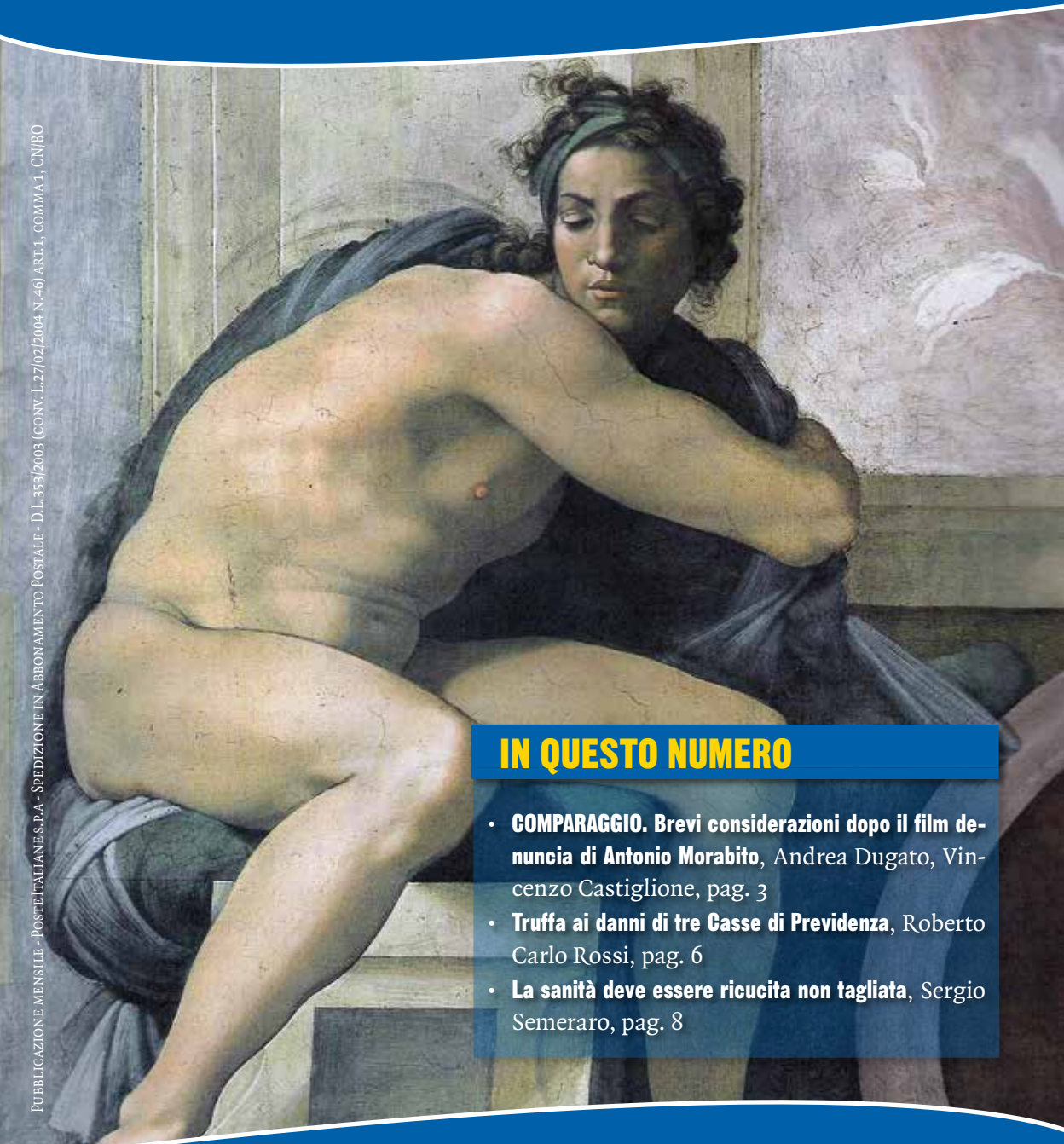
Bollettino Notiziario

anno XLV - N° 7 luglio 2014



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

IN QUESTO NUMERO

- **COMPARAGGIO. Brevi considerazioni dopo il film denuncia di Antonio Morabito**, Andrea Dugato, Vincenzo Castiglione, pag. 3
- **Truffa ai danni di tre Casse di Previdenza**, Roberto Carlo Rossi, pag. 6
- **La sanità deve essere ricucita non tagliata**, Sergio Semeraro, pag. 8

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

SANITÀ

UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Ospedale Privato Accreditato
Villa Bellombra

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

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

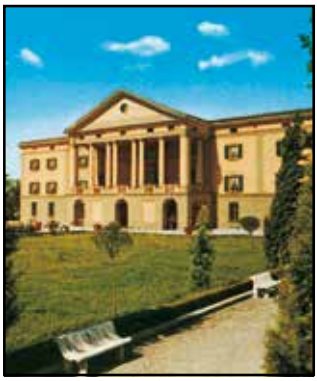
UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Ospedale Privato Accreditato
Santa Viola

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

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

SOCIALE



UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

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

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

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

UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

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

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

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

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE
Dott. Luigi Bagnoli

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Giugno 2014
è stato consegnato in posta
il giorno 31/5/2014

SOMMARIO

ANNO XLV - LUGLIO 2014 N° 7

ARTICOLI

COMPARAGGIO. Brevi considerazioni dopo il film denuncia di Antonio Morabito • 3

Truffa ai danni di tre Casse di Previdenza • 6

La sanità deve essere ricucita non tagliata • 8

NOTIZIE

Dalla pagina 14 alla 26

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 27

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 28

CONVEGNI CONGRESSI • 29

PICCOLI ANNUNCI • 31

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

www.odmbologna.it

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario
Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere
Dott. VITTORIO LODI

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

Consiglieri Odontoiatri
Dott. ANDREA DUGATO
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

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

Collegio dei Revisori dei Conti

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

COMPARAGGIO. Brevi considerazioni dopo il film denuncia di Antonio Morabito

Andrea Dugato, Vincenzo Castiglione

Ritorna di grande attualità l'argomento del comparaggio grazie al film di Antonio Morabito "Il venditore di medicine" uscito nelle sale cinematografiche lo scorso maggio.
Il film ha riscosso un grande successo di pubblico e di critica ed ha incassato oltre 85mila euro nel primo weekend di programmazione.
Sull'onda di una serie di scandali che hanno toccato il mondo di BIG PHARMA, come quelli che hanno recentemente coinvolto i farmaci oculistici, si muove il protagonista tra comparaggio, corruzione ed altro. La deontologia scompare e probabilmente Ippocrate si rivolterebbe nella tomba per il lavoro del protagonista che, essendo un informatore medico in crisi, per non perdere il posto di lavoro deve corrompere i medici compreso l'integerrimo primario di oncologia Malinverni interpretato con grande abilità da Marco Travaglio. Cogliamo l'occasione per fare alcune considerazioni: il comparaggio (cioè, il ricevere per sé o per altri danaro o altra utilità o accettarne la promessa allo scopo di agevolare con prescrizioni mediche o in altro modo la diffusione di specialità medicinali o di prodotti di uso terapeutico: così: Tavani-Picozzi-Salvati: Manuale di Deontologia Medica, pag. 193, Giuffrè ed., 2007), oltre a configurarsi quale fattispecie penalmente sanzionabile (ai sensi degli articoli 170-172 del r.d.l. n. 1635 del 1934), costituisce un'evidente, gravissima mancanza deontologica, che vede il medico venir meno al suo dovere di esercitare la professione in libertà e indipendenza

Art. 4. Libertà e indipendenza della professione
"L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico" e priva il paziente della possibilità di fruire di una onesta informazione circa le caratteristiche e le potenzialità dei diversi possibili trattamenti terapeutici, incrinandone gravemente il rapporto fiduciario con il curante.
Se fino ad ora i termini del rapporto medico-paziente sono stati sviluppati, privilegiando l'ottica di quest'ultimo, appare utile assumere l'angolo visuale del professionista, anch'egli titolare di importanti ambiti di discrezionalità.
In premessa, bisogna riconoscere come in capo al medico incomba un maggior numero di doveri, cosa che trova una sua convincente giustificazione deontologica sulla scorta della considerazione, da un lato, della disparità tecnico-professionale esistente tra il medico e il paziente, e, dall'altro, della condizione di "vulnerabilità" psico-fisica in cui solitamente versa lo stesso paziente. Al medico, da sempre, è riconosciuta "autonomia nella programmazione, nella scelta e nell'applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico", coerentemente, del resto, con il diritto-dovere all'esercizio della medicina "in libertà e indipendenza"; il codice di deontologia medica suggella, quindi, la possibilità, per il medico, di rifiutare la propria opera

Art. 22. Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica
"Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento".

Art. 31 del Codice di deontologia medica. Comparaggio
"Ogni forma di comparaggio è vietata".
Va, a mio parere, premesso che, anche in tema

di pubblicità dei prodotti farmaceutici e dei più svariati dispositivi per uso medicale, tenuto conto che il medico non ne è direttamente coinvolto, sussiste il rischio di indebite commistioni tra iniziative di educazione alla salute e più o meno velati richiami pubblicitari.
Per tale ragione, il vigente Codice di Deontologia Medica (Titolo III, regolante i rapporti del medico con il cittadino) riporta tra le regole generali di comportamento il divieto di fornitura di medicinali e, ovviamente, il divieto di comparaggio.

Art. 29. Fornitura di farmaci
"Il medico non può fornire i medicinali necessari alla cura a titolo oneroso".
In relazione a detta fornitura la disciplina dei farmaci-campione è definita da una specifica norma di legge, il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 541 (Attuazione della direttiva 92/28/ CEE concernente la pubblicità dei medicinali per uso umano). È anzitutto opportuno definire il farmaco-campione: l'art. 13 del richiamato D. Lgs. precisa che "il farmaco campione è un farmaco in commercio la cui confezione deve essere graficamente identica alla confezione più piccola messa in commercio. Il suo contenuto può essere inferiore, in numero di unità posologiche o in volume, a quello della confezione in commercio, purché risulti terapeuticamente idoneo".
I campioni di farmaci, dunque, hanno dichiaratamente lo scopo di pubblicizzare le proprietà di un medicinale. Per pubblicità di un farmaco si deve intendere "qualsiasi azione di informazione, di ricerca della clientela o di esortazione, intesa a promuovere la prescrizione, la fornitura, la vendita o il consumo di medicinali".
La consegna di campioni da parte degli informatori farmaceutici rientra evidentemente tra le azioni di carattere pubblicitario; tali campioni possono essere rimessi solo ai medici autorizzati alla prescrizione del farmaco.
Nel rispetto delle previsioni normative, a questo proposito particolarmente rigorose, "i campioni non possono essere consegnati senza una richiesta scritta recante data, timbro e firma del destinatario".
Non può essere fornito alcun campione dei medicinali disciplinati dal D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 (Disciplina delle sostanze stupefacenti o psicotrope).
Le disposizioni sopra ricordate si applicano anche per la consegna al personale medico ospedaliero: i farmaci campioni, in tale contesto, non possono essere detenuti dal personale infermieristico, bensì solo da quello medico, che risponde a tutti gli effetti della loro conservazione, validità e smarrimento.
In ambiente ospedaliero, quindi, l'infermiere non può detenere un farmaco campione, ma può lecitamente somministrarlo, trattandosi di farmaco per il quale è già stata rilasciata l'autorizzazione all'immissione in commercio.
Il rigore normativo in materia di pubblicità dei medicinali per uso umano appare, anche sotto il profilo etico-deontologico sorretto da valide motivazioni: è condivisibile, perciò, la posizione espressa dalla Corte di Cassazione, Sez. II penale, con la sentenza n. 1168 del 30 giugno 1993 in cui si afferma che "una indiscriminata informativa in settori delicati nei quali agiscono potenti interessi economici (false notizie di terapie risanatrici di morbi incurabili; preparati chimici presentati come innocui, in realtà pericolosi; terapie inconsistenti, ma fortemente reclamizzate a scopo soltanto venale, carenza di informazioni essenziali e trasparenti sui prodotti e sulle cure reclamizzate ecc.) non è in linea con il principio costituzionale sulla libertà di iniziativa economica e sulla libertà di pensiero perché limiti e divieti alla pubblicità sanitaria e controlli rigorosi del Ministero competente sono finalizzati a premiare le imprese corrette e responsabili insieme con i diritti ineludibili e primari dei cittadini".
Appare opportuno riportare il contenuto della Linea-guida, allegata al vigente Codice di deontologia medica, in materia di conflitto di interesse, nella parte relativa alla prescrizione di medicinali.

Conflitto di interesse. Linea-guida inerente l'applicazione dell'art. 30 del codice di deontologia medica

La prescrizione di farmaci.
La pubblicità dei medicinali effettuata dall'industria farmaceutica tesa a promuovere la prescrizione, deve favorire l'uso razionale del medicinale, presentandolo in modo obiettivo senza esagerarne le proprietà, e non può essere ingannevole.

a) L'Ordine collabora, ove richiesto, alla attuazione e alla verifica dei suddetti precetti e favorisce l'informazione indipendente e la formazione alla lettura critica della letteratura scientifica;
b) il medico è tenuto a non sollecitare e a rifiutare premi, vantaggi pecuniari o in natura, offerte da aziende farmaceutiche o da aziende fornitrici di materiali o dispositivi medici, salvo che siano di valore trascurabile e comunque collegati all'attività professionale; il medico può accettare pubblicazioni di carattere medico-scientifico;
c) i campioni di farmaci di nuova introduzione possono essere accettati dai medici per un anno dalla loro immissione in commercio;
d) i medici ricevono gli informatori scientifici del farmaco in base alla loro discrezionalità e alle loro esigenze informative e senza provocare intralcio all'assistenza; dell'orario di visita è data notizia ai pazienti mediante informativa esposta nelle sale di aspetto degli ambulatori pubblici o privati e degli studi professionali;
e) il medico non deve sollecitare la pressione delle associazione dei malati per ottenere la erogazione di farmaci di non provata efficacia;
f) i medici facenti parte di commissioni di aggiudicazione di forniture non possono partecipare a iniziative formative a spese delle aziende partecipanti.

A proposito del comparaggio, è bene sottolineare l'opinione della giurisprudenza della Corte di Cassazione, secondo la quale "la fattispecie di comparaggio di cui all'art. 170 del t.u.l.s. (testo unico sulle leggi sanitarie) prevede che se il fatto viola pure altre disposizioni di legge, si applicano le relative sanzioni secondo le norme sul concorso di reati. Se la stessa condotta è inquadrabile anche in un'altra fattispecie incriminatrice ... sono applicabili entrambe le fattispecie penali (Cass. pen. Sez. VI, 26 settembre 2011, n. 1207).
La stessa Corte di Cassazione ha avuto anche modo di precisare che "è configurabile il concorso formale tra il reato di comparaggio di cui agli artt. 170 e segg. r.d. n. 1265 del 1934, consistente nel dare, o ricevere, anche a titolo di mera promessa, denaro o altra utilità allo scopo di agevolare la diffusione di specialità medicinali o di altro prodotto a uso farmaceutico, ed il reato di corruzione impropria. (Fattispecie in cui taluni medici convenzionati con il S.s.n. hanno prescritto ai pazienti, dietro compenso di somme di denaro, dei farmaci segnalati da promotori di ditte farmaceutiche) – Cass. pen. Sez. VI, 26 settembre 2011, n. 1207. E si è chiarito ulteriormente che "mentre il reato di comparaggio ha come destinatari indifferentemente quanti esercitino la professione sanitaria, il reato di corruzione presenta l'elemento specializzante rappresentato dalla qualità soggettiva di pubblico ufficiale del medico inserito nel S.s.n." (Cass. pen. Sez. VI, 26 settembre 2001, n. 1207, cit.).

