuale d'interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero presenta un lieve incremento (31,2% vs 35,1%), ma i valori risultano ancora troppo bassi rispetto alle *performance* registrate in altri Paesi occidentali ed alle raccomandazioni presenti in letteratura. A livello regionale si riscontra una marcata variabilità che va dall'86,6% della PA di Bolzano al 16,1% della Sicilia.

Trapianti - Gli indicatori esaminati riguardano l'attività di donazione e *procurement* e di trapianto e la valutazione degli esiti.

A proposito dell'attività di donazione, particolarmente marcato appare il divario Nord-Sud anche se non esistono ragioni epidemiologiche che possano spiegare tale fenomeno. In generale, i due principali fattori che influenzano il buon esito del processo di donazione, oltre ovviamente all'idoneità clinica, sono la capacità d'identificazione del potenziale donatore all'interno del processo assistenziale e quella del "sistema" di incidere positivamente sulla percentuale di opposizione alla donazione. Nel 2011, i più elevati livelli di donatori utilizzati si registrano in Friuli Venezia Giulia (35,6 Per Milione di Popolazione-PMP) e in Toscana (33,3 PMP), mentre i valori minori si osservano in Molise e Basilicata (rispettivamente, 6,3 e 6,8 PMP).
Il divario regionale tra Centro-Nord e Meridione persiste anche nell'attività di trapianto e nella distribuzione dei centri per tipologia di organo generando una mobilità dei pazienti verso le regioni settentrionali, evidenziata dalla percentuale e dal numero dei trapianti eseguiti su soggetti provenienti da fuori regione. Nello specifico, l'Emilia-Romagna è la regione con la maggior percentuale di trapianti extra regionali (46,2%).
Per la valutazione degli esiti, sono stati esaminati i dati sulla sopravvivenza dell'organo e del paziente a distanza di 1 e 5 anni dal trapianto. Importante è rilevare che le differenze dei valori della sopravvivenza sono da imputare alle diverse tipologie e alla complessità dei trapianti. Nel dettaglio, i valori della sopravvivenza del paziente a 1 anno risultano superiori all'80% per il trapianto di cuore e fegato (rispettivamente, 83,6% e 85,9%), mentre per il rene si registra un valore pari al 97,1% e per il midollo osseo un valore del 57,7%.

Mortalità evitabile - Per le valutazioni di un Servizio Sanitario Nazionale, grande interesse riscuote l'indicatore sulla mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari, cioè i decessi considerati prematuri che non dovrebbero verificarsi alla presenza di cure efficaci e tempestive o come morti attribuibili a condizioni per le quali esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficace. Questo indicatore permette di segnalare le situazioni più a rischio, di studiare possibili interventi correttivi e di verificarne, nel tempo, il successo.
I dati analizzati evidenziano, nel periodo 2006-2009, una lieve riduzione del tasso (63,86 vs 61,69 per 100.000) e valori più elevati nella popolazione maschile. In generale, a livello territoriale, le regioni che presentano la peggiore *performance* in tutti gli anni considerati sono la Calabria, la Campania e la Sicilia.

Valutazione di alcune dimensioni della *performance* sanitaria - Le dimensioni considerate per la valutazione della *performance* sono l'efficienza, l'appropriatezza, l'efficacia e la soddisfazione e accessibilità.
L'efficienza si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio. Rispetto a questa specifica dimensione, le regioni più virtuose sono, sostanzialmente, quelle del Centro-Nord, ma con alcune eccezioni (Liguria, Lazio, Marche e Piemonte presentano livelli bassi o medio-bassi).
Rispetto all'appropriatezza, le regioni con i livelli più alti sono, prevalentemente, quelle del Nord, ad eccezione dell'Emilia-Romagna. Un livello alto si registra anche nelle Marche. Fanalino di coda della graduatoria, con livelli bassi e medio-bassi, sono le regioni del Mezzogiorno, l'Umbria e il Lazio.
Le regioni eccellenti rispetto alla dimensione dell'efficacia sono il Piemonte, la Valle d'Aosta, la PA di Trento, la Liguria e la Toscana. Valori medio-alti, invece, si osservano in alcune regioni del Centro-Nord e in Basilicata. Agli ultimi posti della graduatoria troviamo il Mezzogiorno in compagnia della PA di Bolzano, della Lombardia e del Friuli Venezia Giulia che sono le uniche regioni del Nord a collocarsi a un livello medio-basso.
Infine, le regioni con un livello di soddisfazione e accessibilità più elevata sono la PA di Bolzano, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna e le Marche. Al contrario, la Sicilia, la Calabria, la Puglia, la Campania e l'Umbria si collocano nella parte più bassa della graduatoria. Al tradizionale gradiente Nord-Sud fa eccezione la Sardegna che si pone a un livello medio-alto e il Piemonte, la Valle d'Aosta e la Toscana che presentano livelli medio-bassi.

La ricerca in omeopatia ha le proprie regole nel paradigma omeopatico

Renata Calieri

Riassunto. Il medicinale omeopatico è sottoposto alle stesse regole e alla stessa normativa del farmaco convenzionale. Allo stesso modo, tutto il protocollo per la ricerca clinica viene preteso anche per i medicinali omeopatici, pur essendo incompatibile con il paradigma stesso dell'individualizzazione del medicinale sul paziente. La comunità omeopatica deve saper proporre modelli di ricerca adatti, e costruiti nel rispetto del paradigma omeopatico.

Parole chiave. Omeopatia; Farmaci convenzionali; normativa italiana ed europea; modelli sperimentali di ricerca in Omeopatia.

Summary. Homeopathic medicines are regulated by the same rules and laws of conventional medicines. In this way, all clinical protocols for the research are requested to homeopathic medicines too, even if those protocols are so incompatible with individualized medicine on patient paradigm itself. Homeopathic community has to propose adequate research models, built on respect of homeopathic paradigm.

Keywords. Homeopathy; conventional medicines; italian and european laws; experimental models for Homeopathy research.

Introduzione

Nel contesto europeo, normative sempre più rigide includono il medicinale omeopatico nelle disposizioni che regolamentano il farmaco: tra queste, le regole relative alla ricerca, alle prove di efficacia e all'evidenza scientifica che, snaturando il paradigma omeopatico, pretendono gli stessi studi clinici, con gli stessi criteri e le stesse modalità valutative del farmaco convenzionale.

Con l'adeguamento alla normativa europea (*Direttiva 2001/83/CE* e successive direttive di modifica, nonché *Direttiva 2003/94/CE*), il D.l.vo 219/2006 si aggiorna e introduce al vecchio D.l.vo 541/1992 che regolamentava i farmaci ad uso umano, alcuni articoli specifici relativi all'Omeopatia.[1] E quella che sembrava essere una grande conquista (basti pensare che già solo questo adempimento dell'Italia legittima inequivocabilemente il medicinale omeopatico agli occhi di tutti) diventa in qualche modo un labirinto rigido nel quale l'Omeopatia si ritrova inserita suo malgrado e senza scampo. In seguito a queste direttive, infatti, il medicinale omeopatico viene sottoposto alle stesse regole del farmaco convenzionale, nel bene e nel male.

Non escluso è tutto il protocollo per la ricerca clinica che, nonostante gli scricchiolii metodologici legati alla tanto declamata E.B.M. e agli R.C.T., viene preteso anche per i medicinali omeopatici (unitari o complessi?), pur essendo incompatibile con il paradigma stesso dell'individualizzazione del medicinale sul paziente. [1] L'assioma diventa: "se l'Omeopatia non si dimostra con le regole scientifiche protocollari, l'Omeopatia non funziona".

Basti pensare che nel famoso articolo di "Lancet" del 2007, solo il 16% degli studi riportati da Shang et al. utilizzava rimedi individuali prescritti secondo i princìpi dell'Omeopatia classica (oltre al fatto che esperti convenzionali di metanalisi considerarono il parere di Shang et al. pesantemente difettoso dal punto di vista metodologico, per diverse ragioni). [3]

Come procedere, dunque, a una messa a punto di metodologie di ricerca adatte all'Omeopatia? Quale la strada da percorrere e come sottoporla all'accettazione delle istituzioni e delle autorità regolatrici? Come può la comunità omeopatica far rispettare il proprio diritto a esercitare la pratica medica che preferisce, in scienza e coscienza, senza norme incompatibili?

