Bollettino Notiziario

Anno XLV - N° 8 Agosto 2014

Rete Sostenibilità e Salute

Rete Sostenibilità e Salute: ecco la "Carta di Bologna"

IN QUESTO NUMERO

- **Rete Sostenibilità e Salute: ecco la "Carta di Bologna"**, pag. 3
- **Censis: la Sanità non è uguale per tutti. Liste d'attesa lunghissime e cure a pagamento per chi può**, pag. 6
- **Presentata la Relazione 2013 del Garante per la protezione dei dati personali**, pag. 8
- **Class action quota B Enpam**, pag. 11

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

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

SANITÀ

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

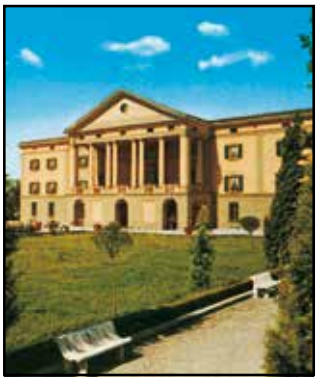
UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

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 Luglio 2014
è stato consegnato in posta
il giorno 26/6/2014

SOMMARIO

ANNO XLV - AGOSTO 2014 N° 8

ARTICOLI

Rete Sostenibilità e Salute: ecco la "Carta di Bologna" • 3

Censis: la Sanità non è uguale per tutti. Liste d'attesa lunghissime e cure a pagamento per chi può • 6

Presentata la Relazione 2013 del Garante per la protezione dei dati personali • 8

Class action quota B Enpam • 11

NOTIZIE

Dalla pagina 12 alla 28

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 29

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 30

PICCOLI ANNUNCI • 31

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

www.odmbologna.it

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario
Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere
Dott. VITTORIO LODI

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

Consiglieri Odontoiatri
Dott. ANDREA DUGATO
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

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

Collegio dei Revisori dei Conti

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

Rete Sostenibilità e Salute: ecco la "Carta di Bologna"

Nuovi modelli anti-crisi: nasce in Italia la Rete "Sostenibilità e Salute"

Mentre in Grecia si avvia al termine dei lavori la 3ª conferenza internazionale "Health Economics", ventuno organizzazioni no profit italiane **si uniscono in una Rete di coordinamento per affermare, tramite la sottoscrizione della "Carta di Bologna", un modello differente di salute e sanità, "realmente" sostenibile.**

"*In questi giorni ad Atene* – ha dichiarato **Jean Louis Aillon,** portavoce della neonata **Rete Sostenibilità e Salute** – *si è parlato molto di come migliorare i sistemi sanitari, intervenendo sugli standard di qualità, attraverso valutazioni economiche volte a promuovere una maggiore efficienza finalizzata a risparmi di tipo economico. Il nostro punto di vista è nettamente differente: non è possibile pensare al miglioramento della sanità, che drena una parte davvero significativa delle risorse dello Stato e delle Regioni, senza prendere in considerazione il discorso della sostenibilità, in un'ottica più ampia e di lungo periodo. Non può, infatti, esistere nessun Servizio Sanitario Nazionale economicamente sostenibile in un mondo che è di fatto ecologicamente insostenibile*", ha concluso Aillon.

Il modello della crescita economica senza limiti ha i giorni contati, **non è più sostenibile dal punto di vista sociale e ambientale, e non è in grado di assicurare la tutela della salute dei cittadini,** in quanto questo processo va a minare la qualità dell'ambiente e quei fattori socio-culturali da cui la salute dipende, arrivando oggigiorno a minacciare gli equilibri stessi della vita sul pianeta. I cambiamenti climatici comportano rischi concreti per la salute umana, afferma **Samuel Myers della Harvard Medical School**, e i loro effetti indiretti metteranno a rischio la qualità della vita di centinaia di milioni di persone, **generando costi enormi per i Sistemi Sanitari pubblici**[1]. Dall'altra parte il **New England Journal of Medicine** indica con chiarezza il percorso da intraprendere: "*perché le popolazioni vivano in maniera sostenibile e in buona salute nel lungo periodo, il settore sanitario* – afferma l'autorevole rivista – *deve rimodellare il modo in cui le società umane pianificano, costruiscono, spostano, producono, consumano, condividono e generano energia*"[2].