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

Non sopravvivere ma vivere

Truffa ai danni di tre Casse di Previdenza

Roberto Carlo Rossi

Illustrissimo Signor Presidente ENPAM,
Illustrissimo Signor Presidente FNOMCeO,
Egregi Colleghi Presidenti,

dalla stampa nazionale del 9 maggio u.s., e in particolare da "Il Sole 24 ore Radiocor", abbiamo appreso della indagine della Procura della Repubblica di Milano che ha portato all'arresto di 7 indagati imputati di truffa ai danni di tre Casse di Previdenza, tra le quali ENPAM il cui Presidente dell'epoca, Prof. Eolo Parodi, avrebbe sottoscritto in data 29 dicembre 2008, un contratto di acquisto di 450 quote FIP ad un prezzo immodificabile di euro 135.524,50, per un controvalore complessivo di euro 60.986.025, quote acquistate da SOPAF da una società austriaca ad un prezzo per quota pari 100.000,00 euro quindi con uno sconto del 31,5% rispetto ai NA V di riferimento, quote, viceversa, rivendute, come visto, al prezzo di euro 135.524,50 per quota con uno sconto del solo 2,18% sul NAV con un inammissibile ingiusto profitto di circa 20 milioni di euro.
L'ENPAM appare nel processo parte offesa siccome parte truffata.
È del tutto evidente che sono danneggiati anche tutti gli obbligatoriamente iscritti ed assicurati presso l'ENPAM, così come tutti i Presidenti Provinciali membri di diritto in tale qualità del Consiglio Nazionale ENPAM.
Riteniamo lecito porsi la domanda, che pongo anche al Presidente dell'ENPAM, di come sia stato possibile che il Presidente Parodi abbia potuto sottoscrivere il contratto sopra ricordato senza accorgersi della truffa.
Chi autorizzò il Presidente Parodi a sottoscrivere quel contratto che la Procura della Repubblica di Milano valuta truffaldino? Sono state rispettate le norme statutarie dell'ente in materia di investimenti? Che cosa hanno da dire le autorità di vigilanza statutariamente previste e disciplinate? Come è possibile che il più importante ente di previdenza italiano si sia lasciato così maldestramente truffare? Che cosa intende fare il Presidente dell'ENPAM e gli organi statutari che presiede, a tutela dell'interesse dell'ente e di tutti i suoi iscritti?
Non ritiene il Presidente necessario procedere perché l'ENPAM eserciti diritti e facoltà della persona offesa dal reato come previsto dall'art. 90 del codice di procedura penale nella nuova gravissima vicenda che purtroppo ci occupa?
Per quanto riguarda chi scrive e l'ente che rappresenta, in forza della delibera di Consiglio 13 maggio 2014, inoltro questa mia segnalando che si provvederà, nelle più opportune forme e termini di legge e nella ricorrenza dei presupposti in fatto e in diritto, ad esercitare diritti e facoltà di chi scrive e dell'Ordine dallo stesso presieduto, anche a tutela di tutti gli iscritti all'Ordine in quanto obbligatoriamente iscritti e assicurati presso l'ENPAM, tutti danneggiati dai comportamenti posti in essere dagli indagati che avrebbero truffato l'ENPAM con un danno per lo stesso ente di 20 milioni di euro.
Così come il Presidente ha comunicato di aver convocato il Consiglio dell'ENPAM per il prossimo 23 maggio per deliberare la costituzione di parte civile nel processo romano, aderendo quindi all'invito più volte rivoltogli seguendo un comportamento da noi adottato con le delibere 22 maggio 2012 confermato dalla delibera 25 febbraio 2014, così confidiamo che voglia mettersi a disposizione della Procura della Repubblica di Milano per fornire alla stessa tutta la documentazione a mani dell'ENPAM relativa ai fatti per i quali tale autorità sta indagando, nonché che venga deliberato l'esercizio di diritti e facoltà dell'ENPAM quale parte offesa dal reato siccome previsto dall'art. 90 cpp.
In queste tragiche vicende rimane l'amarezza di quanti, come chi scrive unitamente ai Presidenti degli Ordini di Ferrara, Potenza, Bolo-

gna, Latina ed altri, hanno reiteratamente richiamato l'attenzione degli organi dell'ENPAM sulle operazioni non chiare e dannose compiute senza riuscire ad ottenere dall'ENPAM quella trasparenza che pure è stata da sempre tanto orgogliosamente sbandierata quanto davvero insufficientemente osservata.
Per il processo romano si parla di un danno di 250 milioni di euro, per quello milanese, per ora, si parla di un danno di 20 milioni di euro. Tutto accadde nonostante la vigenza dell'art. 8 dello statuto.
Stiamo attenti alle modifiche da apportare allo statuto in materia di investimento evidente essendo che dobbiamo assolutamente evitare che fatti quali quelli di cui si discute, abbiano a ripetersi per dolo o anche solo per colpa o incapacità perché ritengo inammissibile che l'ENPAM si faccia truffare, come ipotizzano le Procure di Roma e di Milano.

Confidando davvero in urgente e positivo riscontro, porgo a tutti i miei migliori saluti.

IL PRESIDENTE
Dott. Roberto Carlo Rossi

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

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

BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19

Centralino:
tel. 051 580395

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

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

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

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

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

La sanità deve essere ricucita non tagliata

Sergio Semeraro

RIASSUNTO – Due tagli per la nostra Sanità. Di ordine amministrativo (risorse) e di ordine culturale e operativo (troppe specializzazioni e conseguente pericolo di perdita di "identità" del malato e del medico).
Ciò risulta "punitivo" per gli anziani (sempre più numerosi). Necessario il ritorno, concettuale ma non solo, alla medicina "olistica" (da *olos*, tutto intero). Con al centro dell'attenzione l'uomo e la donna, non una loro "parte".
L'anziano proveniente dal Pronto soccorso è un paziente "*acuto*", ma *fragile* (rischio di perdita dell'autosufficienza). Indicazioni per l'affronto di questa situazione: *Comprensive Geriatric Assessment*. Suoi risultati controllati su 10.315 soggetti in 22 studi di 6 paesi. Assai migliori risultati nei reparti geriatrici ospedalieri rispetto a quelli tradizionali (ad es. internistici) ed ai teams "itineranti" nei vari reparti, ciò in rapporto a mortalità, declino funzionale, istituzionalizzazione, aumento di spese del personale.
Motivazione dei successi. Teams geriatrici specialistici con particolare cultura ed organizzazione: geriatri, infermieri "ad hoc", assistenti sociali (unità di valutazione multidimensionale), riabilitatori, esperti in disturbi cognitivi e/o del comportamento, reparti postacuti di riabilitazione estensiva, ambulatori specialistici ospedalieri e territoriali.
Nel 1972, *cinque Divisioni Geriatriche* (ora Unità Operative Complesse) nell'Ospedale Marcello Malpighi, finanziato dall'Istituto Giovanni XXIII e finalizzato specificatamente alla assistenza ospedaliera della popolazione anziana. Divisioni organizzate secondo i criteri del citato C.G.A.
Nostra partecipazione ed organizzazione di Congressi Nazionali ed Internazionali (relatori e moderatori). Molti geriatri ospedalieri docenti nel nostro e altri Atenei.
Da alcuni anni progressiva riduzione ed abolizione delle geriatrie. Non spending review ma abolizione di una disciplina operativa dedicata ad un numero crescente di anziani cui si nega il diritto a cure adeguate. Altra tragica incombenza: in arrivo i reparti per "intensità di cura".

Due tipi di "tagli" hanno caratterizzato la storia recente della nostra Sanità. A) tagli di ordine AMMINISTRATIVO B) tagli di ordine CULTURALE-OPERATIVO.
I primi sono quelli subiti dalle strutture ospedaliere, e non solo, conseguenti alle delibere "restrittive" messe in atto dalle amministrazioni. In particolare: riduzione di letti, di interi reparti, di medici e infermieri e quant'altro.
Si tratta quindi di tagli che provengono, per noi medici, dall'"esterno" ma che sono in grado pur essi, di incidere (eccome) sulla nostra operatività professionale e, quindi, sull'assistenza.
I secondi tagli di cui ci occuperemo, sono "suddivisioni" volute ed autogestite da parte della classe medica che, in conclusione, hanno conseguito il seguente risultato. La nostra cultura operativa si è progressivamente divisa in tanti settori, creando in tal modo una estrema multidisciplinarietà, sfociata alfine in una moltiplicazione quasi evangelica delle "specializzazioni".
Non vorrei addurre un esempio troppo estremizzato ma il corpo umano, come ho già sottolineato in altre occasioni, risulta ormai scomposto (tagliato) in tante aree ... "biogeografiche" ognuna delle quali si ritrova sotto la pertinenza di un diverso ... "specialista esploratore".
In tale situazione il "malato" come ci ha suggerito Ivan Hillich (ma non ce n'era bisogno) tende a perdere la sua identità. Anche quella stessa del "medico" peraltro risulta difficile da definire.

PUNITIVA PER L'ANZIANO (MA NON SOLO PER LUI) QUESTO TIPO DI APPROCCIO MEDICO PAZIENTE.

Da alcuni decenni si è avverata una rivoluzione demografica con incremento in senso assoluto e percentuale della popolazione anziana (1).

La tabella 1 ne è una plateale dimostrazione.
Vanno ricordati inoltre alcuni dati forse non del tutto conosciuti dall'opinione pubblica e, ahimé non valutati da chi di dovere.
Il paziente anziano ricoverato nei nostri reparti geriatrici ospedalieri è innanzitutto un AMMALATO ACUTO E FRAGILE.
Si caratterizza infatti per quattro importanti fattori:
– compromissione della RISERVA OMEOSTATICA
– frequente COMORBILITÀ
– rischio di PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA
– rischio di ISTITUZIONALIZZAZIONE.
A proposito va ricordato che importanti studi internazionali di tipo prospettico (2) sottolineano il pericolo di un tale incremento delle spese inerenti ai due ultimi fattori, da rendere probabile un fallimento dei programmi di welfare.

L'AMMALATO ANZIANO VA RICUCITO
Continuo con questa metafora per osservare che l'anziano deve essere "identificato" e "riunificato" nell'ambito delle sue esigenze specifiche, nonché fornito di una assistenza in cui "lui" stesso risulti al centro di "una" attenzione, evitando che le varie parti del suo corpo siano oggetto di plurime e distaccate (se pur valide) osservazioni e trattamenti.
Questo concetto, tradotto in termini pratici, conferma la necessità per l'anziano di un ritorno alla

MEDICINA OLISTICA
(da OLOS = TUTTO INTERO)

Ciò naturalmente senza escludere il supporto di importanti dettami di ordine specialistico.
Per intenderci la Geriatria non è una "controspecializzazione" ma, al contrario, una INCONTROSPECIALIZZAZIONE mediante la quale si attua fra geriatri ed altri specialisti, una "OSMOSI" foriera di reciprochi vantaggi.
Ne è la dimostrazione il fatto che nei nostri congressi vi sono talora altri specialisti in numero superiore a quello dei geriatri.
Come si concretizza la cultura operativa geriatrica? Lo esprimiamo nel capitolo seguente.

COMPRENSIVE GERIATRIC ASSESSEMENT C.G.A.
Per C.G.A. si intende un PROCESSO DIAGNOSTICO MULTIDISCIPLINARE che consente di valutare in maniera "globale" (medica, psicologica, funzionale) una "persona" anziana (3).

CARATTERISTICHE FONDAMENTALI
– Concentrazione non sulle malattie ma sulle "persone"
– Organizzazione del team: geriatra, infermiere specializzato, assistente sociale (unità di valutazione multidimensionale) (4).
– Stretta collaborazione con il servizio di *riabilitazione* ed il *territorio*.

FINALITÀ
– Assicurare la TERAPIA DELLA FASE ACUTA con assistenza "OLISTICA" corredata da eventuali approcci di altri specialisti.
– Evitare il declino COGNITIVO ed AFFETTIVO.
– Conservazione dell'AUTONOMIA.
– Evitare le complicazioni dell'ALLETTAMENTO.
– Consentire il più precoce possibile RIENTRO AL PROPRIO DOMICILIO.
– Evitare o limitare l'ISTITUZIONALIZZAZIONE.

RISULTATI
Verificati in *22 studi* eseguiti in *6 paesi* per complessivi *10.315* casi controllati.
– I teams geriatrici delle *Unità Operative Ospedaliere* hanno ottenuto *risultati nettamente superiori* di quelli realizzati da *teams geriatrici itineranti* in altre Unità Operative non geriatriche (3) (5) in merito a mortalità, declino funzionale e possibilità di rientro al proprio domicilio.
– *Migliori risultati* sono stati ottenuti anche in

Tabella 1.

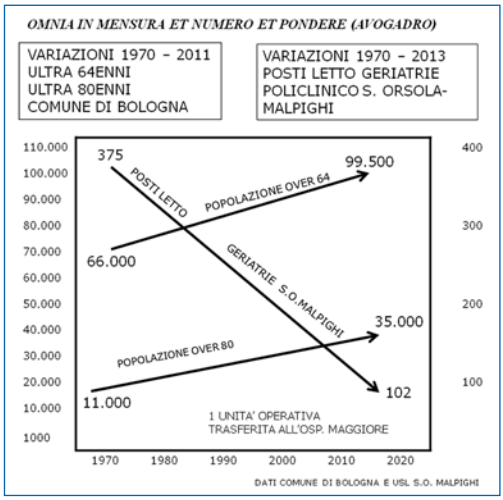


Tabella 2.