EBM, RCT, e incompatibilità Con Le MnC

Come già ebbi modo di illustrare in un precedente lavoro [3], per "Evidence Based Medici-

[1] In particolare a: Titolo 3 - Immissione in commercio; Titolo 4 - Produzione e importazione; Titolo 5 - Etichettatura e foglio illustrativo; Titolo 7 - Distribuzione all'ingrosso di medicinali; Titolo 8 - Pubblicità; più 2 Allegati.

ne" (EBM) s'intende l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori prove disponibili, nel corso del processo decisionale riguardante l'assistenza al malato [Sackett D. et al. 1996]. Successivamente, l'EBM è stata in certa misura "ridefinita" come "l'integrazione delle prove derivanti dalla migliore ricerca clinica con l'esperienza clinica e i valori dei pazienti" [Sackett D., et al. 2000]. L'EBM viene intesa come l'integrazione tra l'esperienza e la capacità clinica di ciascun medico da un lato, e le "evidenze esterne" (prove) derivanti dalla ricerca sistematica dall'altro [3, 7].
Solo in un secondo tempo la definizione originaria di EBM si è identificata con gli studi clinici randomizzati controllati (RCT) che ora vengono considerati come la più alta forma di ricerca delle prove di efficacia. Come ben spiega il Dott. A. Valeri a proposito di questa metodologia d'indagine, essa non solo rappresenta lo standard migliore per la sola valutazione dell'efficacia di nuovi farmaci di sintesi (e non della validità nelle condizioni reali della clinica), ma mortificano anche le peculiarità delle metodologia omeopatica, a discapito di una oggettiva esigenza di ricerca [3].
Gli RCT vantano infatti il rigore di procedure idealizzate e ideali (cioè non realizzabili e non reali), che non solo non sono applicabili al modello umano, fatto di individui unici e irripetibili, ma non riflettono neppure le condizioni della popolazione reale, una volta usciti dall'indagine sperimentale [3].
Il modello sperimentale in questione, vanta infatti come fiori all'occhiello:
1. la *randomizzazione*, come sistema rappresentativo di una popolazione il più possibile uniforme e paragonabile alla realtà;
2. il *controllo*, come mezzo di comparazione degli effetti, escludendo componenti legate alla casualità (ipotizzando che l'unica differenza tra i 2 gruppi sia solo il trattamento indagato).
Ma entrambe queste condizioni sono contraddittorie nei seguenti aspetti:
1. la randomizzazione pretende di assemblare soggetti il più possibile simili;
a. nelle caratteristiche, quando essi non lo sono affatto in quanto "individui";
b. nella patologia, quando invece ciascun paziente manifesta modalità di sofferenza ed eziologie differenti pur nella "stessa" nosologia così come viene definita dalla terminologia medica;
c. nella reazione al farmaco, quando è più che mai consolidato che ogni organismo reagisce in maniera diversa agli effetti primari e secondari di una stessa sostanza (esistono addirittura i "non responders");
d. al resto della popolazione di cui essi dovrebbero rappresentare un campione significativo, quando tutte le condizioni appena elencate contraddicono questa affermazione.
Il sistema della randomizzazione è dunque concepito come se dovesse indagare il comportamento di un numero rappresentativo di bocce da biliardo o di biglie, che biglie non sono affatto.
2. L'idea di affiancare un gruppo di controllo che altra differenza dal campione non dovrebbe mostrare, se non il fatto di subire o meno il trattamento, è anch'esso contraddittorio per le stesse ragioni della randomizzazione, in particolare per il fatto che nessun individuo malato soffre una patologia nello stesso modo di un altro, e nessuna diagnosi è paragonabile a un'altra [3].
Esiste poi una gerarchia degli studi clinici sperimentali, che prevede la seguente successione a scalare d'importanza [Guyatt G., et al. 2000 JAMA]:
– Trials randomizzati N di 1
– Revisioni sistematiche di trials randomizzati
– Trials randomizzati singoli
– Revisioni sistematiche di studi osservazionali indirizzati ai risultati importanti per il paziente
– Singoli studi osservazionali indirizzati ai risultati importanti per il paziente
– Studi fisiologici
– Osservazioni cliniche non sistematiche.
È interessante osservare come quelli che sono per l'Omeopatia i sistemi più consoni alla metodologia e alle caratteristiche epistemologiche sue proprie (cioè gli studi osservazionali, che permettono di valutare aspetti della metodologia terapeutica che non sono considerati dagli RCT), siano nella metà inferiore della scala gerarchica. Nell'ottica dei sistemi complessi, questa visione verticale di gerarchia, è stata superata dall'ipotesi circolare di H. Walach che utilizza il modello di ricerca più ap-

propriato a seconda della situazione da studiare, a parità di dignità [3, 8]. Ma non ci risulta, ad oggi, che tale modello sia stato recepito e adottato dalle istituzioni scientifiche.
In ogni caso, anche la pubblicazione di lavori considerati scientifici e metodologicamente corretti, finalizzati a dimostrare che "l'Agopuntura (o l'Omeopatia) si è dimostrata efficace nei trattamenti della nausea post-operatoria e post-chemioterapica, nei dolori dentari post-operatori e post-chirurgici, nelle cefalee, nella dismenorrea, ecc. ecc.", va esattamente all'opposto di quanto vorrebbero dimostrare queste MnC: cioè che Omeopatia o Agopuntura sono efficaci nel trattare caso per caso, individualmente (come merita ciascun singolo paziente), il malato e non la malattia (che di per sé non esiste fuori da esso) [3].

La normativa attuale in relazione alla ricerca omeopatica

All'interno del D.l.vo 219/2006, a volte solo per confermare l'applicazione di quanto appena detto, a volte in una sezione appositamente dedicata, si trovano gli articoli più specifici per i medicinali omeopatici.
Al *Titolo III: Immissione in commercio, Capo I - Autorizzazione all'immissione in commercio* vengono indicate le regole dell'immissione in commercio dei farmaci convenzionali, mentre il *Capo II* (Artt. Dal 16 al 20) è specificamente intitolato *Norme speciali applicabili ai medicinali omeopatici* relativamente allo stesso argomento.
Partiamo dall'Art. 16 intitolato *Procedura semplificata di registrazione*, dove al comma 1 troviamo le caratteristiche del medicinale omeopatico secondo il legislatore:
Un medicinale omeopatico è soggetto, ai fini dell'immissione in commercio, ad una procedura semplificata di registrazione, soltanto se il medicinale:
a) è destinato ad essere somministrato per via orale od esterna;
b) non reca specifiche indicazioni terapeutiche sull'etichetta o tra le informazioni di qualunque tipo che si riferiscono al prodotto;
c) ha un grado di diluizione tale da garantirne la sicurezza; in ogni caso il medicinale non può contenere più di una parte per diecimila di tintura madre, nè più di 1/100 della più piccola dose eventualmente utilizzata nell'allopatia per le sostanze attive la cui presenza in un medicinale allopatico comporta l'obbligo di presentare una ricetta medica.
Tralasciamo per il momento l'osservazione (sulla quale torneremo più tardi) che per il legislatore è omeopatico anche un farmaco allopatico diluito e dinamizzato...
Sempre l'Art. 16, comma 4, è cruciale quando dice che *Le disposizioni degli articoli* [delle sezioni non specificamente omeopatiche]
8, comma 3 [*Domanda di autorizzazione* e documentazione da allegare, in particolare la lettera o, che rimanda al *Riassunto delle caratteristiche del prodotto*]
29, comma 1 [*Durata del procedimento; effetti indotti da domande presentate in altri Stati membri*]
da 33 a 40 [*Autorizzazione subordinata a condizioni. Obblighi del titolare dell'AIC. Modifiche delle autorizzazioni. Provvedimenti restrittivi urgenti per motivi di sicurezza. Smaltimento scorte o termine per il ritiro delle confezioni a seguito di autorizzazione di modifiche. Durata, rinnovo, decadenza e rinuncia dell'autorizzazione. Effetti dell'autorizzazione. Diniego dell'autorizzazione.*]
52, comma 8, lettere a), b) e c) [*Personale qualificato di cui deve dotarsi il titolare dell'autorizzazione alla produzione* con caratteristiche e responsabilità della Persona Qualificata]
e 141 [*Sospensione, revoca e modifica d'ufficio di una AIC.*]
si applicano, per analogia, alla procedura semplificata di registrazione dei medicinali omeopatici, ad eccezione delle prove di efficacia terapeutica. Con questo, sembrano essere escluse le regole descritte all'Art. 8, comma 3, lettera l nel quale vengono elencati, come richiesti, i risultati:
1) delle prove farmaceutiche (chimico-fisiche, biologiche o microbiologiche);
2) delle prove precliniche (tossicologiche e farmacologiche);
3) delle sperimentazioni cliniche.