Recenti studi confermano che su 2.500 prestazioni sanitarie supportate da buone evidenze scientifiche **solo il 46% è sicuramente utile** e il 4% è giudicato dannoso[3], e che **chi vive in regioni ad alta intensità prescrittiva sperimenta livelli di sopravvivenza peggiori** di chi vive in regioni a bassa intensità prescrittiva[4].

Occorrono secondo la Rete Sostenibilità e Salute **una cultura e una società non basate esclusivamente sul paradigma economico del profitto** e dell'efficienza fine a se stessa, e in grado di superare le disuguaglianze e favorire l'affermazione del diritto alla salute di tutti i cittadini e cittadine. Oggi più che mai, infatti, "curare" significa prendersi cura del pianeta su cui viviamo.

Su questi presupposti è stata sottoscritta la **"Carta di Bologna per la Sostenibilità e la Salute"**[5], che formalizza la nascita della **"Rete Sostenibilità e Salute"**, composta inizialmente da ventuno associazioni attive da tempo nell'ambito della salute, che hanno deciso di unirsi per coordinare i propri sforzi su tutto il territorio nazionale.

"*Nell'ottica della sostenibilità*, spiega Aillon, *i modelli di salute, sanità e cura devono porre al centro la persona, privilegiando l'attenzione al paziente. Integrazione tra saperi, interazione dei professionisti e delle organizzazioni, e importanza delle sinergie con le medicine tradizionali e non convenzionali, sono parole chiave importantissime. È indispensabile* – ha

[1] Myers, S.S. and Bernstein, A. (2011) 'The Coming Health Crisis: Indirect Effects of Global Climate Change', *F1000 Biol Rep*, 3(1):3.

[2] McMichael, A.J. (2013) 'Globalization, Climate Change, and Human Health', *N Engl J Med*, 368:1335-43.

[3] Garrow, J.S. (2007) 'How much of orthodox medicine is evidence based?', BMJ, 335(7627), 951-951.

[4] Wennberg, J.E. (2011) 'Time to tackle unwarranted variations in practice', BMJ, 342.

[5] Per maggiori informazioni si veda il documento integrale allegato, disponibile anche a questo indirizzo: http://www.sostenibilitaesalute.org/?page_id=2

concluso Aillon – *che il Servizio Sanitario Nazionale*, basato sulla prevenzione e sull'assistenza primaria, *resti una risorsa per tutti, senza diseguaglianze di accesso, indipendente dalle influenze del mercato, sulla base di un sistema che valuti i risultati in termini di 'produzione di salute' e non solo di numero di prestazioni sanitarie erogate*".
La Carta di Bologna – nello spirito dei fondatori della Rete – è un nuovo strumento nelle mani della cittadinanza, dei decisori della politica e degli operatori della salute che ne condividono gli intenti.

Media relation Rete Sostenibilità e Salute
- **Portavoce:** Dott. Jean-Louis Aillon
E-mail rete@sostenibilitaesalute.org
Cell: 3287663652
Skype: jeanlouisaillon
- **Sito:** www.sostenibilitaesalute.org
- **Pagina Facebook Rete Sostenibilità e Salute** https://www.facebook.com/pages/Rete-Sostenibilit%C3%A0-e-Salute/1489500497945003
- **Evento Facebook Lancio della Carta di Bologna** https://www.facebook.com/events/1436428139955578/?context=create&ref_dashboard_filter=upcoming&source=49
- **Video spot della rete** https://www.youtube.com/watch?v=4k3NMskMKVY
- **Firma della Carta di Bologna** https://www.youtube.com/watch?v=NfJQkQilrLc
- **Presentazione della Carta di Bologna** https://www.youtube.com/watch?v=hyke-OUTW68

CARTA DI BOLOGNA PER LA SOSTENIBILITÀ E LA SALUTE

PREMESSA

L'attuale modello di sviluppo, fondato su una crescita illimitata e indiscriminata dell'economia, senza attenzione all'equa redistribuzione della ricchezza e ai diritti delle persone, non è sostenibile dal punto di vista economico, sociale e ambientale, ma soprattutto non è in grado di assicurare la piena tutela della salute delle generazioni presenti e future.