Indicatori di peso assistenziale in un Reparto geriatrico per Acuti ed in un Reparto Geriatrico Post-Acuti
[in grassetto i 12 indicatori proposti come indispensabili]

		ACUTI	POST-ACUTI
a. INDICATORI DI PROBLEMI SOCIALI			
a1	**Presenza di almeno un problema sociale di qualsiasi tipo**	**22%**	**52%**
a2	Solitudine prima del ricovero	18%	29%
a3	Istituzionalizzazione definitiva già giudicata indispensabile	6%	26%
a4	Assenza di parenti stretti (coniuge o figli)	6%	14%
a5	Caregiver malato/ricoverato o molto anziano/disabile	1%	11%
b. INDICATORI DI PROBLEMI SANITARI			
b1	**Almeno un nuovo evento clinico maggiore nella degenza ***	**39%**	**36%**
b2	**Completa stabilità clinica da almeno 7 giorni**	**24%**	**56%**
b3	**Probabile demenza (MMSE <16 o inseguibile)**	**22%**	**50%**
b4	**Terapia endovenosa in atto di qualsiasi tipo**	**55%**	**18%**
b5	Terapia insulinica in atto	8%	3%
b6	Terapia anticoagulante in atto	16%	4%
b7	Uso costante di psicofarmaci in dementi/psicotici/depressi	27%	9%
b8	Causa iniziale del ricovero: ictus cerebri	11%	14%
b9	Causa iniziale del ricovero: frattura di femore	15%	6%
b10	N° medio di problemi clinici attivi	2,3	2,8
c. INDICATORI DI PROBLEMI INFERMIERISTICI			
c1	**Medicazioni per piaghe e/o ulcere di ogni tipo e gravità**	**15%**	**41%**
c2	**Gessi, bendaggi e/o ferite chirurgiche di qualsiasi tipo**	**1%**	**7%**
c3	**Incontinenza sfinteriale urinaria e/o fecale**	**32%**	**71%**
c4	**Catetere vescicale a dimora**	**14%**	**31%**
c5	Drenaggi di ogni tipo (gastrici, biliari, polmonari, ecc.)	1%	1%
c6	Stomie definitive di ogni tipo (intestinali, urinarie, ecc.)	2%	3%
c7	Nutrizione Enterale con sonda naso-gastrica o PEG	4%	7%
c8	Nutrizione Parenterale Totale per CVC o CVP	0%	4%
c9	Tracheostomia	0%	7%
c10	Ossigenoterapia permanente	10%	9%
d. INDICATORI DI PROBLEMI RIABILITATIVI			
d1	**Allettamento totale (non può o non deve alzarsi dal letto)**	**25%**	**8%**
d2	**Aiuto necessario per alzarsi in sedia o poltrona**	**21%**	**44%**
d3	**RNM e/o logoterapia in atto su indicazione del fisiatra**	**21%**	**11%**
d4	Sollevatore meccanico necessario per alzarsi in poltrona	8%	30%
d5	Aiuto e/o sorveglianza necessari per camminare	9%	15%
		%	%

* *p.e.: febbre >3 gg, ritenzione urinaria, sincope, TVP, broncopolmonite, TPSV, colica renale o biliare, ecc.*

raffronto con quelli osservati in pazienti che avevano subito un *trattamento tradizionale* non geriatrico (6).

MOTIVAZIONE DEI SUCCESSI (7)

Il *team permanente* (Acute Geriatric Unity)
– consente un maggiore *apprendimento*
– favorisce l'acquisizione ed il miglioramento di *competenze specifiche* da parte del personale
– viene favorita l'*indipendenza* e la riduzione di alcune complicazioni quali il *delirio*
– risulta più coordinata la pianificazione e la *dimissione*.

ESPERIENZE INTERNAZIONALI

Nel Regno Unito (5) (7) (9) pur sede di progetti di "intensità di cura", il programma delle assistenze alla popolazione anziana viene attuata mediante:
– unità ospedaliere di terapie per gli anziani (Acute Geriatric Unity)
– unità ortogeriatriche
– Stroke Unity.

È dimostrato che le *Acute Geriatric Unity*
– non richiedono più *personale*
– non determinano aumento dei *costi* rispetto alle unità "tradizionali" (reparti non geriatrici) (5)

Tabella 3.

Attività assistenziale della 5 Divisione di Geriatria del Policlinico S.Orsola-Malpighi sul territorio del Distretto Savena-S.Stefano dal 1994 al 2001

		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	TOT.
UVGT Q. S.STEFANO										
Valutazioni Ger. Multidimensionali (VGM)		67	119	96	194	189	207	233	236	**1341**
UVGT Q. SAVENA										
Valutazioni Ger. Multidimensionali (VGM)		*	191	148	332	232	353	366	403	**2025**
ISTITUTO GIOVANNI XXIII										
a) Viale Roma	1° VGM	30	21	32	52	30	92	18	12	**287**
	2° Consulenze cliniche	116	220	300	350	290	230	208	193	**1907**
b) Villa Aldini	1° VGM	*	10	14	17	10	6	4	4	**65**
	2° Consulenze cliniche	*	35	80	50	20	20	25	25	**255**
DAY HOSPITAL S.GIACOMO §										
1° VGM		190	191	180	103	90	125	0	0	**879**
2° Consulenze cliniche		107	110	130	102	92	70	10	0	**621**
Consulenze Geriatriche Domiciliari		23	65	82	96	130	175	200	199	**970**
Certificazioni invalidità e ausili sanitari #		70	90	200	250	300	350	380	410	**2050**

* *attività geriatrica non ancora iniziata*
§ *attività geriatrica cessata nell'anno 2000*
\# *dati parziali perchè non tutte le certificazioni sono state registrate*

LA "NOSTRA" GERIATRIA

La "*ricucitura*", di cui sopra, nel senso della "nascita" della Geriatria a Bologna, risale agli inizi degli anni '70 (meglio tardi che mai!!).
In tale epoca venne inaugurato l'*Ospedale Specializzato* Marcello Malpighi (ora compreso nel Policlinico) costruito con il totale contributo dell'Istituto Giovanni XXIII nonché specificatamente *finalizzato* alla creazione di *Divisioni Geriatriche per Acuti*. Queste si inserirono in un programma nazionale in cui l'Emilia Romagna, unitamente alla Regione Veneto, è sempre stata all'avanguardia. Ciò in virtù della determinazione degli "attori" di questa vera "rivoluzione" che si attuò nella Sanità bolognese. Il tutto con l'attiva disponibilità di ottimi amministratori che ricordiamo tuttora con nostalgia.

IL "COMPRENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT" A BOLOGNA

La Geriatria a Bologna riuscì ad adeguarsi in tempi brevi ai dettami di ordine internazionale già esistenti, fruendo anche delle esperienze nazionali in materia, in primis la Geriatria di Firenze del prof. Antonini, vera "mecca" della Geriatria Italiana. Molti di noi, oltre all'Appennino varcarono anche le Alpi e l'Oceano, onde acquisire il meglio della cultura operativa laddove veniva già praticata. Anche la partecipazione a convegni internazionali ci fu molto utile. Giunse alfine il momento in cui anche noi "malpighiani" avemmo l'onore (e l'onere) di sederci al fianco dei nostri illustri colleghi italiani e stranieri e di descrivere con dati certi e controllati la nostra organizzazione ed i relativi risultati ottenuti. Ne citiamo alcuni (10) (11) (12) (13).
Proponiamo per brevità, alcuni dati schematizzati. La tabella 2 sembrerebbe una fredda esposizione di dati statistici. Gli è, come direbbero a Firenze, che dietro a tali numeri vi sono centinaia di uomini e donne che sono stati individualmente ed accuratamente valutati ed "identificati" in merito alle loro caratteristiche "personali" e conseguentemente, alle loro *necessità* di ordine sanitario, sociale, infermieristico e riabilitativo. "Questa" è per noi la medicina "olistica". La tabella 3 si riferisce all'attività dell'Unità di Valutazione "multidimensionale" (geriatra, infermiere, assistente sociale) nei quartieri cittadini collegati con la divisione geriatrica di riferimento.
Tutto ciò, in accordo con quanto riferito dalla citata letteratura internazionale, *senza aumento di spese e/o di personale* rispetto alle Unità Operative non Geriatriche. Citiamo, fidando di non essere tacitati di eccessiva autovalutazione, alcuni altri nostri interventi, anche in qualità di organizzatori, di eventi nazionali ed internazionali (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20).

TUTTO QUESTO INUTILMENTE?

La risposte risulta affermativa in base a dichiarazioni e fatti concreti:
– IN PASSATO:
• riduzione progressiva dei letti geriatrici per acuti (dagli oltre 300 agli attuali 100).
• riduzione delle Unità Operative Ospedaliere da 5 a 2 (1 trasferita all'Ospedale Maggiore con riduzione dei posti letto e non più autonoma).
– IN FUTURO:
• Prevista l'"estinzione naturale" della geriatria Ospedaliera: non sostituzione dei geriatri pensionandi.

CONSIDERAZIONI

Ricordiamo che nel Regno Unito qualche sconsiderato (subito smentito dai fatti) propose di negare agli anziani le medicine ed i provvedimenti diagnostici "troppo costosi". A Bologna si fa ancor di più. Nel senso che, in omaggio alla spending review, si propone (ed è già in parte attuata) L'ESTINZIONE DI UNA SPECIALIZZAZIONE GIÀ DA DECENNI INGLOBATA NELLA NOSTRA ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA
Non solo ma questa decisione viene presa, nella nostra città, nei confronti di una POPOLAZIONE ANZIANA SEMPRE PIÙ NUMEROSA (> 80 = 10% - >64 = 25%)

CONCLUSIONI

Rebus sic stantibus, sembrerebbe che i nostri ospedali vengano considerati nell'ambito non più della Sanità ma di piani industriali di una qualsiasi fabbrica. Ad esempio una fabbrica di cioccolato. Ma ricordiamo che gli anziani non sono cioccolatini. Forse siamo influenzati dal fatto che a presidente dell'Ucraina è stato eletto recentemente Petro Poroshenko, re della cioccolata....

AVVERTIMENTO

Uscendo di metafora, non si creda che la partita sia persa. Un sentimento prima di incredulità quindi di indignazione e di protesta ha accumunato sia uomini politici che importanti personalità, oltre che molti cittadini della nostra Bologna. Noi che abbiamo dedicato i migliori anni della nostra vita in questa esperienza professionale scenderemo in campo con loro per una tutela degli interessi dei malati nonché della dignità dei medici e di tutti gli operatori della Sanità.

POST SCRIPTUM: VIVA L' ITA(G)LIA

Ripropongo questo titolo, già presente in un mio precedente articolo, quale metafora ancora valida a proposito del "regresso" in atto nella nostra Sanità. Si profila infatti in arrivo un terzo "taglio" riguardante, in questo caso, direttamente gli ammalati. Incombe infatti la prevista organizzazione degli ospedali in tre macroreparti a seconda della "*intensità di cura*". Rispettivamente per pazienti molto gravi, meno gravi, poco gravi. Il paziente verrà così "tagliato", nel senso che non sarà più *uno* ma *trino*. Non vi sarà ad esempio un solo paziente cardiologico ma tre pazienti cardiologici, e così via.

A sua volta il paziente anziano non sarà né uno né trino, ma visti i programmi ... "*scartino*".

A parte le battute va detto che tale organizzazione può essere accettata (pur con riserva) per i piccoli ospedali. Nei grandi ospedali tali macroreparti se istituiti (dall'alto naturalmente) accoglieranno pazienti con commisti medici curanti di varie specializzazioni con diversi riferimenti anche di ordine logistico. Gli infermieri ormai specializzati nella assistenza di malati di varie specializzazioni, perderanno la loro acquisita specialità assistenziale. Inoltre gli specializzandi dove potranno acquisire nonché migliorare la loro cultura operativa sia durante i corsi di specializzazione che nei tempi successivi? Più in generale, dove avrà modo di formarsi e migliorare nel tempo la cultura non solo geriatrica ma anche quella delle altre discipline?

Si corre l'effettivo rischio di offrire, sia ai medici che ai pazienti, non *piatti prelibati* ma un gran *minestrone* culturale e operativo.

Sergio Semeraro
Già Direttore di Unità Operativa Complessa di Geriatria Policlinico S.Orsola-Malpighi
sergiosemeraro@medchir.bo.it

BIBLIOGRAFIA

1) HANAU C.: Evoluzione demografica e sue conseguenze sociali ed economiche. Il Bullettino delle Scienze Mediche 2013, fas. 1, 15-20.
2) ROBINE J.M.: Meeting U.S. National Accademy of Science, London, Sept. 1999 (VERBRUGGEN L.M.: Comorbolity and his impact on disability. Milbauk. Q., 1989, 67, 450)
3) ELLIS G., LANGHORNE P.: Comprehensive Geriatric assessment for older hospital patients. Br Ned Bull 2005: 71: 45-49.
4) RUBENSTEIN LZ, STUCK AE, SIU AL, WIELAND D: Impact of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. J Am Geriatric Soc 1991; 39:8 8-16S.
5) ELLIS G, WHITEHEAD MA, O'NEILL D, LANGHORNE P, ROBINSON D: Comprensive Geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review) The Cochrane Database of Systematic reviews, 2011, Issue 7. Art.No. CD006211. (DOI:10.1002/14651858. CD006211. pub2).
6) JAYADEVAPPA R, BLOOM BS, RAZIANO DB, LAVIZZO-MOUREY R: Dissemination and characteristics of acute care for elders (ACE) units in the United States. Int J Technol Assess Health Care 2003;19:220-7.
7) MASINA M: La Geriatria nel secondo millennio. Il Bullettino delle Scienze Mediche 2013,fas.1, 7-4. Società Medica Chirurgica Bologna.
8) The National Institute of Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 124. The management of hip fracture in adults. 2011. http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13489/54918/54918.pdf
9) Stroke Unit Trialists' collaboration. Collaborative systematic review of the randomized trials of organized inpatient (stroke unit) care after stroke. BMJ 1997;314.1151.
10) Semeraro S., Trentini M., Di Cesare F.: Indispensabilty of Geriatric Departements in General Hospital. European Congress S.I.G.O. Geriatria, 1996, suppl. Vol VIII, 5, 76-83
11) Trentini M., Semeraro S., Motta M.: Effectiveness of geriatric evolution care. One-yaer results of Multicenter randomized clinic trial. Agnig vol. 13, N° 5, October 2001, 395-405.
12) Semeraro S., Trentini M., Di Cesare F.: Ospedale e Territorio – Cesi Editore 2002
13) Trentini M., Semeraro: Primo studio multicentrico randomizzato e controllato sulla Validità della Valutazione Geriatrica multidimensionale. Risultati definitivi a due anni. Geriatria, suppk. Vol. 1 – Semeraro – Febbraio 1998,3-16.

PER RICORDARE ALCUNI ALTRI CONTRIBUTI

14) Semeraro S., Cometti G. et al, XVth Congress of Int. Assoc. Of Gerentology, Budapest Juli 4-9, 1993

15) 1995 Trentini M., Semeraro S. et al, - World Congress of Gerontology, Australia 1995
16) 1995 Trentini M., Semeraro S. et al, - European Congress of Gerontology, Amsterdam, 1995
17) 2001 Trentini M., Semeraro S. and Motta M. Aging Clin. Exp. Res. 13: 395-4005, 2001
18) Savorani S., Semeraro S. et al – International Psycogeriatric Association, Berlin september 5-10, 1993
19) Savorani G., Bacci M. et al, IV European Congresso of Gerontology, Berlin July 7-11 1999
20) Cucinotta D. et al, IV European Congresso of Gerontology, Berlin July 7-11 1999
21) Cucinotta D., Savorani G. et al, VI European Congresso f Clinical Gerontology Moscow, June 18-21 2002 p.36
22) Congresso Internazionale Italo-Britannico-Americano, Bologna 15/17 gennaio 2006 (Semeraro S.)
23) 4th Bologna International Meeting, June 15 – 17, 2006 (Cucinotta D.)
24) Regione Emilia Romagna. Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente anziano con frattura al femore. GPG/2013/1082-Delibera 1133/2013.