Allo stesso modo sembra essere indicato all'Art. 18 (*Medicinali omeopatici a cui non si applica la procedura semplificata di registrazione*), comma 1, dove per i medicinali diversi da quelli di Art. 16, *possono essere previste, con decreto del Ministro della salute, su proposta dell'AIFA, norme specifiche relative alle prove precliniche e alle sperimentazioni cliniche, in coerenza con i principi e le caratteristiche della medicina omeopatica praticata in Italia.* Ci auguriamo che con quest'ultima dicitura, il legi-

slatore (e soprattutto l'AIFA, che poi disporrà le regole) voglia ascoltare le proposte dei rappresentanti di categoria: ecco perché rimane di fondamentale importanza essere pronti con proposte fattive ed efficaci.
Di fatto, mentre per i rimedi unitari si potrebbero avanzare richieste e proporre disegni di ricerca mirata specificamente (Provings, studi osservazionali dove la *stessa* patologia viene affrontata con rimedi diversi e individualizzati), per i prodotti complessi (che risultano essere specialità con una indicazione terapeutica delineata più o meno espressa, che vale in tutti i casi e su qualsiasi soggetto), non si riesce ad immaginare una validazione scientifica che non possa riferirsi altro che a studi di tipo allopatico (in cui ad un gruppo di soggetti con la *stessa* patologia viene somministrato lo stesso prodotto in questione).
Non a caso, perfino lo stesso Hahnemann nel § 274 dell'Organon [1] specifica "... *Difatti, anche se si conoscono le azioni pure e caratteristiche delle singole medicine semplici sull'organismo sano, è impossibile prevedere quali azioni esse possono avere nel malato, quando agiscono contemporaneamente in più di una*".

Dall'altra parte, come si accennava sopra, per il legislatore è considerato omeopatico:
– anche un prodotto complesso[2]
– anche un farmaco allopatico diluito e dinamizzato, anche se non sperimentato omeopaticamente (Proving)[3].
Come verranno definite le prove sprimentali per siffatti prodotti?
Come potrebbe codificarsi un Proving omeopatico come c'insegna Hahnemann, per sapere che implicazioni ha poi quel medicinale applicato alla clinica?
Con queste premesse, è ovvio che il legislatore aveva in mente un tipo di sperimentazione del tutto allopatica.

Consort, Red-Hot e modelli sperimentali in omeopatia

Tra le Linee Guida messe a punto per le sperimentazioni cliniche, ma anche per le revisioni sistematiche e le metanalisi, così pure per la corretta espressione dei dati degli studi osservazionali, si trovano quelle del documento CONSORT (CONsolidated Standards Of Reporting Trials), codificata a partire dalla metà degli anni '90. Esso rappresenta l'elenco delle tematiche da includere quando si riporta un trial randomizzato. Comprende 22 voci (di cui solo 4 relative al tipo di trattamento [3, 7]) con le quali vuole fornire al lettore in modo chiaro le ragioni per le quali lo studio è stato intrapreso, il modo in cui è stato condotto e come i dati ottenuti sono stati analizzati; tende cioè a migliorare il modo in cui un RCT viene descritto assicurando che i lettori capiscano appieno la procedura adottata nello studio e siano in grado di valutarne i risultati. L'utilità del CONSORT è potenziata attraverso un costante monitoraggio della letteratura biomedica che consente di modificare CONSORT a seconda delle necessità, e anche le riviste medico-scientifiche sono invitate a tener conto delle sue indicazioni come "norme per gli autori" che vi pubblicano[4] [3].
La versione del 2001, consultata all'epoca della stesura del mio precedente lavoro [3] da cui traggo questo intero capitolo, è stata aggiornata nel 2010 [4] con cambiamenti e aggiornamenti che in questo contesto non c'interessano in particolar modo.
Per quanto riguarda le MnC esistono alcuni sistemi CONSORT per la Fitoterapia, l'Agopuntura e l'Omeopatia: per quest'ultima il documento si chiama RED-HOT (REporting Data on HOmeopathic Treatments)[5] [5, 6]. Esso va inteso come supplemento (e non come sostitutivo) del documento CONSORT, al fine di migliorare il resoconto dei trattamenti omeopatici, e aggiunge 8 punti specifici per l'Omeopatia, che ricalcano 4 dei corrispondenti allopatici del CONSORT[6] [3]. Lo scopo è comunque quello di

[2] Titolo I – Art. 1 "Definizioni" – lettera d) del D.l.vo 219/2006.
[3] Titolo III, Capo II – Art. 16 "Procedura semplificata di registrazione" – lettera c) del D.l.vo 219/2006, sopra riportato.

[4] Si veda il sito http://www.consort-statement.org/mod_product/uploads/CONSORT%20Statement%202001_Italian%20(not%20verified).pdf.
Tra gli autori che hanno contribuito alla stesura risultano alcuni noti oppositori dell'Omeopatia. Tra i finanziatori le maggiori aziende farmaceutiche multinazionali.
[5] Si veda il sito http://www.redhot-homeopathy.info/index.html. Tra gli autori P. Fisher e H. Walach.
[6] Relativi a Razionale (2), Partecipanti (3), Interventi (4), ed Eventi Avversi (19). [5]

migliorare la qualità delle pubblicazioni di trials clinici, dettagliando metodi e trattamenti omeopatici, e anche in questo caso vengono esortati gli autori a seguirne le indicazioni in caso di pubblicazione di resoconti di trattamenti omeopatici sulle riviste scientifiche. Esso si aggiunge al CONSORT in caso di RCT omeopatici, ma prevede una sua applicabilità *anche per trials clinici omeopatici diversi dagli RCT*, per ricerche di outcomes, *e per la stesura di lavori sui Provings* [3, 5, 6].

Questo l'elenco dei titoli (riportata tal quale con una traduzione personale):

1. *Razionale* - Già il punto 2 di CONSORT richiede il background scientifico e la spiegazione del razionale. Il tipo di Omeopatia dovrebbe essere definito come individualizzato (Omeopatia classica, Omeopatia Costituzionale), "a formula" (clinico-sintomatica con singoli rimedi, o complessa con prodotti multicostituenti), o Isopatia. Dovrebbe essere stabilita e referenziata l'analisi delle strategie. Per esempio, nella prescrizione individualizzata le strategie includono l'analisi dei metodi (come Kent, Bönninghausen), e degli strumenti (Repertori, software). Le strategie "a formula" includono raccomandazioni tradizionali, rianalisi dei sintomi collettivi o di approcci sistematici come l'Omotossicologia, e dovrebbe anche riferire le fonti includendo Repertori e software. Essendo testata la base delle prove (evidence) per l'approccio, essa dovrebbe essere inclusa (ad esempio: esperienza personale, serie di casi, trials clinici, revisioni sistematiche) e referenziata.

2. *Partecipanti* - Già il punto 3 di CONSORT richiede informazioni generali sui partecipanti al trial. I trials omeopatici dovrebbero riportare la precedente esperienza dei partecipanti o la conoscenza del trattamento (ad esempio se preparato ad aspettarsi aggravamenti omeopatici da un foglio informativo sul trial). I resoconti di Provings dovrebbero indicare come la condizione di base "*sano*" sia definita e misurata.

3. *Medicinali* - Dettagli dei produttori e dei processi di produzione dovrebbero riferire la Farmacopea o le Linee Guida utilizzate. Il metodo di diluizione dovrebbe essere specificato (ad esempio: il metodo hahnemanniano dei flaconi separati, quello korsakoviano del flacone unico, o il Flusso Continuo). Dovrebbero essere chiaramente indicate la nomenclatura di tutti i rimedi o, per quelli "a formula", dei costituenti (e il nome commerciale), così pure le potenze e le scale. Dovrebbero essere incluse liste o tavole di frequenza delle prescrizioni individuali nei trials classici. Dove eccessivamente lungo, queste possono essere pubblicate online come appendice, o rese disponibili dagli autori. Dose, frequenza, e forma farmaceutica (esempio: liquida, globuli, compresse) devono essere dichiarati.

4. *Consultazione* – Dovrebbero essere specificati i settings dello studio (ad esempio: il Paese, la cura primaria o secondaria, la struttura pubblica o privata) e il dettaglio della storia clinica. La durata e la frequenza (pianificata e attuale) della consultazione dovrebbe essere riportata. Dovrebbe essere riferito il numero degli Omeopati che necessitano essere concordi nella prescrizione, così come dovrebbe essere menzionato se sia stato usato un processo di gruppo o una consultazione esperta per determinare il medicinale. Dovrebbe essere riportato se i prescrittori ripongano la propria fiducia nei medicinali prescritti.