Le Associazioni costitutive della RETE SOSTENIBILITÀ E SALUTE condividono e sottoscrivono quanto segue:

1. Per proteggere, promuovere e tutelare la salute non è sufficiente occuparsi di servizi sanitari ma occorre, soprattutto, dar valore ed agire sui determinanti ambientali, socio-economici e culturali che influenzano la salute, nonché costruire un modello culturale, economico e sociale alternativo a quello in atto, non basato sulla crescita economica fine a se stessa.
2. La salute è intesa non solo come diritto da tutelare, ma anche come bene comune, di cui prendersi cura in modo attivo, attraverso la partecipazione responsabile e diretta delle persone e delle comunità anche nella definizione e nell'attuazione delle politiche.
3. I modelli di salute, sanità e cura devono porre al centro la Persona in continuo rapporto con il circostante ambiente fisico e relazionale. Devono favorire le capacità di resilienza, partecipazione e autodeterminazione dell'individuo e della collettività adottando un approccio che privilegi la cura del paziente piuttosto che della malattia e l'attenzione alla salutogenesi e ai determinanti della salute, piuttosto che alla patologia.
4. I temi della salute e della sanità devono essere affrontati attraverso un approccio sistemico, in modo da favorire l'interazione dei saperi, dei professionisti e delle organizzazioni. In questo contesto si sottolinea l'importanza dello sviluppare dialogo e sinergie tra la Biomedicina e le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali.
5. È necessario contrastare la diffusione di prestazioni sanitarie prescritte in modo inappropriato; riconoscere i limiti della medicina e della scienza in generale, evitare il luogo comune secondo il quale per migliorare la salute fare di più significa fare meglio, impedire la medicalizzazione della salute e l'invenzione di false malattie a scopo di profitto.
6. Occorre sostenere la lotta alle frodi, alla corruzione e smascherare e combattere i con-

flitti d'interesse. È necessario favorire la completa indipendenza e trasparenza del sistema sanitario e del mondo della ricerca rispetto agli interessi del mercato e dell'industria, in particolare per quanto riguarda la diffusione e il commercio di farmaci, dispositivi medici e tecnologie sanitarie.

7. Si devono adottare forme di organizzazione e di gestione dei servizi sanitari basate sull'assistenza primaria e sull'integrazione con i servizi, le reti sociali e il volontariato, promuovendo il sistema di tutele e garanzie di comunità.

8. Per realizzare pienamente il dettato dell'articolo 32 della Costituzione e i contenuti della Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è indispensabile che il SSN resti universalistico e sia adeguatamente finanziato attraverso la fiscalità generale e progressiva, al fine di rimuovere le diseguaglianze di accesso. Il finanziamento deve basarsi su un sistema che valuti i risultati in termini di salute e non la sola produzione di prestazioni. Di conseguenza occorre modificare i criteri di scelta dei Livelli Essenziali di Assistenza e di pagamento a prestazione.

Tenuto conto di quanto sopra esposto, le Associazioni firmatarie e fondatrici della RETE SOSTENIBILITÀ E SALUTE s'impegnano a:

a) Avviare un percorso di reciproca conoscenza, confronto e collaborazione riguardo ai temi attinenti alla salute, ai suoi determinanti e alla sostenibilità.

b) Sviluppare possibili sinergie, coerenti con quanto sopra enunciato, in modo da avvalersi dei contributi relativi agli specifici interessi perseguiti da ciascuna associazione, quali, ad esempio, l'avvio di progetti comuni di buone pratiche in ambito di ricerca, formazione, cura e cambiamento culturale.

c) Organizzare eventi di reciproco interesse.

d) Promuovere e attivamente patrocinare specifiche azioni volte a sensibilizzare e coinvolgere verso i temi di una salute sostenibile le istituzioni nazionali e sovranazionali.

e) Favorire lo scambio d'informazioni, esperienze e documenti tra i soci delle rispettive Associazioni.

f) Costruire una Rete, denominata "Sostenibilità e Salute", al fine di attuare quanto sopra esposto.