Ai Colli

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO PSICHIATRICO
Consorzio Ospedaliero Colibrì

Direttore Sanitario e Primario: ***Dott. Paolo Baroncini***
Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

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

Ambulatori
-Psichiatria generale
-Dipendenze Patologiche
-Psicogeriatria
-Psichiatria Transculturale

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

***

Osservasalute, migliora la salute raddoppia la spesa per farmaci

Migliora la salute degli italiani, ma al contempo diminuiscono i servizi soprattutto al Sud. È il paradosso che emerge dall'XI Rapporto Osservasalute 2013 – Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane, presentato ieri al Policlinico universitario "Agostino Gemelli". Gli italiani, dunque, guadagnano aspettativa di vita grazie alla ridotta mortalità per malattie del sistema circolatorio e tumori, trend che si deve sia agli investimenti già fatti nelle politiche di prevenzione, sia agli avanzamenti diagnostici e terapeutici. Si intravede anche qualche segnale di miglioramento negli stili di vita, almeno sul fronte dei consumi di alcol e sigarette, anche se è in peggioramento la forma fisica dei cittadini, sempre più grassi. Il Rapporto segnala poi un pericolo concreto: la Spending review «rischia di far saltare il Servizio Sanitario Nazionale, determinando difficoltà nel breve e nel lungo termine, sia a causa di una riduzione dei servizi di salute offerti alla popolazione, sia a causa di un aumento della spesa sanitaria sul lungo periodo determinato dall'effetto boomerang della riduzione degli investimenti in prevenzione e diagnosi precoce». Tante le minacce che incombono: raddoppiata in 10 anni la spesa sostenuta dagli italiani per farmaci e prestazioni, e sono sempre più sguarniti reparti e strutture, con migliaia di medici e infermieri che "emigrano" all'estero. Sul fronte farmaci Walter Ricciardi, direttore dell'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle regioni italiane, che ha coordinato il Rapporto, frutto del lavoro di 165 esperti, sottolinea come la spesa sostenuta da ciascun cittadino per l'acquisto sia più che raddoppiata in meno di dieci anni, passando da 11,3 euro del 2003 a 23,7 euro nel 2012. «La riduzione della spesa pubblica per contenere il debito e rispettare i vincoli di bilancio concordati con l'Europa – spiega Ricciardi – mettono a rischio l'intero sistema di welfare italiano». Gli indicatori economici testimoniano infatti, spiega l'esperto, che siamo entrati in un periodo di reale contrazione delle risorse impegnate dal

Responsabilità civile Professionale del Medico

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

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

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

PREMIO € 250,00

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

Per informazioni :

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

Servizio Sanitario Nazionale (Ssn): la spesa, già dal 2010, ha iniziato a diminuire (da 100,3 mld del 2009 a 100,1 mld di euro del 2010), delineando un trend che si è andato rafforzando nel 2012. A questo dato fa riscontro la diminuzione della spesa per la remunerazione del personale sanitario, scesa nel 2011 a 36,149 mld, con un decremento dell'1,4% rispetto al 2010. Inoltre, «la dotazione di personale nelle strutture pubbliche dal 2010 sta subendo evidenti contrazioni, come testimonia il tasso di turnover sceso oltre il 78%»

***

Dna pesa su bilancia bambini sempre più con l'età

L'influenza del Dna di un individuo sul suo peso corporeo aumenta con l'età, raggiungendo l'82% a 10 anni: significa che man mano che un bambino cresce, la sua eventuale predisposizione a ingrassare sarà sempre più forte e influente e il piccolo, anche con l'intervento di pediatra e genitori, avrà sempre più difficoltà a contrastarla anno dopo anno. Lo rivela uno studio condotto presso la University College e il King's College di Londra e pubblicato sulla rivista "Obesity". Gli esperti hanno prima eseguito un'analisi genetica a tutto campo sul Dna di 2.556 coppie di gemelli, poi si sono concentrati sull'analisi dettagliata di oltre una ventina di geni noti per avere un "peso sulla bilancia", cioè nel predisporre al sovrappeso. In questa maniera hanno calcolato che se il Dna influisce per il 43% sul rischio di ingrassare per un bambino di 4 anni (e il restante 57% dipende da fattori esterni ambientali), lo stesso Dna aumenta la sua influenza fino all'82% (e quindi il ruolo dell'ambiente si riduce al lumicino) quando il bambino ha compito 10 anni. Significa, ipotizzano gli autori del lavoro, che via via che i bambini crescono e possono esprimersi in maniera più autonoma e indipendente dal controllo dei genitori, i loro geni diventano più influenti sul rischio di essere sovrappeso o obesi; "segno" che questi geni in qualche modo mediano le scelte alimentari o i comportamenti (ad esempio la sedentarietà) del bambino, condizioni su cui il genitore ha un controllo sempre minore al crescere del figlio.

***

"Pillole di consumo" per i sordi

Nasce la prima campagna di informazione sui temi di consumo, dedicata ai disabili sensoriali. Trenta pillole video tradotte nella lingua dei segni per evitare che vi siano cittadini di serie A e cittadini di serie B.
Problemi di comprensione allo sportello della banca o al supermercato. Impossibilità di comunicare con un venditore porta a porta o con un operatore telefonico. Le barriere culturali, sociali e tecnologiche, e non solo architettoniche, che ogni giorno un disabile sensoriale si trova di fronte sono tante. Da qui nasce l'iniziativa "Consumatori senza barriere", l'attività realizzata dall'Unione nazionale consumatori (Unc) e dalla Lega Consumatori, nell'ambito del progetto "Formazione e solidarietà", finanziato dal ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. L'iniziativa punta a tutelare i sordi e le persone con disabilità nel loro essere consumatori.
L'obiettivo del progetto è rendere accessibili le informazione per i disabili sensoriali; aggiornare gli operatori delle associazioni sulle evoluzioni normative e formarli ad accogliere e prendere in carico i consumatori, in particolar modo quando sono portatori di disabilità sensoriali, fornendo loro anche strumenti utili per informare e comunicare. Da qui l'ideazione di più di 30 pillole video sugli argomenti più svariati – dai suggerimenti per scegliere l'operatore telefonico a quelli per comprare una casa, dai consigli sugli acquisti porta a porta, online o di beni usati a quelli per gestire al meglio il colloquio con un operatore bancario o con il gestore di energia – tradotti nella lingua dei segni, e dunque utili anche alle persone sorde.
«È nostro dovere fare di tutto per fornire adeguata protezione anche ai consumatori diversamente abili, per evitare che si crei un divario irrecuperabile tra cittadini di serie A e cittadini di serie B», afferma Massimiliano Dona, segretario dell'Unc. «Il nostro obiettivo è rendere i disabili sensoriali più consapevoli dei loro diritti e doveri di consumatori: siamo molto orgogliosi di inaugurare la prima campagna di informazione sui temi del consumo rivolta ai sordi grazie a un'ampia serie di video tradotti in lingua dei segni e disponibili sulla pagina Youtube https://www.youtube.

com/user/unioneconsumatori/featured dell'Unione nazionale consumatori. Inoltre, abbiamo formato alcuni operatori delle associazioni che si occupano dei non udenti per fornire l'adeguata assistenza». Dona, ricorda che «le persone con disabilità in Italia sono circa due milioni e 824 mila, pari al 4,8 per cento della popolazione italiana; tra queste, coloro che hanno problemi nella sfera delle comunicazioni, come l'incapacità di vedere e sentire o parlare, sono circa 217 mila. A loro ci rivolgiamo in questo progetto, il primo realizzato da un'associazione di consumatori per i soggetti vulnerabili, per accrescere il loro grado di consapevolezza e diminuire il più possibile il gap informativo tra consumatori; per farlo abbiamo realizzato un database di video dedicati ai sordi e tradotti in lingua dei segni dalla Scuola interpreti LIS: dai contratti alle vacanze rovinate, dal rapporto con le banche all'e-commerce, abbiamo fornito agli amici sordi brevi "pillole di consumo" utili per il loro quotidiano».
«Finalmente anche i sordi possono essere tutelati», dice soddisfatta Laura Santarelli, presidente dell'Accademia europea sordi, «ora nelle loro scelte potranno avere maggiore consapevolezza, non solo sui prodotti, ma anche sui servizi. Uno dei mezzi che l'Unione nazionale consumatori ha adottato, consentendo questo, è l'uso della lingua dei segni italiana: questo deve essere il protocollo corretto per rendere il mondo circostante accessibile. Un plauso, dunque, alle associazioni per aver pensato di tutelare il mondo dei sordi, anche se in Italia c'è ancora tanta strada da fare. Abbiamo bisogno di ospedali accessibili e di fare passi in avanti nelle scuole dove dovrebbero esserci sussidiari ad hoc per i sordi. Senza dimenticare la nostra grande battaglia, quella per il riconoscimento della Lingua dei segni. Ci stiamo provando dal 1988, ma ancora non ci siamo riusciti. Questa lodevole iniziativa può rappresentare un primo passo».
Anche «per la Lega consumatori è stato fondamentale, attraverso questo progetto, agire sulla formazione degli operatori degli sportelli presenti sul territorio nazionale con l'intenzione di approfondire l'accoglienza e la tutela nell'ambito del consumo delle persone con disabilità sensoriale», spiega Marco Volante, della Lega Consumatori. Il prossimo passo sarà quello di rendere «accessibili molte parti del sito».

***

Antipertensivo vegetariano

La dieta vegetariana potrebbe essere utile nel contrastare l'ipertensione.
Sulla rivista "JAMA Internal Medicine", alcuni ricercatori giapponesi hanno passato in rassegna una quarantina di studi sul rapporto tra questo tipo di alimentazione e la pressione arteriosa e hanno rilevato valori pressori più bassi di circa 5 mmHg nei vegetariani rispetto a quelli registrati in chi si cibava anche di carne. Una riduzione simile a quella ottenibile seguendo una dieta a basso contenuto di sodio o perdendo 5kg di peso.
Serviranno altri studi per confermare i dati rilevati, ma per gli esperti il basso contenuto di sodio e di acidi grassi saturi caratteristici della dieta vegetariana, insieme con un minor indice di massa corporea e una minore viscosità del sangue di chi la segue, sono tutti elementi che potrebbero spiegare l'attività antipertensiva di questo tipo di alimentazione.

***

Anziani: fragilità a base di ormoni

I livelli di cortisolo, l'ormone dello stress, sarebbero correlati alla fragilità degli anziani, quella condizione di debolezza fisica e psicologica che rende le persone più in là con gli anni incapaci a svolgere le attività quotidiane.
In particolare, basse concentrazioni di cortisolo al mattino e alte alla sera, il contrario di ciò che accade normalmente, aumenterebbero il rischio di fragilità, almeno secondo ciò che sostiene uno studio tedesco pubblicato sul "Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism" che ha considerato oltre 700 individui tra i 65 e i 90 anni.
Secondo gli esperti un'errata regolazione dell'andamento dei livelli del cortisolo negli anziani provocherebbe perdita di forza e di massa muscolare, generando così un senso debolezza che influirebbe sulla qualità della vita degli individui.

***

Arriva il film-denuncia "Il venditore di medicine"

Il lato oscuro delle grandi multinazionali del farmaco arriva sul grande schermo. A dare corpo all'informatore farmaceutico senza scrupoli, che pur di vendere il farmaco della propria azienda è disposto a corrompere medici offrendo loro ricche "ricompense", sarà Claudio Santamaria. Il film di Antonio Morabito, *Il venditore di medicine*, è in sala dal 29 aprile.
La pellicola denuncia la rete di corruzione, connivenze, pressioni che si nasconde dietro la vendita dei farmaci. Il regista racconta di essersi occupato di questa realtà «per motivi personali, da lì ho visto come un farmaco venisse prodotto, soprattutto immesso nel mercato, e ho trovato abbastanza raccapricciante che venisse equiparato a qualsiasi bene commerciale, avendo a che fare con la salute delle persone, e ho cominciato a informarmi meglio». Nella sua ricerca Morabito ha incontrato sia informatori che medici disposti a svelare il dietro le quinte di una semplice prescrizione. «Tra informatore e medico si crea un principio vero e proprio di azione e reazione, così come si crea lo stesso principio nei corridoi del Parlamento, dove puntualmente gli emissari delle varie case farmaceutiche vanno a fare azione di lobby», continua il regista. In questo traffico di merci, etica e morale sono le grandi assenti.
«Secondo me la cosa interessante del film è proprio il fatto di vedere la corruzione al livello più basso, al livello che ci è più vicino», osserva Santamaria, «non si vedono gli intrecci tra politica e dirgenti, non si può dare la colpa a "loro": no, siamo noi. E la forza del film sta proprio in questo: attraverso la sua vicenda umana noi costringiamo in qualche modo lo spettatore ad essere complice in qualche modo, a sentirsi preso in causa in questo gioco perverso».

***

Aria inquinata: attenzione alle coronarie

L'inquinamento atmosferico è fortemente legato a un più alto rischio di sviluppare patologie coronariche.
Lo afferma uno studio europeo pubblicato sul "British Medical Journal" che ha coinvolto circa 100 mila persone seguite per un periodo di oltre undici anni.
La ricerca ha riscontrato un'associazione tra l'esposizione, per tempi prolungati, alle polveri sottili, in particolare del PM2.5, e la probabilità di soffrire di angina o di avere un attacco cardiaco. Ciò che dovrebbe preoccupare maggiormente, secondo gli esperti, è che la correlazione rilevata sarebbe presente anche con valori di polveri sottili inferiori al limite annuale stabilito dall'Unione Europea, corrispondente per il PM2.5 a 25 µg/m3.