5. *Operatori* - Il numero degli operatori nello studio dovrebbe essere indicato. Dovrebbe essere definita anche l'esperienza nella pratica clinica espressa in anni e ore per settimana. Dovrebbero essere menzionate l'accreditamento e le qualifiche, includendo se mediche o non mediche[7]. Dovrebbero essere identificate le scuole di pensiero o lo stile di Omeopatia.

6. *Co-interventi* - I co-interventi inclusi, se di MnC o convenzionali, dovrebbero essere specificati e documentati. Ciò include la dieta, l'esercizio fisico, consigli di stile di vita. Se i co-interventi consistono in trattamenti, dovrebbero essere inclusi il razionale, gli effetti attesi, i riferimenti, la frequenza e la durata di ciascun trattamento. Dovrebbero essere specificati anche i co-interventi esclusi, compresa qualsiasi sospensione di trattamenti convenzionali, come pure i divieti di antidoti teorici quali medicinali, cosmetici e igienici, alimenti e bevande.

[7] Tutto questo rientra, a buona ragione, nei parametri richiesti per entrare nel Registro SIMO-FIAMO degli Omeopati (medici e veterinari) Accreditati (adottato anche da alcuni Ordini Professionali): http://www.omeomed.net/sub_index/registro.php

7. *Controllo degli interventi* - Il razionale, i riferimenti, e l'effetto atteso dei trattamenti confrontati, dovrebbero essere stabiliti chiaramente. Se viene usato il *placebo* nello studio, sono richiesti i dettagli del suo processo produttivo.
8. *Eventi avversi* - Già il punto 19 di CONSORT riguarda il resoconto degli eventi avversi. Gli aggravamenti dovrebbero essere inclusi in questa categoria.
Durante la sperimentazione vanno necessariamente documentati tutti gli avvenimenti del periodo di trattamento (soggetti coinvolti, esclusi, persi lungo la strada...) che si definiscono *flow chart* [3].
Tutti i punti si riferiscono ai trials clinici controllati, tranne il punto 7 che riguarda studi di outcomes non controllati [3, 5, 6].
Il presente modello si avvicina quanto più possibile alla metodologia omeopatica, o meglio cerca di adattare la metodologia omeopatica alle condizioni "convenzionate" a livello internazionale per la ricerca scientifica medica. Invece, salvo l'accenno al punto 2 del RED-HOT, non ci risulta, allo stato attuale, un documento ufficiale che codifichi i Provings omeopatici quale forma di ricerca per la fase iniziale (della "scoperta" della sostanza, della sua "tossicologia", e delle sue "indicazioni"). E, di fatto, resta il problema della gerarchia di tali studi: di quale livello di stima godranno nell'attuale scala verticale di gerarchia degli studi clinici?

Un altro modello di ricerca calzato sull'Omeopatia potrebbe essere quello proposto da CLI.FI.COL. (Clinical File Collection)[8]: sviluppata con la partecipazione di Homeopathia Europea & Internationalis, *h.m.s.* (homoeopathic medicine services) e di altri gruppi di studio nazionali e internazionali, è una banca dati creata per i medici omeopati che vogliono avere a disposizione in tempo reale dati e casi clinici provenienti da tutto il mondo [3].
Essa permette di raccogliere il contributo di ciascun singolo, anche fosse con un caso solo, ma ben gestito e particolarmente risolutivo, in modo che si unisca ai contributi di tutti gli altri colleghi, a formare così una raccolta statisticamente significativa di esperienze, ad es. su una certa patologia. Questa banca dati offre anche la possibilità di confrontarsi con altri medici omeopati, che hanno avuto casi clinici simili, affrontati con metodologie diverse, perché permette a ciascun omeopata di mettere a disposizione di altri colleghi i propri casi, e di visionare quelli altrui, sia di Medicina Umana che Veterinaria. Le ricerche di dati possono avvenire tramite rimedio, o tramite patologia.
Per lo scopo, è fondamentale che tutti utilizzino gli stessi standard nell'inserimento dei dati, e per questo, incrociare i parametri di RED-HOT con quelli di CLI.FI.COL. potrebbe essere un'idea costruttiva di una banca dati a misura dell'Omeopatia.

Conclusioni

Quello della ricerca in Omeopatia è sempre stato un tema, anzi un problema cruciale.
Le istituzioni e le autorità competenti stanno tentando di dettare le regole per la ricerca omeopatica, adattando ad essa quelle per i farmaci convenzionali, o sforzandosi appena di darle connotazioni più coerenti al suo paradigma, senza grossi risultati.
Il problema principale è che anche la vaga legittimazione del medicinale omeopatico con il recepimento delle direttive CE, lo ha messo nelle condizioni di dover essere valutato al pari dei farmaci convenzionali.
Ma se la comunità omeopatica non produce RCT in stile allopatico, se difende in modo compatto e solidale i criteri propriamente omeopatici, è possibile una ricerca di base in Omeopatia che non scada nei fallimenti che il mondo scientifico convenzionale si aspetta. Gli strumenti ci sono: proposte di protocolli di ricerca omeopatica già operativi, i parametri stessi dei Provings. L'importante è non cedere alla pretesa di effettuare la ricerca secondo parametri che non appartengono all'Omeopatia.
Sarà necessario evidenziare alle istituzioni che le segnalazioni di Omeopatia in Farmacovigilanza sono sempre state praticamente nulle in tutti questi anni, e che i Provings di sostanze

[8] Vedi il sito dell'European Commitee for Homeopathy (E.C.H.)
http://www.homeopathyeurope.org/about-ech/subcomittees/research-subcommittee; http://www.homeopathyeurope.org/Research/other-research-data-resources-1/cam-specific-databases e dettagli del progetto su http://www.clificol.net/ in italiano su http://www.hmssrl.com/Lan_Ita/WinCHIP/CLIFICOL_02.htm.

già sperimentate e di largo uso, ripetuti più volte, a distanza di decenni, e in ogni luogo della Terra, hanno sempre confermato quanto fu rilevato fin dai primi esperimenti. Parlare di placebo, alla luce di tutto questo, è posizione falsa o disinformata.
Non si dimentichi che anche molti vecchi farmaci convenzionali, la cui validità non è mai stata messa in discussione (quali penicillina, insulina, tiroxina e altri), non sono mai stati studiati tramite gli RCT, perché la somma delle evidenze già presenti nei decenni di utilizzo li ha sempre sufficientemente sostenuti [3].
L'invito ai terapeuti, Medici e Veterinari, è quello di concepire e produrre una ricerca clinica omeopatica che resti nei binari dell'Omeopatia senza deragliamenti rischiosi.

Bibliografia

1. Hahnemann C. F. S., *Organon dell'arte guarire*, VI edizione, traduzione di G. Riccamboni, Red edizioni (2002)
2. D.Lgs. 24 aprile 2006, n. 219; Pubblicato nella Gazz. Uff. 21 giugno 2006, n. 142 S.O.
3. R. Calieri, Evidence Based Medicine Nella Terapia Omeopatica: stato dell'arte e ipotesi di lavoro, Tesi C.A.F. Università di Bologna A.A. 2007-2008
4. CONSORT 2010 changes and testing blindness in RCTs - Published Online March 24, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)60413-8 See Editorial page 1136; See Online for webappendix (www.thelancet.com Vol 375 April 3, 2010)
5. The Journal Of Alternative And Complementary Medicine, Volume 13, Number 1, 2007, pp. 19–23, GUIDELINES - Reporting Data on Homeopathic Treatments (RedHot): A Supplement to CONSORT
6. Dean ME, Coulter MK, Fisher P, Jobst K, Walach H. "Reporting data on homeopathic treatments (RedHot): a supplement to CONSORT." Forschende Komplementärmedizin/Research in Complementary Medicine, 2006 Dec; 13(6):368-71. - Homeopathy. 2007 Jan; 96(1):42-45. - The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2007 Jan; 13(1):19-24.
7. Sackett D.L., Rosenberg W.M.C, Gray J.A.M., Haynes R.B, Richardson W.S, Evidence based medicine: what it is and what it isn't – Editorial *BMJ* 1996;312:71-72 (13 January) http://www.kclombardia.it/index.php?option =com_content&task=view&id=518&Itemid=96
8. Walach H., Falkenberg T., Fønnebø V., Lewith G. and Jonas W.B., Circular instead of hierarchical: methodological principles for the evaluation of complex interventions, Debate *BMC Medical Research Methodology* 2006, 6:29 doi:10.1186/1471-2288-6-29.