***

Alimentazione. Boom di diete e prodotti dimagranti in vista dell'estate. Nasce osservatorio Codacons

L'obiettivo dell'associazione è quello di difendere i consumatori dalle 'bufale' e aiutarli ad orientarsi nella giungla dei prodotti dimagranti. L' Osservatorio opererà per 12 mesi e i risultati delle indagini saranno resi pubblici alla fine di marzo 2015.
Con l'avvicinarsi dell'estate si moltiplicano sul web, sui giornali e in tv le pubblicità di diete e di miracolosi prodotti dimagranti in grado di far perdere peso velocemente. "Spesso sin tratta di vere e proprie 'bufale' – spiega il Codacons – ma vi sono casi in cui diete e abusi di prodotti per il dimagrimento possono produrre danni anche gravi alla salute". Per tale motivo il Codacons, in collaborazione con Ter.Mil.Cons (Consumatori del Terzo Millennio), ha deciso di istituire un Osservatorio sulle diete alimentari, il quale avrà come particolare compito e obiettivo:
- individuare le diete e prodotti dietetici maggiormente pubblicizzati;
- analizzare le tecniche di comunicazione utilizzate per la promozione delle diete e dei prodotti;

- identificare e analizzare l'ingannevolezza e l'aggressività dei messaggi pubblicitari;
- analizzare la compliance delle tecniche di comunicazione impiegate, con il Codice del Consumo, delibere Agcom e la legislazione europea, ed in particolare con le direttive del Ministero della Salute in materia di etichettatura dei prodotti alimentari e del Regolamento claim;
- realizzare un documento che possa essere un vademecum della pubblicità sulle diete e/o prodotti dietetici.

L' Osservatorio opererà per 12 mesi e i risultati delle indagini compiute saranno resi pubblici alla fine di marzo 2015.

***

Antibiotici. OMS: "Resistenza è seria minaccia, rischio era post-antibiotica". Ecco il report

Uno studio OMS http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1 basato su dati provenienti da 114 paesi, tra cui l'Italia, individua alti tassi – anche del 50% in alcuni casi – di resistenza antimicrobica (AMR) a batteri comuni, tra cui Escherichia coli e stafilococco aureo. Keiji Fukuda (OMS): "Necessaria azione urgente". Tra gli strumenti più importanti "prevenzione, accesso ad acqua pulita, vaccinazione". Ecco come il paziente, gli operatori sanitari, i politici e l'industria possono affrontare meglio questa resistenza

Uno dei più vasti sguardi sulla resistenza agli antibiotici, minaccia globale per la salute, effettuato mediante i dati provenienti da 114 paesi: si tratta del nuovo report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, intitolato *Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014* ('Resistenza antimicrobica: report globale sulla sorveglianza 2014'). Questa resistenza "rappresenta un problema talmente serio da minacciare il sapere della medicina moderna", si legge nel 'Summary' del report ed è dunque "una delle principali minacce per la salute pubblica".

A tal proposito è stato chiaro Keiji Fukuda, Vice Direttore Generale per la Sicurezza sanitaria dell'OMS: "senza un'azione urgente e coordinata da parte di molti stakeholder, il mondo viene governato da un'era post-antibiotica, in cui infezioni comuni e ferite leggere, che sono state trattabili per decenni, possono di nuovo uccidere. Gli antibiotici efficaci sono stati uno dei pilastri che ci permettono di vivere più a lungo, più in salute, e di trarre beneficio dalla medicina moderna.

A meno che non effettuiamo azioni significative per migliorare gli sforzi al fine di prevenire le infezioni e insieme cambiamo il modo di produrre, prescrivere e utilizzare gli antibiotici, il mondo perderà sempre di più questi benefici per la salute pubblica a livello mondiale e le conseguenze saranno devastanti".

ll report OMS mette in luce alcuni risultati importanti:

Sono stati rilevati in tutte le regioni OMS tassi molto alti di resistenza a batteri comuni (Escherichia coli, klebsiella pleumoniae e stafilococco aureo che causano infezioni comuni e si diffondono nella comunità. In questo caso, si tratta di una resistenza a farmaci antibatterici che supera, in molti set di risultati, la percentuale del 50%, si legge nel report.

Ad esempio, riguardo all'Escherichia coli in Italia, un dato nel report riferisce una resistenza alle cefalosporine di terza generazione pari al 19,8% (su 1870 casi presi in considerazione) nel 2011 – dato pubblicato nel 2013.

Un altro risultato messo in luce dall'OMS riguarda i *gaps* o l'assenza, in alcuni paesi, degli strumenti chiave per affrontare la resistenza agli antibiotici – dunque i sistemi di base per tracciare e monitorare il problema.

Si parla di *gap* nell'informazione di quali sono i patogeni, nella sorveglianza, negli standards metodologici, nella condivisione dei dati e nel coordinamento.

Tra le azioni più importanti per ridurre la necessità di antibiotici, c'è la prevenzione, che include un igiene migliore, l'accesso ad acqua pulita, il controllo delle infezioni mediante facilitazioni assistenziali e la vaccinazione.

L'OMS, inoltre, richiama l'attenzione sulla necessità di produrre una nuova diagnostica, nuovi antibiotici e altri tipi di strumenti per far fronte alla resistenza emergente.

L'OMS si impegna in uno sforzo globale diretto a dare un indirizzo a questo problema, mediante il

suo monitoraggio, la misura dell'impatto sociale ed economico e la ricerca di soluzioni.
OMS: Ecco come affrontare questa resistenza
Secondo le indicazioni, i pazienti possono affrontare meglio questo problema:
– utilizzando gli antibiotici solo se prescritti da un medico;
– seguendo la prescrizione per intero, anche se si sentono meglio;
– non condividendo con altre persone antibiotici o prescrizioni 'avanzate'.
Inoltre, gli operatori sanitari e farmacisti possono aiutare i pazienti ad affrontare la resistenza:
– migliorando la prevenzione e il controllo delle infezioni;
– prescrivendo e fornendo antibiotici quando sono veramente necessari;
– prescrivendo e fornendo antibiotici solo per curare la malattia.
I rappresentanti politici possono aiutare ad affrontare la resistenza:
– rafforzando il monitoraggio della resistenza e la capacità di analisi di laboratorio;
– regolamentando e promuovendo l'uso appropriato dei farmaci.
I politici e l'industria possono contribuire ad affrontare resistenza:
– promuovendo l'innovazione e la ricerca e lo sviluppo di nuovi strumenti;
– promuovendo la cooperazione e la condivisione di informazioni tra tutti i soggetti interessati.

***

Boom diabete tra i bambini, colpa dell'obesità

Con la crescita dell'obesità infantile aumentano anche i casi di diabete in bambini e adolescenti, sia di quello di tipo 1 che del tipo 2, che invece si associa di solito agli adulti. L'allarme viene da uno studio del Cdc di Atlanta pubblicato da *Jama*, ma le conclusioni degli esperti Usa sono valide anche in Italia. L'analisi statunitense, sui dati di oltre 3 milioni di bambini e ragazzi sotto i 19 anni in 20 stati, parla di un aumento della prevalenza del 21% del diabete di tipo 1 tra il 2001 e il 2009, mentre quello di tipo 2 è aumentato del 30%. «Il nostro registro nazionale diabete ha qualche lacuna, ma per quanto riguarda il diabete di tipo 1 si registra anche da noi un aumento dell'1-2% l'anno dei casi» spiega Francesco Chiarelli, endocrinologo dell'università di Chieti ed esperto della Società Italiana di Pediatria «Il fenomeno non è solo nostro, anche in Finlandia, ad esempio, che ha molti casi, sono in aumento i malati in età prescolare. Per il tipo 2, che nei bambini rappresenta circa l'1% dei casi totali di diabete, ancora non si è visto un aumento simile, ma l'obesità crescente ci mette a forte rischio per gli anni futuri». In Italia i casi di diabete infantile stimati sono circa 15mila, un numero che secondo l'esperto aumenterà se non si interviene sul principale fattore di rischio. «Sull'aumento del diabete di tipo 1 non ci sono molti studi, ma l'obesità potrebbe essere una causa, mentre per quello di tipo 2 è il fattore principale» spiega Chiarelli «La società italiana deve capire che per i bambini l'obesità è una malattia, che li espone a problemi molto grandi per tutto l'arco della vita».

***

Cochrane, no differenze sicurezza fra Avastin e Lucentis

Emilia-Romagna commissiona indagine su uso intraoculare
Non c'è differenza dal punto di vista della sicurezza tra i due farmaci Avastin e Lucentis, per quanto riguarda il loro utilizzo da parte dei malati di maculopatia retinica. È la conclusione di uno studio di revisione della letteratura scientifica commissionato dalla Regione Emilia-Romagna a Cochrane, il più autorevole organismo non-profit internazionale indipendente in questo ambito sanitario, dopo la vicenda che ha visto coinvolte le due aziende produttrici di questi medicinali, accusate di aver creato un cartello a favore del prodotto meno caro. Proprio la differenza economica fra le due terapie risulta invece sensibile: oggi il costo di Avastin per dose utilizzata è di 16 euro, a fronte dei 630 euro di Lucentis. "Per quanto riguarda la pari efficacia e sicurezza nell'uso dei due farmaci – ha ribadito l'assessore alle Politiche per la salute della Regione Carlo Lusenti – con lo studio di Cochrane abbiamo un'ulteriore conferma di quanto la letteratura scientifica e gli studi internazionali hanno già dimostrato in questi anni. Rinnoviamo, quindi, all'Aifa la richiesta già avanzata nel 2011 e ripresentata lo scorso aprile di adottare il provvedimento che consenta l'inserimento di Avastin nella lista dei farmaci di uso consolidato". In attesa dell'approvazione definitiva del decre-

to Lorenzin sull'uso 'off label' dei farmaci, e del pronunciamento della Corte costituzionale sulla legittimità della normativa nazionale in materia, Lusenti ribadisce come la questione non sia solo economica, "bensì etica: a parità di risorse si debbono poter curare il maggior numero di pazienti possibili".

***

Criminalità organizzata dietro traffico farmaci antitumorali

Ci sarebbe la criminalità organizzata, camorra e non solo, dietro un traffico di farmaci anticancro rubati e poi contraffatti, tali da esser resi inefficaci o, persino, dannosi. A rivelarlo è il dirigente dell'Ufficio anticontraffazione dell'Agenzia del Farmaco italiana, Domenico Di Giorgio, che al *Wall Street Journal* ha dichiarato: «C'entra sicuramente il crimine organizzato». La rete organizzata avrebbe sparso i tentacoli in tutta Europa, si occuperebbe di rubare farmaci antitumorali «negli ospedali o dai camion utilizzati per la distribuzione», intervenendo sui principi attivi, ad esempio diluendoli o sostituendoli con altre sostanze più economiche, quindi rimettendoli in commercio. Si spiegherebbero così i frequenti furti di farmaci avvenuti in Italia e in Europa, avvenuti negli ultimi tempi: non casi "isolati", ha dichiarato Di Giorgio al Journal, ma episodi che rientrerebbero «nell'opera di reti altamente organizzate». La regia dell'operazione sarebbe italiana ma, oltre alla camorra sarebbero coinvolti anche altri clan dell'Europa orientale.

***

Errori nell'uso dei farmaci, da EMA piano d'azione per UE

Un piano d'azione per evitare errori nell'uso di farmaci. Lo ha pubblicato l'Agenzia europea del farmaco (Ema) evidenziando i passi da compiere per bloccare il fenomeno nei Paesi dell'Unione Europea. Come parte integrante dalla campagna, l'Ema sta stilando una "good practice guide" (Gcp) relativa a codificazione e segnalazione degli errori d'uso dei medicinali, così come a confidenzialità del sistema di vigilanza e responsabilità dei professionisti della salute. Un'ulteriore guida per la minimizzazione dei rischi in bambini e anziani è in fase di sviluppo. Rientrano nell' "action plan" anche la redazione di un "concept paper" per un gruppo di lavoro sull'uso ottimale della terminologia e il coordinamento – delegato all'agenzia regolatoria della Gran Bretagna – di una campagna europea di sensibilizzazione sulla necessità di segnalare e comunicare questo tipo di errori. L'*action plan* mira a creare un insieme di strumenti pratici per aiutare gli stati dell'Ue a individuare questo problema (che rappresenta il 18,7-56% di tutti gli eventi avversi prevenibili in ambito ospedaliero) e fa seguito a 6 raccomandazioni già stabilite in un workshop Ema sul tema del 2013: valutazione e prevenzione sistematica del rischio di errori con farmaci durante il ciclo di vita del prodotto; realizzazione di un rapporto collaborativo tra autorità nazionali di sicurezza del paziente, enti regolatori nazionali, Ema e Commissione europea; coinvolgimento attivo e costruttivo con gruppi di pazienti consumatori e professionisti della salute per migliorare le pratiche mediche; armonizzazione e ulteriore sviluppo di termini e definizioni a livello Ue e internazionale; sviluppo di nuovi metodi per identificare gli errori con i farmaci secondo la prospettiva della sicurezza del paziente e della farmacovigilanza tramite analisi di dati raggruppati; supporto alla ricerca relativa a pratiche mediche sicure. Attualmente l'attività di farmacovigilanza sia generale sia relativa a eventi avversi da errori nell'uso di farmaci è attuata in Europa dal Pharmacovigilance and risk assessment committee (Prac) che su questo fronte opera nel valutare gli sbagli basati su dati pre e post-registrativi. Le possibilità di errori legati a confusione tra nomi di medicinali è valutato ciclicamente dall'Ema's name review group.

***

Gli uomini non riconoscono i disordini alimentari

Secondo un piccolo studio dell'Università di Oxford, pubblicato sulla rivista *BMJ Open*, gli uomini stenterebbero a riconoscere i sintomi di un disturbo alimentare e questo ritarderebbe il loro ricorso a cure adeguate.

Dall'analisi di circa quaranta pazienti, tra i 16 e i 25 anni sofferenti di anoressia, bulimia o patologie simili, è emerso che gli individui di sesso maschile impiegano molto più tempo rispetto alle donne a riconoscere i sintomi di un disordine alimentare come il conteggio ossessivo delle calorie, il digiuno e la fissazione per il peso. Questo causerebbe un ricorso al personale medico solo quando si raggiungono condizioni ormai critiche per la salute. Secondo gli esperti, la falsa credenza che queste patologie siano quasi esclusivamente femminili sarebbe ancora troppo diffusa, insieme alla scarsa informazione sui disordini alimentari che colpiscono i maschi.

***

Godersi la vita per invecchiare più in forma

Uno studio britannico, pubblicato sulla rivista *Canadian Medical Association Journal*, afferma che chi vive la vita in modo positivo, apprezzando tutto ciò che offre, ha meno probabilità di altri di andare incontro a decadimento fisico con l'età.
I ricercatori sono arrivati a questa conclusione dopo aver considerato circa 3.200 ultrasessantenni. Il fatto di riuscire a godersi la vita sembrava essere legato a un invecchiamento migliore, con meno difficoltà fisiche nello svolgere le attività quotidiane come vestirsi o alzarsi agevolmente dal letto. Si tratta, per ora, solo di aver trovato una correlazione e non un rapporto causa-effetto tra i due fenomeni ma, insieme ad altri studi, questa ricerca sembra confermare i benèfici effetti di un atteggiamento positivo nella vita nei confronti dell'invecchiamento mentale e fisico.