Dr.ssa **Renata Calieri**, responsabile Dipartimento Farmaceutica Omeopatica, Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopati, FIAMO.

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

L'oggi e il domani

***

Mal di testa da abuso farmaci

In aumento il mal di testa da abuso di farmaci. Il 10% dei pazienti che arriva in un Centro cefalee, infatti, presenta una patologia cronicizzata con uso eccessivo di medicinali. La condizione riguarda circa un milione di italiani. "L'uso di farmaci sintomatici per la cefalea – spiega Fabio Antonaci del Centro cefalee dell'Ircss Istituto neurologico nazionale Mondino di Pavia – è estremamente diffuso. Circa il 50% degli attacchi vengono trattati dal paziente senza parere medico, ricorrendo ad un acquisto diretto in farmacia". Secondo le linee guida – ricordano gli esperti pavesi, alla vigilia di un workshop sul tema promosso in occasione della Settimana mondiale del cervello – si intende per abuso, o meglio uso eccessivo di un farmaco, l'assunzione di oltre 10 triptani al mese per almeno 3 mesi oppure di 15 farmaci antiinfiammatori per lo stesso periodo di tempo. Talvolta l'uso eccessivo di farmaci sintomatici vede la combinazione di analgesici e triptani, oppure l'associazione di oppiacei o ancora di farmaci in associazione. L'esperienza clinica e i dati della letteratura evidenziano come l'abuso evolva in un uso quotidiano e quindi si crei una dipendenza dal farmaco. "Monitorare il consumo settimanale e mensile dei farmaci sintomatici – sottolinea Antonaci – è il primo provvedimento che viene richiesto dallo specialista neurologo e che, insieme alla valutazione di eventuali patologie associate alla cefalea, costituisce il filtro per non scivolare nella cronicizzazione del dolore che va di pari passo con l'uso di farmaci". Recentemente è stata lanciata una campagna pubblica nelle farmacie della provincia di Pavia, dal titolo 'Monitorare per curare', per 'filtrare' tutti coloro che acquistano farmaci antidolorifici per la cefalea. La campagna prevede un'osservazione dei pazienti con cefalea per valutare il reale consumo di farmaci e identificare i soggetti a rischio di abuso. Il progetto di ricerca, coordinato dall'Istituto e finanziato dal ministero della Salute, dura 3 anni e prevede anche una estensione territoriale ad altre provincie extraregione del Nord e Sud Italia.

***

Eccessi medici, BMJ: bisogna correre ai ripari

Troppa medicina. A dieci anni dall'editoriale in cui chiedeva – provocatoriamente, all'epoca, e con il punto interrogativo – se non ci fosse un eccesso di medicalizzazione della vita quotidiana, il BMJ torna sull'argomento con una campagna in cui ogni dubbio è oramai scomparso, giacché gli eccessi, inutili e spesso perfino dannosi, sono sempre più numerosi. «Ci sono un sacco di motivi per celebrare nella medicina e nella sanità, ma è anche vero che il troppo stroppia» commenta in un editoriale la Editor-in-Chief del settimanale britannico Fiona Godlee. Dal 2002, quando il BMJ pubblicò un numero affidato al guest editor Ray Moynihan, un giornalista investigativo australiano autore di numerose inchieste, «le prove degli eccessi medici nei paesi ricchi hanno continuato ad accumularsi, con un incremento della documentazione inequivocabile sui danni e sui costi degli interventi inutili». Dopo quella prima presa di posizione, anche al di là dell'Atlantico si sono mossi in molti, e in tempi recenti sono state avviate due iniziative che stanno cominciando a lasciare il segno: «Colpiti dalle due iniziative "Less is more" (meno è più) della rivista JAMA Internal Medicine, diretta da Rita Redberg, e dalla iniziativa "Choosing Wisely" (scegliere con saggezza", messa in piedi dall'American Board of Internal Medicine Foundation, vogliamo esplorare le cause e i potenziali rimedi dell'eccesso di esami, di diagnosi e di terapie» spiega la Godlee. Alcuni esempi sono citati in un altro editoriale firmato insieme a Ray Moynihan e altri esperti: «Nell'ottobre dello scorso anno, per esempio, un'importante investigazione ha scoperto che una donna su cinque che riceve diagnosi di cancro della mammella non avrebbero avuto alcun danno da quel tumore. In dicembre, il presidente della task-force del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ha messo in guardia contro il rischio di "massiccia sovradiagnosi e dannosi eccessi terapeutici" conseguenti alla continua espansione delle definizioni di disturbo mentale – per esempio trasformando i sintomi fisici del cancro o delle malattie cardiache in un disturbo psichiatrico chiamato "somatic symptom disorder" – nella quinta edizione del manuale, in uscita a breve. I dati suggeriscono» si legge ancora nell'editoriale del BMJ «che esiste un problema più o meno marcato di sovradiagnosi in un'ampia gamma di condizioni diffuse, tra cui il cancro della prostata e della tiroide, l'asma, nefropatia cronica, e at-

tention deficit hyperactivity disorder». Addirittura, secondo q uesti esperti la sovradiagnosi sembra oggi diventata la norma, e non più l'eccezione: «Questo è rilevante perché una volta che le persone vengono etichettate con una diagnosi segue una cascata di conseguenze mediche, sociali ed economiche, alcune delle quali permanenti. L'etichetta medica e la conseguente terapia comportano un pedaggio emotivo e finanziario per l'individuo, con anche costi per il sistema sanitario».
http://www.bmj.com/highwire/filestream/633295/field_highwire_article_pdf/0/bmj.f1271.full.pdf

***

Reazioni avverse, ipersensibilità in 15-20% casi

Gli effetti di un farmaco non sono sempre benefici, anche nei bambini. "Le reazioni da ipersensibilità a farmaci – spiega Roberto Bernardini, presidente della Società italiana di allergologia e immunologia pediatrica (Siaip) e direttore della Uoc Pediatria presso l'Ospedale San Giuseppe di Empoli (Firenze) – rappresentano il 15-20% circa di tutte le reazioni avverse ai medicinali, mentre il rimanente 80-85% circa di tali manifestazioni è legato a situazioni per lo più prevedibili, come ad esempio quelle dovute a un sovradosaggio o a effetti collaterali dei farmaci stessi. Le reazioni da ipersensibilità, a loro volta, si dividono in reazioni allergiche e non allergiche". Le prime (IgE e non IgE mediate) – prosegue – sono dovute ad un meccanismo patogenetico immunomediato, si presentano con quadri clinici ad inizio immediato come anafilassi, asma, orticaria, oppure a inizio tardivo come eruzione maculo papulare, esantema pustoloso, vasculite, anemia emolitica. Le reazioni non allergiche hanno alla loro base un meccanismo di tipo non immunologico. Nella letteratura scientifica sono presenti vari studi sulla prevalenza delle reazioni da ipersensibilità a farmaci. Tali reazioni possono colpire fino al 20% dei pazienti ospedalizzati e fino al 7% della popolazione generale. "Questi dati – sottolinea il presidente della Siaip – devono però essere valutati criticamente in quanto le conclusioni della maggior parte di tali studi non si basano su un corretto iter diagnostico, per tale motivo è difficile sapere con certezza la reale prevalenza della ipersensibilità a farmaci". Inoltre, nel determinare anche una sovrastima del problema è presente il fatto che i farmaci possono contenere, oltre al principio attivo, allergeni alimentari (lisozima, proteine del latte), additivi (sodio benzoato, eritrosina) e proteine responsabili, in soggetti predisposti, "della comparsa di manifestazioni cliniche che talvolta vengono erroneamente attribuite al principio attivo". Certo è che gli antibiotici appaiono sicuramente i farmaci maggiormente responsabili di reazioni da ipersensibilità e tra questi i betalattamici (in particolare le penicilline, seguite dalle cefalosporine), seguiti poi dai farmaci anti infiammatori non steroidei (Fans). "Anche questi – spiega Bernardini – devono essere valutati criticamente in quanto importante è anche conoscere come il farmaco viene usato: infatti un conto è avere una sola reazione dopo l'assunzione di un certo tipo di farmaco che viene prescritto e somministrato 10 volte in un mese, e un conto è avere una sola reazione a quel farmaco che in un mese viene prescritto e somministrato 1.000 o più volte. Altro concetto importante è poi valutare anche il numero di somministrazioni eseguite". Tutti questi aspetti rendono ancora più difficile la realizzazione di studi esaustivi sull'esatta prevalenza di reazioni da ipersensibilità allergica a farmaci nella popolazione generale. Come si diagnosticano allora tali reazioni avverse ai farmaci nei bimbi? "La diagnosi – continua il presidente Siaip – si avvale schematicamente di: anamnesi, esame obiettivo, accertamenti da eseguire in fase acuta (in presenza dei sintomi) e accertamenti da eseguire in fase di remissione (quando il bambino non ha più sintomi)".