***

In Gran Bretagna al via caccia a segni premonitori demenza – Più grande progetto del mondo studierà 300 mila persone

Quella della demenza è una vera e propria epidemia con i casi che già ora nel mondo sono quasi 40 milioni, destinati a raddoppiare ogni vent'anni. Per cercare di capire i fattori di rischio della sindrome e magari avere anche qualche indizio su una possibile cura in Gran Bretagna sta per partire il più grande screening mai fatto finora nel mondo, l'unico che utilizzerà contemporaneamente i dati genetici, quelli sugli stili di vita e i test cognitivi di oltre 300 mila persone.
Il progetto, spiega la Bbc, sfrutterà la UK Biobank, la più grande raccolta di Dna donati al mondo che conta mezzo milione di campioni di sangue e urine. I partecipanti hanno donato il loro Dna alla banca nello scorso decennio, quando avevano tra 40 e 69 anni, compilando un questionario sul proprio stile di vita e sottoponendosi ad alcuni test cognitivi. Questi ultimi verranno ripetuti online, e i risultati verranno confrontati con quelli del primo test. I ricercatori cercheranno anche nel Dna e nelle altre informazioni ad esempio sul fumo e sulla dieta i fattori di rischio e i segni premonitori del problema.
"Molte persone avranno solo dei piccoli peggioramenti nei risultati dei test – spiega John Gallacher dell'università di Cardiff, che ha messo a punto il test – ma questo può essere sufficiente a predire chi svilupperà la demenza in futuro". I numeri della demenza, che nel 60-70% dei casi è dovuta all'Alzheimer, sono già oggi una fonte di preoccupazione per le istituzioni sanitarie mondiali, ma l'invecchiamento della popolazione rischia di peggiorare ulteriormente la situazione. Secondo l'Oms ogni anno sono 7,7 milioni i nuovi casi della sindrome, che costituisce la principale fonte di invalidità negli anziani, che costa l'1% del Pil mondiale. In Italia si stima che i portatori siano un milione, ma destinati anche qui ad aumentare. Nonostante la diffusione le conoscenze su fattori di rischio e segni premonitori della malattia sono ancora scarse, e non ci sono cure specifiche.
"Sappiamo però che i cambiamenti nel cervello che portano alla demenza si manifestano decenni prima dei sintomi – spiega Gallacher –. Studiare le persone di mezza età potrebbe aiutarci a trovare indizi per prevenire la condizione. Basterebbe riuscire a ritardarne l'insorgenza di cinque anni per dimezzare i casi". Ad aiutare lo studio ci sarà un altro progetto, sempre sviluppato dalla Biobank e anche questo da record. Centomila donatori verranno sottoposti a una serie di esami, dalla risonanza magnetica degli organi agli ultrasuoni dei vasi sanguigni ai raggi X delle ossa per cercare di trovare nuove informazioni su come si sviluppano varie malattie, comprese quelle del cervello.

***

Il buon sonno allontana il cancro alla prostata?

Gli uomini con alti livelli di melatonina, il cosiddetto ormone del sonno, avrebbero una minore probabilità di ammalarsi di tumore alla prostata.
Secondo quanto afferma uno studio statunitense condotto su oltre 900 uomini e presentato al Prostate Cancer Foundation Conference on Advances in Prostate Cancer Research la riduzione del rischio potrebbe raggiungere anche il 75 per cento. Secondo i ricercatori statunitensi lo studio conferma l'influenza che una regolazione anomala del ciclo sonno-veglia, svolta dalla melatonina, potrebbe avere sulla salute e sullo sviluppo di patologie croniche e tumorali.

***

Il morbo di Parkinson potrebbe essere una malattia autoimmune

Una nuova ipotesi formulata dai ricercatori della Columbia University suggerisce che il morbo di Parkinson sia una patologia autoimmune.
Secondo quanto si legge sulle pagine di *Nature Communications*, gli studiosi ritengono che all'origine del Parkinson possa esserci una reazione anomala del sistema immunitario. Il neurobiologo David Sulzer spiega che è possibile che le cellule del sistema immunitario scambino i neuroni per agenti esterni potenzialmente pericolosi e quindi li attacchino.
Fino ad oggi si riteneva che i neuroni fossero cellule immuni alle patologie legate al sistema immunitario perché non presenterebbero antigeni sulla superficie. Invece, la recente scoperta dei ricercatori statunitensi, secondo la quale alcuni tipi di neuroni sarebbero capaci di mostrare gli antigeni, riapre la questione. Si tratta, in particolare, del neuro-ormone dopamina, ubicato nella substantia nigra (la regione del cervello che degenera in caso di morbo di Parkinson), che presenta la proteina MHC-1.
Alcune osservazioni condotte in vitro su neuroni vivi provenienti da topi e da tessuti umani creati da cellule staminali hanno confermato che i neuroni utilizzano proprio MHC-1 per rendere gli antigeni visibili quando si presentano particolari condizioni chiamate manifestazioni di Parkinson. Naturalmente, precisa lo scienziato, saranno necessari ulteriori studi che possano indagare sull'ipotesi che il Parkinson sia una malattia autoimmune.

***

In Svizzera le Medicine Complementari e Alternative saranno equiparate alle altre specialità mediche

Le prestazioni della Medicina Antroposofica, della Medicina Tradizionale Cinese, della Medicina Omeopatica e della Fitoterapia saranno per principio a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Solo le prestazioni controverse saranno esaminate per sapere se sono efficaci, appropriate ed economiche. Con questa procedura il Dipartimento federale dell'interno (DFI) intende adempiere un mandato costituzionale.
Nel maggio 2009 Popolo e Cantoni hanno approvato a larga maggioranza il nuovo articolo costituzionale per una maggiore considerazione delle Medicine Complementari e Alternative. Dal 2012 e provvisoriamente fino al 2017 l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) assume i costi delle prestazioni della Medicina Antroposofica, della Medicina Tradizionale Cinese, della Medicina Omeopatica e della Fitoterapia.
Il rimborso è provvisorio e a tempo determinato perché manca ancora la prova che le prestazioni delle quattro specialità di Medicine Complementari e Alternative sono efficaci, appropriate ed economiche. Dopo due anni si sta ora delineando l'impossibilità di apportare questa prova per l'insieme delle prestazioni di queste specialità.

Pertanto il Dipartimento Federale dell'Interno (DFI) propone di equiparare queste specialità di Medicina Complementari e Alternative alle altre specialità mediche già rimborsate, facendo valere anche per esse il principio della fiducia e del rimborso delle prestazioni da parte dell'AOMS. Analogamente a quanto già avviene per le altre specialità, la verifica si limiterà a singole prestazioni controverse.
Le modalità di applicazione dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità alle Medicine Complementari e Alternative devono ancora essere precisate.
Il DFI e l'Ufficio Federale della Sanità Pubblica (UFSP) hanno informato le cerchie interessate della procedura prevista, invitandole a collaborare all'elaborazione dei criteri e dei processi.
Per adempiere in questo modo il mandato costituzionale, è necessario adeguare l'ordinanza sull'assicurazione malattie e l'ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La decisione in merito spetta rispettivamente al Consiglio Federale e al DFI in base alla propria competenza.

***

Iniezioni batteriche e radiofrequenza contro la cellulite

Da un farmaco biologico, approvato recentemente dalla Food and drug administation negli Stati Uniti per il trattamento della contrattura di dupuytren, patologia della mano che causa la flessione di una o più dita, la nuova speranza per sconfiggere la cellulite. Iniezioni dello stesso ritrovato, un enzima 'collagenasi' derivato dal batterio clostridium histolycum, migliorerebbero notevolmente lo stato della pelle a buccia di arancio perché il composto sembra sciogliere magicamente noduli, indurimenti e cuscinetti che rendono il tessuto visibilmente alterato. La nuova cura, ancora in fase 2 di sperimentazione, per il trattamento della cellulite è stata presentata al congresso dell'American society for aesthetic plastic surgery (Asaps) in corso a San Francisco. Il nuovo trattamento non è il solo, altre 2 metodiche rientrano fra le novità al vaglio degli specialisti. La prima è una nuova radiofrequenza, di tipo "selettivo", chiamata Vanquish RF, composta da un manipolo che sfiora la pelle scaldando solamente le cellule adipose e non la cute, inducendole all'apoptosi cioè alla morte. La seconda è un dispositivo medico (Cabochon), approvato dall'Fda per il miglioramento temporaneo della pelle a materasso localizzata su glutei e cosce. La metodica – annuncia l'Asaps – sarà lanciata nella seconda metà dell'anno.

***

Insieme in salute e malattia, ma non se si ammala la donna – I divorzi raddoppiano se è lei che sta male

Insieme in salute e malattia, ma non se a stare male è la donna. Le coppie nel giorno del matrimonio giurano di sostenersi reciprocamente per il resto della vita, ma soprattutto in quelle adulte i divorzi sono più frequenti in caso di malattia della donna. È quanto emerge da una ricerca dell'Università del Michigan presentata al meeting annuale della Population Association of America. I ricercatori hanno analizzato 20 anni di dati relativi a 2717 matrimoni raccolti dall'Istituto per la ricerca sociale dell'Università. Al momento della prima rilevazione almeno uno dei coniugi aveva 50 anni e l'attenzione degli studiosi si è focalizzata sul successivo insorgere di malattie gravi, come tumori, problemi cardiaci e respiratori. Dai risultati è emerso che, a fronte di un 31% di coppie che avevano divorziato, le donne risultavano doppiamente svantaggiate di fronte alla malattia: da una parte perché, a fronte del fatto che gli uomini si ammalavano di più, correvano maggiormente il rischio di rimanere vedove, dall'altra perché i divorzi raddoppiavano in caso di una loro malattia.
Sebbene lo studio non indaghi le ragioni per le quali quando sono le donne ad ammalarsi le relazioni tendono a rompersi la dottoressa Amelia Karraker e il suo team provano a ipotizzare una spiegazione. "Le aspettative sociali sul caregiving non mettono solitamente l'uomo di fronte al fatto di dover necessariamente prendersi cura della propria partner malata – spiega Karraker – in più, gli uomini divorziati anche se adulti hanno, per una sorta di squilibrio tra i generi, più chances di trovare una nuova compagna rispetto alle donne divorziate". "Non abbiamo informazioni su chi

abbia scelto di divorziare tra le coppie studiate – conclude – ma occorre tenere in mente che in alcuni casi è la donna a chiedere di interrompere la relazione.
Può darsi che si ammali, il marito non la accudisca come dovrebbe e lei preferisca lasciarlo andare via appoggiandosi ad altri familiari e agli amici".

***

Integratori, un mercato che non sente crisi

Crisi inesistente o quasi per il mercato degli integratori, che a marzo fanno registrare su base annua un aumento del 3,1% nelle confezioni vendute e del 4,2% nel fatturato. I dati arrivano dall'ultima rilevazione di Nielsen market track healthcare per Federsalus (la sigla di rappresentanza delle aziende di prodotti salutistici) e offrono parecchi motivi di ottimismo per le farmacie. Il canale, infatti, copre il 79,5% del mercato e si conferma il «luogo d'acquisto privilegiato» per chi consuma integratori. Seguono a debita distanza super e ipermercati (15,3%) e quindi le parafarmacie (5,1%), l'unico canale tra i tre che registra una flessione nei volumi (0,7%) senza però effetti sul fatturato (+1,1%).

***

Inventori del primo impianto cocleare finalisti dell'European Inventor Award

Sono stati annunciati dall'Ufficio europeo dei brevetti (EPO) i candidati per l'European Inventor Award di quest'anno. Tra i finalisti della categoria "Lifetime Achievement" ci sono anche Ingeborg ed Erwin Hochmair, gli scienziati fondatori della società MED-EL, che negli anni '70 hanno posto le basi per lo sviluppo del primo impianto cocleare micro-elettronico multicanale. "Lo sviluppo e il lancio del primo impianto cocleare micro-elettronico multicanale ha cambiato la vita di molte persone audiolese. Grazie a questo dispositivo high-tech e alla tecnologia di stimolazione elettrica su persone con ipoacusia da grave a gravissima viene data loro la possibilità di ascoltare nuovamente e condurre una vita normale". Questa la motivazione dell'Epo sulla nomina degli Hochmair. L'European Inventor Award premia ogni anno gli scienziati di tutto il mondo che contribuiscono in modo sostanziale al progresso tecnologico e alla crescita economica della società. Tra i vincitori delle passate edizioni nella categoria "Lifetime Achievement" ci sono il medico Martin Schadt per l'invenzione della tecnologia LCD e del virologo Erik De Clercq per il suo contributo alla terapia antivirale. La presentazione ufficiale del vincitore del premio è in programma il 17 giugno a Berlino, Germania.

***

L'Alzheimer? Lo "stana" un videogioco

Forse tra qualche tempo per diagnosticare l'Alzheimer e altre patologie neurodegenerative ci serviremo di un videogioco. L'idea, venuta a una startup americana, Akili Interactive Labs, con sede a Boston e San Francisco, ha già attirato l'attenzione di alcune multinazionali farmaceutiche, che finanzieranno il progetto. Lo studio su pazienti in età avanzata con Project:Evo, questo il nome del videogioco, ha preso il via a marzo.
Ma come funziona il gioco? La persona, muovendo il dispositivo, ideato per iPad e iPhone, indirizza un alieno che percorre un fiume, e allo stesso tempo deve premere sullo schermo in corrispondenza di pesci o uccelli. L'esercizio è stato messo a punto dal neuroscienziato dell'università di San Francisco Adam Gazzaley, e mette in moto quella che in neurologia si chiama "elaborazione di interferenza", una funzione che è tra le prime a venire meno in caso di problemi neurologici. «Abbiamo creato un prodotto che sembra un gioco di intrattenimento», spiega uno dei fondatori della compagnia, Eric Elenko, «ma che in realtà è basato sulla scienza. Il sistema raccoglie dati 30 volte al secondo mentre l'utente gioca e li analizza in tempo reale».

Oggi questa malattia che colpisce sempre più persone, complice anche l'allungamento della vita, viene diagnosticato con certezza solo con una Pet, un esame abbastanza caro, attraverso il quale si ricercano le placche amiloidi, accumuli di proteine che causano la malattia. Nel test sono stati reclutati cento pazienti, metà che hanno un alto grado di placche e metà con un basso grado, per verificare se questo influisce sui punteggi di gioco. «Se riusciamo a dimostrare che i risultati del gioco sono proporzionali alle placche avremo un metodo di diagnosi economico e preciso», sostiene Elenko.