***

Scoperto nel cervello l'interruttore della creatività

In uno studio pubblicato sulla rivista "Cognitive Neuroscience", coordinato da Sharon Thompson-Schill, è stato dimostrato che inibire l'attività della corteccia prefrontale, l'area del cervello che funziona come una sorta di filtro impedendo ai pensieri e alle sensazioni e ai ricordi irrilevanti di interferire con ciò su cui ci si sta concentrando, può aumentare le capacità creative. Quest'area è la sede del controllo cognitivo e funziona come una sorta di filtro, che evita influsso di interferenze quando siamo alle prese con un compito che richiede razionalità. L'esperimento è stato eseguito su un gruppo di volontari impegnati in un test di creatività. Ai partecipanti veniva mostrata una

sequenza di 60 oggetti di comune uso quotidiano, uno ogni 9 secondi, per i quali veniva richiesto di pensare a un utilizzo diverso da quello ordinario. Veniva quindi misurato il tempo impiegato per dare risposte valide. Ipotizzando che alti livelli di controllo cognitivo rappresentassero in questo caso un freno a migliori performance, gli scienziati hanno provato a inibire l'attività della corteccia prefrontale sinistra attraverso una metodica non invasiva (stimolazione transcranica a corrente diretta). Quando è stata bloccata l'attività della corteccia prefrontale sinistra è aumentata la capacità di associare ad un oggetto una funzione più fantasiosa. I risultati ottenuti dagli scienziati supportano l'ipotesi che un controllo cognitivo troppo elevato possa essere uno svantaggio in alcuni casi, ad esempio nelle fasi iniziali dello sviluppo.
http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17588928.2013.768221?journalCode=pcns20

***

Rapporto Marsh, assicurazione posto letto costa 3.410 euro

L'ultimo rapporto Medmal Claims di Marsh, è ricchissimo di cifre sull'andamento e il costo del contenzioso sanitario nel nostro Paese. Il documento nasce dall'esame di un campione di 95 strutture sanitarie pubbliche e di 52 private, accreditate e non, nell'arco di otto anni, dal 2004 al 2011. In questo periodo sono state raccolte quasi 35.000 richieste di risarcimento danni, che sono aumentate progressivamente fino al 2009, per poi far registrare una flessione consistente nei due anni successivi. L'analisi dei sinistri per area geografica evidenzia, in numero assoluto, una netta prevalenza di casi nel Nord Italia (56%), contro il 37% del Centro e il 7% del Sud. A motivare le richieste di risarcimento sono in primo luogo gli errori chirurgici (30% nella sanità pubblica e 36% in quella privata), seguono gli errori diagnostici nel pubblico (16%) e quelli terapeutici nel privato (10,38%). La spesa assicurativa è in crescita e, nella sanità pubblica ha raggiunto i 3.410 euro per ogni posto letto; serve a far fronte 10,43 sinistri ogni cento posti letto, 2,78 ogni mille ricoveri. Il valore assicurativo di un posto letto è molto variabile sul territorio nazionale e passa da una media di 3.280 euro del nord, ai 4.047 del centro, fino ai 6.128 del sud. Circa un terzo delle richieste per danni analizzate sono state chiuse, mentre il 22% risulta senza seguito. Circa metà delle richieste di risarcimento danni vengono presentate entro un anno dall'evento, ma in ostetricia e ginecologia, i tempi sono più lunghi, fino a cinque anni. È interessante la distribuzione dei sinistri nelle diverse specialità: nel settore pubblico il 15% riguarda l'ortopedia, il 13% il pronto soccorso, il 12% la chirurgia generale, il 7% ostetricia e ginecologia e il 3% medicina generale, a cui va aggiunto il 14% dovuto a danni da struttura e parti comuni. Nelle strutture private le percentuali variano soprattutto per il minor peso del pronto soccorso (4,53%) che spesso non è presente.

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato all'8 maggio 2013

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
AABD ALATIF RANIA	Via Libia, 4 – Bologna	339/65.61.037
ABUALHIN MOHAMMAD	Via C.Sigonio, 12 – Bologna	329/88.94.485
ABOUK NOSRATOLLAH	Via Zanolini, 26 – Bologna	339/42.60.185
ALVISI ANTONELLA	Via G.Dozza, 16/4 – Bologna	051/62.72.540 366/10.59.734
ANELI LORENZO	Via Gramsci, 10 – Funo di Argelato	320/87.09.962
BALSAMO FRANCESCA	Via L.Alberti, 1 – Bologna	333/70.15.374
BASILE GIULIA	Via Fermi, 29 – Casalecchio di Reno	329/89.35.595
BELLIA FEDERICA LIVIA MARIA	Via Zanotti, 1 – Bologna	051/61.22.383 389/64.44.763
BELLUSCI ANDREA	Via Misa, 5 – Bologna	051/54.94.66 338/73.13.286
BERTOLDO GAIA	Via Goito, 9/2 – Bologna	349/35.98.668
BERTONCELLI SARA	Via R. Mondolfo, 9 – Bologna	051/45.26.17 340/54.22.924
BERTUSI CRISTINA	Via Cento, 44 – S.Giovanni Persiceto	051/82.64.65 349/61.38.245
BIANCHI LORENZO	Via Covignano, 131 – Rimini	0541/77.14.83 339/24.34.221
BIANCONCINI LAURA	Via Vivaldi, 13 – Imola	0542/68.16.66 333/35.99.752
BORGONZONI ANNA GIULIA	Via Frassinago, 57 – Bologna	051/40.71.472 347/47.13.569
BRIGHENTI AURA	Via Tiro a Segno, 8/a – Imola	340/61.53.864
CALO' FEDERICA	Via Andronico, 9 – Martina Franca	328/61.74.473
CAMPORESI BEATRICE	Via Ferrara, 8 – Bologna	051/46.23.62 347/64.50.186
CAZZOLA FRANCESCO	Via Imola, 1 – Bologna	051/32.82.32 339/14.25.356
CENTOFANTI FRANCESCA	Via Irnerio, 39 – Bologna	051/09.51.700 338/17.84.656
CEVENINI MATTEO	Via del Parco, 22 – Pianoro	340/27.55.148
CRISTINO SIMONA	Via Guelfa, 34 – Bologna	328/53.62.213
D'ADAMO ANTONIO	Via Genova, 2/4 – Bologna	340/91.58.482
D'ECCLESSIA ANNA RITA	Via G.di Vittorio, 11 – S.Lazzaro di Savena	051/04.10.220 348/95.00.814
DELLA GANA GIULIA	Via D'Azeglio, 62 – Bologna	320/47.73.125
DELLE DONNE MARCO	Via Emilia Est, 181 – Modena	059/37.12.02 393/31.36.816
DI CIOMMO MARIA LUISA	Via Chiudare, 3 – Bologna	347/23.03.113
DI GIOVANNI BEZZI CHIARA	Via delle Fragole, 21 – Bologna	346/73.76.655
ESPERTI VINCENZO	Via Rubizzano, 1802/c – S.Pietro in Casale	335/19.18.648
GARGIUOLI NICOLETTA	Via Baruzzi – Bologna	380/79.30.810
GHEDINI SILVIA	Via Y. Gagarin, 26 – Sasso Marconi	051/84.50.84 333/96.88.366
GIAMPAOLI MARCO	Via G.Petroni, 3 – Bologna	348/22.46.911 348/22.46.911
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	345/34.34.676
GRECO FRANCESCA	Via Libia, 62 – Bologna	051/98.43.489 320/60.30.716
GUIDOTTI JACOPO MARIA	Via Riva Reno, 29 – Bologna	051/52.15.43 329/23.23.034
IMERI ALBIONA	Via L.Fasoli,11 – Bologna	340/05.04.485
KARAKACI FABIOLA	Via Friuli Venezia Giulia, 8 – Bologna	328/17.79.139
KOKA GERTI	Via Marzabotto, 7 – Imola	346/49.49.494
LEVANTESI PAOLO	P.zza della Pace, 11 – Bologna	329/68.58.858
LOVATI VALENTINA	Via Vittorio Veneto, 9 – Marzabotto	051/93.24.19 333/44.14.681
LUISI SILVIA	Via Coltermine, ½ - Monterenzio	329/88.21.860
MAGNANI ANDREA	Via G.Bertini, 4 – Bologna	340/49.50.355
MANGANO MICHELE	Via A.Costa, 76 – Bologna	335/52.78.659
MANZO VALENTINA	Via della Guardia, 25 – Bologna	328/0006900
MARTIGNANI MATTEO	Via Lughese sud – Mordano	348/95.98.827
MATTEI FRANCESCA	Via Panigale, 6 – Bologna	340/16.04.074
MEJA LARA ELSY DE JESUS	Via degli Ortolani, 37 – Bologna	051/58.70.093 393/98.96.516
MINGHETTI ILARIA	Via del Pratello, 96 – Bologna	051/52.34.47 340/230.52.52
MONTAGUTI ELISA	Via Onofri, 18 – Bologna	389/64.45.558
MONTEFIORI MICHELA	Via Pagnina, 10/a – Mordano	348/09.31.664
MURARIU IOANA ADINA	Via Rizzoli,3 – Granarolo dell'Emilia	348/91.48.155
NAPOLI LUCIA	Via Altabella, 7 – Bologna	348/05.30.833
NIGANKAM C. NADEGE STELLA	Via M.Polo, 83 – Bologna	329/12.81.411
ODORICI GIULIA	Via S.Mamolo, 73 – Bologna	051/58.07.90 333/69.83.021
PAGLIA ANNALISA	Via Golfarelli, 6 – Bologna	320/16.63.019