***

L'autismo si sviluppa durante la gravidanza

Mentre in Italia si continua a discutere di presunti rapporti tra vaccini e autismo uno studio dell'università della California, pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, pare finalmente mettere fine in maniera incontrovertibile alla vicenda. Lo studio che ha analizzato venticinque geni del tessuto cerebrale di bambini con e senza autismo (l'esame è stato eseguito post-mortem) ha mostrato che la malattia potrebbe insorgere addirittura durante la gravidanza.
«La costruzione del cervello di un bambino durante la gravidanza è un processo che include la creazione di una corteccia con sei strati» spiega Eric Courchesne, tra gli autori dello studio. «Abbiamo scoperto la presenza di aree di sviluppo disgregato in questi strati corticali nella maggior parte dei bambini con autismo e abbiamo creato il primo modello tridimensionale delle zone del cervello in cui queste fasce della corteccia non sono riuscite a sviluppare normali stratificazioni cellulari». Durante la prima fase di sviluppo del cervello, ogni strato corticale sviluppa specifiche tipologie di cellule cerebrali, ciascuna con precisi modelli di connettività che svolgono ruoli unici e importanti nel trattamento delle informazioni. Come le cellule del cervello si sviluppano in specifici tipi in specifici strati con specifiche connessioni, acquisiscono una distinta e osservabile firma genetica. La ricerca ha scoperto che nei cervelli dei bambini con autismo questi marker genetici cruciali erano assenti nelle cellule cerebrali in più strati. «Questo difetto» precisa l'autore «indica che la fondamentale fase di sviluppo precoce per creare sei differenti strati con particolari tipi di cellule cerebrali, che inizia nella vita prenatale, è stata interrotta nel grembo». Le regioni cerebrali più colpite sono risultate la corteccia temporale e frontale.

***

L'insufficienza cardiaca si combatte con l'ottimismo

In chi ha più di 50 anni e tende a vedere sempre il bicchiere mezzo pieno, il rischio di soffrire di insufficienza cardiaca sarebbe decisamente più basso rispetto a quello dei loro coetanei più pessimisti.
Lo afferma uno studio statunitense apparso sulla rivista *Circulation*: Heart Failure che ha considerato i dati relativi a oltre 6.800 individui ultracinquantenni seguiti per circa quattro anni. Tra le persone più ottimiste i ricercatori hanno riscontrato una diminuzione della probabilità di ammalarsi di insufficienza cardiaca fino al 73 per cento più bassa.
L'atteggiamento più positivo verso la vita, secondo gli esperti, sarebbe associato ad abitudini più salutari e a un miglioramento delle funzioni fisiologiche.

***

L'ormone dell'appetito è un "antidepressivo naturale"

Il buon umore "vien mangiando": uno studio pubblicato sulla rivista *Molecular Psychiatry* svela le proprietà antidepressive dell'ormone dell'appetito, la grelina, lasciando intravedere lo sviluppo di nuovi farmaci contro la depressione. Coordinato da Jeffrey Zigman del UT Southwestern Medical Center in Usa, lo studio ha dimostrato su animali che la grelina agisce nel cervello, in particolare nell'ippocampo (centro della memoria con un ruolo chiave nella depressione), favorendo la generazione di nuovi neuroni (neurogenesi). La grelina è l'ormone che stimola l'appetito, viene prodotto

da stomaco e intestino ma è attivo anche nel cervello. Zigman in un precedente studio aveva scoperto che la grelina è un ottimo antidepressivo naturale, se somministrato ad animali. Nel nuovo lavoro Zigman ha scoperto che la grelina agisce nell'ippocampo stimolando la neurogenesi. Il processo di formazione di nuovi neuroni è alterato e ridotto – uno scoperta degli ultimi anni – in caso di depressione e quindi ripristinare il corretto equilibrio della neurogenesi è uno dei meccanismi cui si guarda con maggiore speranza nella corsa allo sviluppo di nuovi farmaci antidepressivi. Gli esperti Usa pensano che la grelina o molecole similari che stimolino la neurogenesi potrebbero avere un'azione antidepressiva e puntano a testare l'efficacia di una di queste molecole, chiamata P7C3, con attività neuroprotettive.

***

Lavorare di notte manda in tilt il ritmo dei geni

Quando il normale andamento del ciclo sonno-veglia viene stravolto da turni di lavoro notturni o da jet lag si altera anche la tempistica con cui alcuni geni vengono regolati, causando disturbi alla salute.
Lo afferma uno studio britannico pubblicato sulla rivista *PNAS*. La ricerca dà una spiegazione a livello molecolare del perché chi è costretto a fare turni di notte sembra avere, secondo alcuni studi, una maggiore probabilità di andare incontro a diabete, patologie cardiovascolari e cancro.
Gli esperti hanno seguito 22 persone passati da ritmi di vita tradizionali a quelli di lavoratori notturni e hanno riscontrato che, in questi casi, il 97 per cento dei geni, la cui attività segue normalmente un preciso andamento temporale durante la giornata, risultavano fuori sincronia.

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 7 giugno 2014

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
AMABILE ANNALISA	Via Emilia Levante, 57 – Bologna	328/92.24.138
AMICO ILARIA DOMENICA	Via Simoni, 4 – Bologna	328/29.46.678
BAICCHI FABIO	Via Suor Maria Giorgi,2 – Castiglione dei Pepoli	0534/91.175 - 392/82.36.882
BAIETTI IRENE	Via Mitelli, 22 – Bologna	051/36.47.11 - 333/40.95.093
BARBARESI UMBERTO	Via Pietro Lianori, 16 – Bologna	348/26.20.386
BARDASI GIULIA	Via Calindri, 62 – San Lazzaro di Savena	051/62.58.597 - 320/72.82.860
BARTOLI CRISTOPHER	Via IV Novembre, 2 – Tavullia (PV)	0721/47.65.30 - 328/69.11.432
BARTOLI ELENA	Via Mazzini, 41 – Bologna	340/57.11.491
BASCHIERI FRANCESCA	Via Agnesi, 1 – Bologna	051/34.21.27 - 333/87.03.330
BERTOLDO GAIA	Via Goito – Bologna	349/35.98.668
BETTI MONIA	Via Bazzino, 2/b – Mordano	0542/52.379 - 348/82.49.838
BETTINZOLI MARIANNA	Via Batissti, 74 – Bovezzo	338/69.39.159
BUGANI GIULIA	Via A.Costa, 14 – Ozzano Emilia	051/79.97.89 - 340/66.60.553
BULDINI VIRGINIA	Via C. Sarti, 9 – Mezzolara di Budrio	333/32.51.891
CAMELA FEDERICA	Via F.Malaguti, 1/6 – Bologna	333/83.35.650
CARDAMONE CARLA	Via Mascarella, 62 – Bologna	349/43.23.479
CASTIELLO EMANUELA	Via De' Gombruti, 3 – Bologna	328/13.61.422
CECCARONI YURI	Via Primodì, 10 – Bologna	333/98.50.722
CHIARO GIACOMO	Via Saragozza, 189/3 – Bologna	051/61.48.242 - 340/26.12.205
CIMAGLIA PAOLO	Via Neri, 3 – Imola	0542/69.05.90 - 333/16.46.188
CIMINELLI FEDERICA	Via Guerrazzi, 14 – Bologna	333/37.50.904
CIPRESSI CHIARA		340/48.34.808
CONGIU ERMINIA	Via Duse, 16 – Bologna	349/53.19.078
CONTADINI ILARIA	Via Primodì, 10 – Bologna	333/34.92.327
CONTARINO GIUSEPPE	Via Campa, 12 – Grizzana Morandi	051/91.70.99 - 345/57.80.045
CORETTI BRUNELLA	Via delle Lame, 4 – Bologna	347/91.56.545
CORSINI ANNA	Via Capuana, 19 – Bologna	051/56.51.45 - 340/54.43.419
CRISTINO SIMONA	Via Guelfa, 34 – Bologna	328/53.62.213
CUCU SILVIA	Via de Carracci, 2/5 – Bologna	380/79.39.244
D'ADAMO ANTONIO	Via Genova, 2/4 – Bologna	340/91.58.482
DAMIANO DAVIDE	Via Genova, 3 – Bologna	328/70.55.760
DE BERARDINIS GIULIA	Via Duca D'Aosta, 29 – Alba Adriatica	339/50.77.298 - 0861/75.12.00
DEL PRETE CHIARA	Via Fontanina – Bologna	320/02.87.751
DEMURTAS SAUDINA	Via L.Toso Montanari, 20 – Bologna	329/63.37.930
DI CIOMMO MARIA LUISA	Via Chiudare, 3 – Bologna	347/23.03.113
DIGAETANO MARGHERITA	Via S.Isaia, 6/6 – Bologna	340/86.29.712
EL KHOUZAI BADR	Via P.Vizzani, 37 – Bologna	389/65.61.895
FABBRI VISCARDO PAOLO	Via Lamponi, 13 – Bologna	051/44.02.67 - 320/87.07.746
FALCHIERI FRANCESCA	Via Goethe, 7 – Bologna	051/58.82.115 - 328/76.58.590
FINI GRETA	Via Marana, 11/2 – Castenaso	051/76.78.34 - 334/34.47.420
FORESTIERE GIORGIA	Via Piemonte, 2 – Bologna	051/98.43.663 - 349/34.31.614
GALLETTI LISA	Via Lodi, 2 – S.Giovanni in Persiceto	051/82.66.67 - 348/90.45.837
GHEDINI SILVIA	Via Yuri Gagarin, 26 – Sasso Marconi	051/84.50.84 - 333/96.88.366
GIORGETTA FRANCESCA	Via Mascarella, 62 – Bologna	327/42.78.174
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	346/94.79.582 - 345/34.34.676
GRAZIANO DANIELE	Via S.Pertini, 1 – Ozzano dell'Emilia	051/79.63.58 - 333/74.94.082
GUAGLIANONE ARGENTINA	Via Vallescura, 5/3 – Bologna	346/81.32.301
GUALANO CHIARA	Via C.Cattaneo, 1 / 2 – Bologna	349/87.13.430
HYSTUNA VALMIRA	Via G. di Vittorio, 12 – Minerbio	340/15.21.550
HOXHA ERISELDA	Via Vizzani, 78 -. Bologna	320/64.27.021
IMBRIACO CHIARA	Via Masina, 18 – S.Giorgio di Piano	051/89.34.02 - 333/21.61.151
IMBRIACO GRAZIA	Via Massarenti, 199 – Bologna	333/70.97.815
ISMAIL YASMIN SARA	Via Mazzini, 9 – Bologna	051/30.88.19 - 329/31.53.054
LAMBERTINI MARTINA	Via Martiri di Pizzocalvo, 89 – S.Lazzaro di Savena	051/62.52.209 - 348/88.13.162
LONETTI CARLO	Via Massarenti, 114 – Bologna	340/30.09.554
LONGHI FRANCESCA	Via Beniamino Gigli, 27 – Bologna	051/62.38.131 - 393/14.62.114
LO PREIATO VALENTINA	Via della Resistenza, 17 – Casalecchio di Reno	347/01.50.197 - 051/59.26.59
LO RE GIOVANNA	Via G.Toselli, 34/a – S.Vito dei Normanni	328/26.16.817
LUCASSEN TESS	Via Cogne, 6/M – Imola	328/01.36.641
MARKO TEDI	Via Achillini, 4 – Bologna	320/30.88.786
MARINO MARIALUISA	Via Valtiera, 2 – Calderara di Reno	349/67.60.481
MATTEI FRANCESCA	Via Panigale, 6 – Bologna	340/16.04.074
MAZZETTI SARA	Via Martiri di Piazza Fontana, 24 – Casalecchio di Reno	328/46.68.691
MEJA LARA ELSY DE JESUS	Via degli Ortolani, 37 – Bologna	393/98.96.516

MONARI FRANCESCO	Via degli Orti, 38 – Bologna	320/64.42.518
MONTEFIORI MICHELA	Via Pagnina, 10/a – Mordano	348/09.31.664
MURARIU IOANA ADINA	Via E.Rizzoli, 3 – Granarolo dell'Emilia	348/91.48.155
NERI GIAN PAOLO	Via L.da Vinci, 16 – Bologna	333/67.05.140
NUVOLA GIACOMO	Via Zaccherini Alvisi, 7 – Bologna	380/39.24.972
ODALDI FEDERICA	Cà Odaldi, 65 – Savignano	349/45.80.338
PADOVANO ILARIA	Via Carpaccio, 6 – Bologna	340/09.55.106
PALAIA VINCENZO	Via G.Massarenti, 43 – Bologna	340/66.86.310
PALMISANI ROSA	Via Camillo Oblach, 2 – Bologna	051/62.38.417 - 328/91.80.651
PALO STEFANO	Via Massarenti, 221 – Bologna	393/48.25.681
PIACENTINI MICOL	Via F.Schiassi, 28 – Bologna	051/19.98.47.95 - 333/32.91.186
PINOTTI ELETTRA	Via del Lavoro, 34/13 – Casalecchio di Reno	051/59.08.86 - 328/02.85.161
PORTUNATO ALESSANDRO	Via Mazzini, 82 – Bologna	328/42.13.573
RABBI LORENZO	Via Nuova, 3 – Bologna	339/41.25.121
RAVALDI ELISA	Via Fluno. 118 – Mordano	0542/52.279 - 339/80.63.339
RAVENNATI FRANCESCA	Via Sant'Andrea, 14 – Ozzano Emilia	051/03.61.193 - 333/85.43.195
RICCI MATTEO	Via G.Massarenti, 93 – Bologna	051/39.88.65 - 347/32.22.159
ROCCA ALESSANDRO	Via L. Bertelli, 7 – S.Lazzaro di Savena	051/45.17.57 - 329/12.99.674
SALFI RAFFAELE	Via Sant'Andrea, 14 – Ozzano dell'Emilia	051/03.61.193 - 333/85.12.798
SAVORANI MICAELA	Via Mazzini, 54 – Bologna	339/74.76.052
SCAGLIARINI NOEMI	Via Alfieri, 27/b	338/94.08.962
SCORZONI RAFFAELLA	Via Ferrarese, 10/2 – Bologna	051/35.25.51 - 340/39.36.916
SHEHU ALBA	Via Gemito, 7 – Bologna	320/96.49.062
SORAVIA ELENA	Via A.Gaudenzi, 9 – Bologna	340/25.10.388
STEFANI GIULIA	Via S.Stefano, 47 – Bologna	338/45.23.888
TABARRONI ANTONINI GIORGIO	Via Filippo Schiassi, 16 – Bologna	333/48.09.829
TERRANOVA SIMONA	Via Sant'Andrea, 12 – Ozzano Emilia	051/65.11.117 - 340/91.55.631
TRAPPOLI ANGELA	Strada Maggiore, 80 – Bologna	051/58.83.574 - 338/19.44.007
TURRINI ALESSANDRA	Via Fiorita, 12 – Bologna	051/49.07.06 - 340/14.84.405
UBIALI ANDREA	Via Mascarella, 42 – Bologna	347/37.61.653
USSIA ALESSANDRO	Via Strada Maggiore, 51 – Bologna	051/03.94.442 - 348/51.13.672
VACIRCA ANDREA	Via D'Azeglio,96 – Bologna	051/58.48.23 - 348/04.55.374
VAISFELD ALESSANDRO	Via Nosadella, 45 – Bologna	338/46.06.516
VALLI VITORIO	Via S.Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23
VERONESE GIACOMO	Via Poggiaccio, 83 – Dozza	0542/67.32.61 - 333/65.55.528
VERRI FILIPPO	Via P.Neruda, 17 – Bologna	340/34.82.385
VIRGILI GIULIO	Via G.Albini, 3 – Bologna	331/31.70.127
VITA MICHELA	Via Pascoli, 2 – Bologna	328/13.21.089
VITALE MASSIMO DANILO FABIO	Via Fossolo, 32 – Bologna	051/34.34.36 - 334/89.67.301
ZAGNI ELISA	Via Bertalia, 39 – Bologna	051/63.51.062 - 348/21.22.719
ZANETTI ISABELLA	Via Porrettana, 12 – Bologna	051/43.67.54 - 340/29.84.424