PAVLOU EFTHYMIA	Via Lavino, 181/D – Monte S.Pietro	333/37.71.402
PELLEGRINO SANDRA	Via P.Villari, 4 – Bologna	338/46.78.456
PELLICCIARI ALESSANDRO	Via B.Cavalieri, 9 – Bologna	346/59.93.555
PIACENTINI MICOL	Via F.Schiassi, 28 – Bologna	333/32.91.186
PIRAZZOLI GIAN LUCA	Via Broccaindosso, 25	329/27.52.327
PIZZO ALEX	Via D.Alighieri, 10 – Anzola dell'Emilia	051/73.15.48 347/41.80.039
POLLUTRI GABRIELLA	Via Zanotti, 19 – Bologna	329/29.14.105
PROVENZALE CARLO	Via Bondi, 61/6 – Bologna	328/05.42.847
RICCI CARMEN SERENA	Via Castiglione, 73 – Bologna	348/69.01.006
ROCCA GIOVANNI CHRISTIAN	Via L.Alberti,65/2 – Bologna	339/86.38.149
ROMEO EMANUELA	Via Stagni, 60/a – S.Pietro in Casale	333/43.30.416
SANTORO NADIA	Via S.Vitale, 57 – Bologna	339/85.07.936
SAVOCCHIO MICHELA	Via G.Marconi, 4 – Rocca Pia (Aq)	339/32.22.643
SCORZONI RAFFAELLA	Via Ferrarese, 10/2 – Bologna	051/35.25.51 340/39.36.916
SGRO' FEDERICA	Via A.Albertazzi, 39 – Bologna	338/74.87.968
SHEHU ALBA	Via Gemito, 7 – Bologna	320/96.49.062
STAGNI ANGELA	Via S.Marcellino, 2 – Bologna	051/23.61.85 349/78.46.760
TAPPATA' MARIA	Via del Lavoro, 10 – Bologna	388/74.30.574
TUFONI MANUEL	Via Cervia, 9 – Riccione	389/83.46.380
UBIALI ANDREA	Via Dante, 19/b – Verdellino	347/37.61.653
URSO RICCARDO	V.lo Mandria, 9 – Bologna	393/56.52.263
VALLI VITORIO	Via S.Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23
VENTURI MICHELA	Via Torino, 1/b – Cesenatico	0547/22.936 349/74.28.668
VERACINI EZIO	Via delle Lame, 73 – Bologna	340/07.80.755
VERARDO ALESSANDRA	Via Vivaldi, 194 – Castello di Serravalle	340/25.47.625
VERRI FILIPPO	Via P.Neruda, 17 – Bologna	340/34.82.385
VOLOH VODOVOI VLADLENA	Via dei Fiori, 11 – Monterenzio	340/59.79.028

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ANTONACCI NICOLA	Chirurgia Generale	348/53.17.427
BAGNATO FRANCESCA	Medicina Interna (Indirizzo Medicina d'Urgenza)	349/56.38.510
BOSCHI SABINA	Scienza dell'Alimentazione	347/43.28.278
BRUN PAOLA	Corso di Formazione di Medicina Generale	051/52.30.16 340/85.50.870
CAPUTO CARLA	Medicina Interna	051/63.90.137 349/50.64.278
CHIARELLO EUGENIO	Ortopedia e Traumatologia	320/092.43.60
CONCORDIA ALESSANDRA	Medicina del Lavoro	346/47.85.225
CREMONINI GIULIA	Pediatria	347/36.34.491
DE CRISTOFARO ENRICO	Pediatria	348/38.20.746
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
FELICIANGELI ALESSANDRO	Ortopedia e Traumatologia	051/62.38.198 339/45.01.422
GAIBA GIADA	Pediatria	339/155.60.01
KHAMIS NADIA	Odontoiatria	327/09.77.682
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
PACASSONI GIACOMO	Medicina del Lavoro	347/22.32.560
PADALINO SAVERIO	Ortognatodonzia	059/36.69.81 329/44.39.110
PETA ELENA	Odontoiatra	051/77.54.88 329/71.25.077
PETRISLI EVANGELIA	Microbiologia e Virologia	051/60.13.079 348/29.21.420
PICCOLI LIDA	Chirurgia Generale	0721/82.33.30 347/59.17.472
PINARDI FEDERICA	Neurologia	320/83.24.626
PULTRONE CRISTIAN VINCENZO	Urologia	338/87.45.759
ROCCA GIOVANNI CHRISTIAN	Urologia	339/86.38.149
RONCATI LUCA	Anatomia Patologica	340/05.85.960 392/23.82.337
TAGLIOLI RICCARDO	Geriatria e Gerontologia	051/44.27.93 338/50.15.819
TAVERNINI TULLIA	Ortopedia e Traumatologia	339/53.99.087
TONIOLO IRENE	Psichiatria	348/03.80.021
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23
VIGNOLI PAOLA	Gastroenterologia	051/64.15.800 329/17.41.600
ZOCCA VERONICA	Chirurgia Pediatrica	339/78.60.133

THE DIGNITY OF LIFE UNTIL THE LAST BREATH - Innovative models in cancer palliative care

12-14 settembre 2013

Centro San Domenico - Salone Bolognini - Piazza San Domenico, 13 Bologna - Italy

Giovedì 12 Settembre 2013
16.00 - 19.00 - Inaugurazione

Venerdì 13 Settembre 2013
– Modelli assistenziali integrati: verso la continuità di cura
– Le cure palliative in italia
– Verso una sanità efficace e sostenibile
– La formazione in cure palliative
– Impiego degli analgesici oppioidi nel trattamento del dolore oncologico

Sabato 14 Settembre 2013
– cp in Europa: esperienze a confronto (parte 1)
– cp in Europa: esperienze a confronto (parte 2)
– Tavola rotonda – indicatori di qualità per le cure palliative in Italia e in Europa
– Tavola rotonda – la tecnologia al servizio dell'home care

Sede del corso
Centro San Domenico
Salone Bolognini
Piazza San Domenico, 13 - Bologna

Ecm
Saranno richiesti al Ministero della Salute i crediti formativi per le figure professionali di Medico, Psicologo e Infermiere.

Segreteria Organizzativa
Studio E.R. Congressi - Triumph Group
Via Marconi, 36 - 40122 Bologna
Tel. 051 4210559 - Fax 051 4210174
E-mail: ercongressi@triumphgroup.it
www.ercongressi.it

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

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

BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

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

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

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

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

Cedesi studio dentistico a Bologna, autorizzato e attrezzato. Semplice subentro a condizioni vantaggiose con cessione dell'attività e del contratto d'affitto. Telefono 338/2630785 (dopo cena).

Via Boldrini - Bologna - Affittasi studio medico e/o dentistico composto da ingresso, ampia sala attesa, studio medico, bagno con antibagno, archivio e posto auto. in ottime condizioni e dotato di aria condizionata. Per informazioni tel. 051/6494401 ag. Tecnocasa.

Studio medico in prestigioso edificio Piazza Cairoli offre ospitalità a colleghi. Contattare il num. 370.1203465 (ore ufficio).

Il Centro Hercolani srl è un poliambulatorio privato, accreditato con il S.S.R. e presente nella realtà della città di Bologna dal 1967. Attualmente siamo alla ricerca di un medico specialista in gastroenterologia, per far fronte alle sempre maggiori richieste dell'utenza. I medici interessati possono contattare il centro ai seguenti numeri 051331260 – 051330494, chiedendo dell'amministrazione o inviare una e-mail a amministrazione@centrohercolani.it"

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

Vendesi studio odontoiatrico autorizzato, circa 150 m^2, in ottimo stato, autorizzazione sanitaria, impianti a norma, situato in piazza Aldrovandi in stabile prestigioso. Prezzo interessante Tel. 393/4042708 - 051/222542.

Studio dentistico autorizzato, a norma, in Conselice (RA), cedesi causa trasferimento; solo subentro affitto. Più piccolissimo contributo per attrezzature. Se proprie attrezzature solo subentro affitto. Tel. 339/6973381.

Vendesi ufficio ottimo come studio medico, 95 m^2 commerciali, ottimo stato, impiantistica a norma, situato in piazza Aldrovandi, in stabile prestigioso. Volendo garage. Prezzo interessante. Tel. 393/4042708 - 051/222542.

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

Affittasi appartamento in palazzo signorile con portineria, in via Murri, di fronte alla gelateria Capo Nord. Ingresso, cucina abitabile, sala, un bagno, corridoio, una camera da letto, 2 terrazze abitabili, cantina e posto auto. Luminoso e silenzioso su cortile interno. Per info Tel. 338/4992107 - 700 euro mensili + spese condominiali.

Pietramellara - Stazione Centrale. Affitto studio medico ristrutturato a nuovo (silenzioso, luminoso, parquet, cablato): piano primo con ascensore, attesa, bagno, studio. Garage pubblico sottostante. Alta visibilità. 600 euro al mese. Tel. 051/440376 ore ufficio o 348/8126096.

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.

Vendesi a Bologna, adiacenze Ospedale S. Orsola, in strada privata, appartamento su due livelli di 200 mq, composto da piano terra (salone, cucina abitabile, cameretta, bagno, ripostiglio) e primo piano (quattro camere da letto, due bagni, veranda). Possibilità di dividerlo in due unità, avendo doppio ingresso. La proprietà comprende 540 mq di giardino con alberi di alto fusto e due garage di 15mq cadauno. Luminoso, molto ben tenuto e ottimamente servito. Per ulteriori informazioni rivolgersi al numero 338/6166733 oppure 342/6173470.

Vendesi a Bologna, adiacenze ospedale S. Orsola, in strada privata, appartamento di 80 mq, composto da ingresso, soggiorno con angolo cottura, camera matrimoniale, cameretta, bagno, terrazza verandata, parzialmente arredato. Posto auto in area cortiliva privata. Ben tenuto e molto ben servito. Per ulteriori informazioni rivolgersi al numero 338/6166733 oppure 342/6173470 (trattativa riservata).

Offresi mezze giornate a specialisti in studio medico in S. Lazzaro-Centro. Ottima posizione. Per informazioni Tel. 335/6571046.

Affittasi studio medico composto da: ingresso, studio, sala d'aspetto, doppi servizi, ripostiglio, balcone. Sito al piano terra di via di Villa Pardo 6 Bologna (zona Funivia). Ampie possibilità di parcheggio; Bus 140, 20, 21, 89, 94.

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

GlobalMediRec – International Healthcare Recruitment (Tel: +44 203 239 2699 - Email: emmakeeler@globalmedirec.com) - EURES NO. 5-0818-837 - NUOVE OPPORTUNITÁ PER MEDICI IN INGHILTERRA GlobalMediRec offre nuove interessanti opportunità per medici specialisti negli Ospedali del NHS (Servizio Sanitario Pubblico) nel Regno Unito. Attualmente siamo alla ricerca di: 1 Medico di Reumatologia. Si tratta di posti di lavoro fisso a tempo pieno, con 1 anno di contratto iniziale. Il salario è tra 74.000 – 100.000 pounds per anno, per un orario di lavoro che non supera le 37.5 h settimanali più guardie (pagate extra). L'Ospedale è in scozia, vicino all'aereoporto il che costituisce una eccellente collocazione per un ritorno in Italia per il week-end: partono voli low-cost diretti verso i maggiori aereoporti italiani. GlobalMediRec organizza interviste telefoniche, aiuta con la registrazione GMC (Ordine dei Medici Inglese), e tutta la logistica di movimento al Regno Unito. L'ASSISTENZA DI GlobalMediRec AI MEDICI È TOTALMENTE E INTEGRALMENTE GRATUITA Per ulterior informazioni, potete spedire il vostro Curriculum

Vitae a: emmakeeler@globalmedirec.com - +44 203 239 2699 - +44 7881 590203

Cedesi attività e contratto d'affitto di studio odontoiatrico autorizzato, attrezzato ed operativo da oltre trent'anni a Bologna zona Mazzini-Fossolo. Semplice subentro a condizioni vantaggiosissime. In splendido appartamento piano terra, ampio parcheggio sia privato che pubblico. Divisione delle spese con altro medico di diversa specialità. Tel. 338/2630785 ore serali.

Arcangeli Srl seleziona personale medico per la collaborazione, presso varie strutture, in: Turni presso PPI (Punti Primo Intervento); Trasporti medicalizzati; Assistenze a manifestazioni e/o gare sportive in varie sedi d'Italia. Per le attività sopra descritte verranno presi in considerazione per la selezione, in base alla tipologia di attività: Curriculum aggiornato, nel quale specificare eventuali corsi BLS, ALS, ATLS etc; Tipologia di attività che il medico è disponibile a svolgere e tempistiche di disponibilità. Arcangeli s.r.l. segreteria: + 39 347 76 00 772 – arcangelimed@gmail.com - www.arcangelimed.it

Cedesi poliambulatorio odontoiatrico provincia di Bologna con 25 anni di attività (già in possesso di decreto di accreditamento), sala attesa con reception, 5 unità operative, piccolo laboratorio odontotecnico, sala sterilizzazione con doppia autoclave, sala rx con ortopantomografo digitale, direzione sanitaria, doppi servizi, spogliatoio, sala macchina esterna, 10 posti auto. Cedesi compreso l'immobile di nuova costruzione di circa 200 mq. Il tutto cedesi al solo valore dell'immobile, causa trasferimento all'estero. Se interessati scrivere a il.sorriso@alice.it

Panoramicissima villa con parco di 9800 mq (con alberi di alto fusto e da frutto) e piscina (casetta spogliatoio e ricovero attrezzi), completamente recitata (due ingressi, possibilità di trasformazione in bifamiliare) in località Oliveto (Monteveglio - BO). Piano rialzato luminoso, ben tenuto con salone doppio con camino, cucina abitabile, dispensa, studio, 6 camere e 3 bagni (una camera e un bagno possono avere ingresso separato per personale di servizio) e piano seminterrato con garage, cantina, bagno, cucina con camino e grande taverna. Per ulteriori informazioni contattare il 335/5410339.

Medico Chirurgo Odontoiatra, pluriennale esperienza, collaborerebbe presso studi odontoiatrici e/o poliambulatori odontoiatrici e non, come direttore sanitario, o odontoiatra, a Bologna e zone limitrofe; chirurgia, conservativa e protesi. Per informazioni tel. 345 6963982.

Vendesi a Bologna, adiacenze Ospedale S. Orsola, in strada privata, appartamento su due livelli di 200 mq, composto da piano terra (salone, cucina abitabile, cameretta, bagno, ripostiglio) e primo piano (quattro camere da letto, due bagni, veranda). Possibilità di dividerlo in due unità, avendo doppio ingresso. La proprietà comprende 540 mq di giardino con alberi di alto fusto e due garage di 15mq cadauno. Luminoso, molto ben tenuto e ottimamente servito. Per ulteriori informazioni rivolgersi al numero 338/6166733 oppure 342/6173470 (trattativa riservata).

Vendesi a Bologna, adiacenze ospedale S.Orsola, in strada privata, appartamento di 80 mq, composto da ingresso, soggiorno con angolo cottura, camera matrimoniale, cameretta, bagno, terrazza verandata, parzialmente arredato. Posto auto in area cortiliva. Ben tenuto e molto ben servito. Per ulteriori informazioni rivolgersi al numero 338/6166733 oppure 342/6173470 (trattativa riservata).

Affitto-vendo ambulatorio odontoiatrico autorizzato fuori Saragozza in via Porrettana 43. Telefonare ore pasti 051/750251.

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