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
BANCHELLI ISABELLA	ANATOMIA PATOLOGICA	347/09.40.768
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16 - 340/85.50.870
CANELLA PIERO	Ortopedia e Traumatologia	
Fisioterapia	338/14.06.026	
CONTI LETIZIA	Pediatria	328/95.82.902
DE CRISTOFARO ENRICO	Pediatria	348/38.20.746
DI LIETO CRISTIANA	Otorinolaringoiatria	338/23.15.557
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
FORLANI GIULIA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	333/98.85.260
GALLI ALESSANDRO	Odontoiatra	0763/34.43.10 - 320/71.31.656
IMBRIACO GRAZIA	Medicina Interna	333/70.97.815
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente	
	Corso di formazione in medicina generale	051/44.32.41 - 339/48.19.676
PAOLUCCI ALESSANDRO	Odontoiatra	328/00.21.077
PICCOLI LIDA	Chirurgia Generale	0721/82.33.30 - 347/59.17.472
PIETROBELLO MARIA VITTORIA	Neuropsichiatria Infantile	333/48.69.552
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

SEMINARI della SCUOLA di SPECIALIZZAZIONE in REUMATOLOGIA - BOLOGNA

19 Giugno - 30 Ottobre 2014

Aula A - Pad. 2 Albertoni - A.O.U. Policlinico S. Orsola - Malpighi - ore 16.00-18.00

GIOVEDÌ 19 GIUGNO 2014
INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEGLI OBIETTIVI FORMATIVI DEL CORSO
Dott.ssa Nazzarena Malavolta
IPF O CTD? RUOLO DELL'IMAGING
Prof. Maurizio Zompatori
Le domande della platea: lo specialista risponde
Moderatori: Nazzarena Malavolta, Riccardo Meliconi

GIOVEDÌ 26 GIUGNO 2014
SICUREZZA D'IMPIEGO DEI FARMACI BIOLOGICI IN REUMATOLOGIA: RISCHIO TUBERCOLARE, INFETTIVO E NEOPLASTICO
Prof. Fabrizio Cantini
Le domande della platea: lo specialista risponde
Moderatori: Nazzarena Malavolta, Riccardo Meliconi

GIOVEDÌ 3 LUGLIO 2014
LA SINDROME IGG4
Prof. Carlo Salvarani
Le domande della platea: lo specialista risponde
Moderatori: Nazzarena Malavolta, Riccardo Meliconi

GIOVEDÌ 11 SETTEMBRE 2014
VITAMINA D E MALATTIE REUMATICHE
Prof. Maurizio Rossini
Le domande della platea: lo specialista risponde
Moderatori: Nazzarena Malavolta, Riccardo Meliconi

GIOVEDÌ 18 SETTEMBRE 2014
IL DOLORE: DA DOVE PARTIAMO?
Prof.ssa Patrizia Romualdi
Le domande della platea: lo specialista risponde
Moderatori: Nazzarena Malavolta, Riccardo Meliconi

GIOVEDÌ 25 SETTEMBRE 2014
UPDATE SULLE SPONDILOARTRITI
Prof. Antonio Marchesoni
Le domande della platea: lo specialista risponde
Moderatori: Nazzarena Malavolta, Riccardo Meliconi

GIOVEDÌ 9 OTTOBRE 2014
DOLORE CRONICO IN REUMATOLOGIA: MODALITÀ DI TRATTAMENTO
Prof. Piercarlo Sarzi Puttini
Le domande della platea: lo specialista risponde
Moderatori: Nazzarena Malavolta, Riccardo Meliconi

GIOVEDÌ 16 OTTOBRE 2014
IL RUOLO DELLA RM IN REUMATOLOGIA: ISTRUZIONI PER L'USO
Prof. Marco Cimmino
Le domande della platea: lo specialista risponde
Moderatori: Nazzarena Malavolta, Riccardo Meliconi

GIOVEDÌ 30 OTTOBRE 2014
MALATTIE AUTOINFIAMMATORIE: A CHE PUNTO SIAMO?
Prof. Luca Cantarini
Le domande della platea: lo specialista risponde
Moderatori: Nazzarena Malavolta, Riccardo Meliconi

Conclusioni e compilazione del questionario di apprendimento ECM
Dott.ssa Nazzarena Malavolta

SEDE DEL CORSO
Aula A - Pad. 2 Albertoni
A.O. Universitaria Policlinico S.Orsola - Malpighi - Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna
(Si consiglia l'entrata da Via Albertoni 15 o da Via P. Palagi)
ISCRIZIONE
La partecipazione ai Seminari è gratuita e comprende kit congressuale e attestato di partecipazione.
ATTESTATO DI FREQUENZA
Verrà rilasciato al termine di ogni incontro.
RESPONSABILE SCIENTIFICO
Dott.ssa Nazzarena Malavolta
U.O.S. di Reumatologia - U.O. di Medicina Interna - Dipartimento di Medicina Interna, dell'Invecchiamento e Malattie Nefrologiche
A.O. Universitaria Policlinico S.Orsola - Malpighi - Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna
e-mail:nazzarena.malavolta@aosp.bo.it
SEGRETERIA SCIENTIFICA
Dott.ssa Elisa Rossi
Dott.ssa Gentiana Vukatana
U.O.S. di Reumatologia - U.O. di Medicina Interna - A.O. Universitaria Policlinico S.Orsola - Malpighi - Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
I&C srl - Via Andrea Costa, 202/6 - 40134 Bologna - Tel. 051.614.4004 - Fax 051.614.2772
e-mail: chiara.cilione@iec-srl.it
web: www.iec-srl.it
ECM
Provider per l'accreditamento
I&C srl - N. 1740 - ID 95714
I&C srl si assume ogni responsabilità per i

contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività ECM. I Seminari sono stati accreditati come unico Corso; il rilascio dell'attestato E.C.M. è vincolato alla effettiva presenza del partecipante a tutti i 9 Seminari. L'evento verrà accreditato per la figura professionale del Medico-Chirurgo e del Biologo.
Discipline accreditate: Reumatologia, Medicina Generale (Medici di Famiglia), Ortopedia e Traumatologia, Medicina Interna, Radiodiagnostica, Allergologia e Immunologia Clinica, Neurologia, Geriatria, Endocrinologia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia), Pediatria (Pediatri di libera scelta), Nefrologia, Oftalmologia, Malattie dell'apparato Respiratorio, Biochimica Clinica, Farmacologia e Tossicologia Clinica.
Solo i partecipanti afferenti alle discipline indicate avranno diritto ai crediti formativi
Posti disponibili: 35

METODO DI VERIFICA
Questionario a risposta multipla con performance minima del 75% di risposte corrette. L'acquisizione dei crediti è subordinata allo svolgimento di tutti i questionari ed alla partecipazione obbligatoria al 100% delle attività formative.
Crediti assegnati: 20,03

ECOGRAFIA BEDSIDE

24 marzo 2014 - Aula Magna Ospedale Maggiore di Bologna - Largo B. Nigrisoli 2 - 40133 Bologna

Il 24 marzo 2014 presso l'Aula Magna dell'Ospedale Maggiore di Bologna si è tenuto il corso di "Ecogafia Bedside", organizzato dal Centro di Ecografia Internistica, Interventistica e Vascolare della Medicina Interna A. Il corso ha visto la massima partecipazione con 100 iscritti provenienti da tutta Italia, che hanno seguito le lezioni con grande interesse.
Il Corso ha avuto lo scopo di trasmettere le informazioni necessarie ad integrare gli elementi semeiologici tradizionali della visita al letto del malato, con reperti ecografici essenziali a livello della patologia del collo (linfadenopatia, nodulo tiroideo, ...), del torace (versamento pleurico, versamento pericardico, addensamento polmonare, scompenso cardiaco, ...), dell'addome (masse palpabili e versamenti, colica biliare e renale, aneurisma AA, ostruzione intestinale, ...) e degli arti inferiori (anasarca, trombosi venosa profonda, ...). Tutti i quattro argomenti sono stati preceduti da una lettura di tipo clinico generale a cui sono succedute le lezioni di tipo tecnico ecografico.
È stato, inoltre, illustrato l'"how to do" delle principali manovre interventistiche ecoguidate al letto del malato, quali la toracentesi e la paracentesi.
Il Corso non si proponeva di insegnare l'ecografia diagnostica di II° e III° livello, bensì di permettere, oltre all'integrazione del dato clinico col reperto ecografico, anche un migliore inquadramento del malato per intensità di cura ed una più appropriata definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

ECOGRAFIA CLINICA

25-26-27 marzo 2014 - Aula Magna Ospedale Maggiore - Largo B. Nigrisoli 2 - Bologna

Dal 25 al 27 marzo 2014 si è svolto presso l'Ospedale Maggiore di Bologna il Corso di Ecografia Clinica. Il Corso, organizzato dal Centro di Ricerca e Formazione in Ecografia della Medicina Interna A (V. Arienti) dell'Ospedale Maggiore, si tiene tutti gli anni ed è giunto alla quindicesima edizione, che ha visto un grande successo di pubblico.
Al corso hanno partecipato 90 discenti con estrazione internistica, chirurgica, geriatrica, gastroenterologica e di medicina generale, provenienti da tutte le regioni di Italia.
Il corso è eminentemente di "base", ed è costituito sia da lezioni frontali che da esercitazioni con apparecchiature. Sono stati trattati la tecnica di esecuzione dell'indagine ecografica, la semeiotica normale e patologica di vari organi e apparati dell'addome superiore ed inferiore, del torace, della tiroide e vascolare. Gli argomenti includevano l'integrazione dei dati morfologici con quelli clinico-laboratoristici-strumentali, il ruolo dell'ecografia nelle varie patologie, l'accuratezza diagnostica della metodica ed il confronto con le altre tecniche di indagine.
Nei pomeriggi, i discenti sono stati suddivisi in piccoli gruppi e hanno eseguito le esercitazioni pratiche di esami ecografici assistititi dai docenti-tutor presso le sale del Centro di Ecografia.
Il corso di Ecografia Clinica costituisce parte teorica integrativa degli stage teorico-pratici organizzati dal Centro di Ecografia della Medicina Interna A dell'Ospedale Maggiore, sede di Scuola di Formazione (www.ecografiabologna.org).

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

Pietramellara-Stazione centrale affitto a colleghi studio medico ristrutturato a nuovo: attesa, bagno, 3 camere: 900 euro al mese. Primo piano con ascensore. Garage pubblico sottostante. Tell. 051/440376 ore ufficio 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.

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

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

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

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

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

Cedesi attività e contratto di affitto (modico) di studio odontoiatrico autorizzato, attrezzato ed operativo da più di 30 anni in provincia di Bologna. È sufficiente semplice subentro. Possibilità di parcheggio privato e pubblico. Due unità operative + laboratorio per riparazioni semplici. Telefonare per visione al: 366/2784778.

Per mancanza di tempo cerco Collega gui affidare la parziale gestione di ambulatorio (presidio) odontoiatrico situato nelle immediate vicinanze di Imola. Una postazione operativa ed una eventuale seconda già predisposta. Sala sterilizzazione separata e attrezzata, radiografico. Locale laboratorio comunicante. Avviamento trentennale, vasta clientela, fatturazione dimostrabile. Ottima occasione per giovani colleghi che intendono esercitare la professione autonomamente. Per info e contatti scrivere al rl.acosta@libero.it

Causa pensionamento, cedesi studio dentistico provincia di Bologna con avviamento trentennale. Piano terra, entrata indipendente, composto di 2 unità operative, sala sterilizzazione, sala attesa, tutto a norma di legge. Tel. 335/7055709.

Affittasi un negozio di mq 15 in via Massarenti 87, in prossimità del policlinico S. Orsola e n. 2 box auto coperti, uno di mq 19 ed uno di mq 14, per brevi periodi o per periodi più lunghi con contratto registrato, in via Pizzardi a poche centi-

naia di metri dal padiglione n. 1 del Policlinico S. Sorsola-Malpighi e del Poliambulatorio Mengoli dell'Asl di Bologna. Per info tel. 051/306551 o 329/9786342.

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

Studio medico-odontoiatrico, sito in via Lame (entro porta), affitta stanze arredate con servizi a medici, odontoiatri ed operatori sanitari. prezzo molto interessante. Per informazioni tel. 347-2315927

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

In zona Mazzini, servita da mezzi pubblici, facilmente raggiungibile anche da fuori Bologna, studio medico fronte strada piano terra con accesso facilitato per anziani/disabili, dotato di tutti i comfort, affitta a medici specializzati, a mezze giornate e/o giornate intere, stanza arredata con sala d'attesa e servizi in comune con altri due colleghi. Per informazioni cell. 335/8026546.

Poliambulatorio privato accreditato cerca medico esperto in ecografie anche vie urinarie e gastrointeriche neonati. Se interessati chiamate al n. 348/2288141.

Affittasi ambulatorio medico in ottime condizioni e finiture all'interno di poliambulatorio aperto al pubblico dalle h 9.00 alle 19.00 (orario continuato). Possibilità di servizio di segreteria inlcuso. Ubicato a Bologna centro di fronte alla stazione ferroviaria C.le: facile accessibilità sia per il parcheggio, sia per le varie linee Bus+ (autostazione a 5 min. a piedi) per info tel. 051/253228-051/241928.

Norme editoriali

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

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

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

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

Annunci: testo di massimo 500 battute

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

AMMI ONLUS
ASSOCIAZIONE MALATI MENIÈRE INSIEME

Centro di Ascolto di Bologna

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

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

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

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

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

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

WELEDA
Dal 1921

100% naturali certificati

Linea Igiene Orale

Gli alleati naturali del tuo sorriso

Privi di tensioattivi, quindi non schiumogeni, sono formulati con pure sostanze naturali nel pieno rispetto della flora orale. Sostengono la vitalità di denti e gengive e puliscono efficacemente senza aggredire lo smalto dei denti.

Gel Dentifricio Vegetale - Ideale per gengive irritate.
Dentifricio Salino - Protegge contro tartaro e placca. Rinfresca l'alito.
Pasta Dentifricia alla Ratania - Tonifica e rinforza le gengive delicate e sensibili.
Pasta Dentifricia alla Calendula - Priva di mentolo.
Collutorio alla Ratania - Mantiene sano il cavo orale.
Balsamo Gengivale - Indicato per tutti i fastidi gengivali. Ideale anche per lenire i fastidi della dentizione del bambino.
Gel Dentifricio per Bambini - Protegge contro le carie. Specifico per denti da latte.

In accordo con uomo e natura.

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