Bologna, 14 Giugno 2014

FONDATORI

- Associazione Dedalo 97
- Associazione Frantz Fanon
- Associazione Medici per l'Ambiente, ISDE Italia
- Associazione per la Decrescita
- Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale
- Associazione scientifica Andria
- Centro Salute Internazionale, Università di Bologna
- Giù le Mani dai Bambini ONLUS
- Medicina Democratica
- Movimento per la Decrescita Felice
- No Grazie Pago Io
- Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca
- Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
- People's Health Movement
- Psichiatria Democratica
- Rete Arte e Medicina
- Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina
- Segretariato Italiano Studenti in Medicina, SISM
- Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria, SIQuAS
- Slow Food Italia
- Slow Medicine

Censis: la Sanità non è uguale per tutti. Liste d'attesa lunghissime e cure a pagamento per chi può

Sono sempre di più gli italiani che pagano di tasca propria i servizi sanitari che il pubblico non garantisce più. La spesa sanitaria privata degli italiani è pari a 26,9 miliardi di euro nel 2013 ed è aumentata del 3%, in termini reali, rispetto al 2007. Nello stesso arco di tempo la spesa sanitaria pubblica è rimasta quasi ferma (+0,6%). La logica per cui il cittadino paga di tasca propria quello che il sistema pubblico non è più in grado di garantire è arrivata all'estremo. Gli italiani sono costretti a scegliere le prestazioni sanitarie da fare subito a pagamento e quelle da rinviare oppure non fare. Così, crolla il ricorso al dentista a pagamento (oltre un milione di visite in meno tra il 2005 e il 2012), ma nello stesso periodo aumentano gli italiani che pagano per intero gli esami del sangue (+74%) e gli accertamenti diagnostici (+19%). Ormai il 41,3% dei cittadini paga di tasca propria per intero le visite specialistiche. Cresce anche la spesa per i ticket, sfiorando i 3 miliardi di euro nel 2013: +10% in termini reali nel periodo 2011-2013.
Questi sono i principali risultati della ricerca di Rbm Salute-Censis «Costruire la sanità integrativa», promossa in collaborazione con Previmedical, presentata oggi a Roma al IV «Welfare Day», in cui sono intervenuti, tra gli altri, Giuseppe De Rita, Presidente del Censis, Carla Collicelli, Vicedirettore del Censis, Roberto Favaretto, Presidente di Rbm Salute e Amministratore Delegato di Previmedical, Marco Vecchietti, Direttore Generale di Previmedical.

Dallo specialista? Si visita prima chi paga
Per effettuare una prima visita oculistica in una struttura pubblica il ticket costa 30 euro e c'è da aspettare mediamente 74 giorni (due mesi e mezzo), mentre nel privato, pagando in media 98 euro, si aspettano solo 7 giorni. Per una prima visita cardiologica si pagano 40 euro di ticket e la lista d'attesa è di 51 giorni, nel privato con 107 euro si aspettano 7 giorni. Una visita ortopedica nel sistema pubblico costa 31 euro di ticket con 34 giorni di attesa, nel privato 104 euro e occorrono 5 giorni per avere l'appuntamento. Una visita ginecologica richiede 29 euro di ticket e 27 giorni di attesa, nel privato 100 euro con 5 giorni di attesa. In sintesi, se si vogliono accorciare i tempi di accesso allo specialista bisogna pagare: con 70 euro in più rispetto a quanto costerebbe il ticket nel sistema pubblico si risparmiano 66 giorni di attesa per l'oculista, 45 giorni per il cardiologo, 28 per l'ortopedico, 22 per il ginecologo.

Accertamenti diagnostici e riabilitazione: tempi biblici o fuga nel privato
Per effettuare una colonscopia in una struttura pubblica il ticket costa 49 euro e si richiede un'attesa media di 84 giorni (2 mesi e 20 giorni), nel privato con 213 euro si aspettano 8 giorni. Per effettuare una risonanza magnetica del ginocchio il ticket è di 49 euro e l'appuntamento è dopo 68 giorni, nel privato pagando 149 euro si aspettano 5 giorni. Per un'ecografia all'addome il ticket ammonta a 53 euro e l'attesa a 65 giorni, nel privato per un costo di 113 euro si aspettano 6 giorni. Per una mammografia il ticket è di 43 euro e l'attesa è di 55 giorni, per 90 euro in una struttura privata l'attesa è di 6 giorni. Riguardo ai trattamenti riabilitativi, la laserterapia antalgica ha un ticket di 5 euro per un'attesa di 45 giorni, mentre nel privato per 27 euro si aspettano 4 giorni. Per la riabilitazione motoria c'è da pagare un ticket di 8 euro con un'attesa di 40 giorni, nel privato si spendono 42 euro e si aspettano 5 giorni.

A ogni territorio il suo ticket e i suoi tempi d'attesa
L'ammontare del ticket da pagare varia fortemente nelle diverse aree geografiche del Paese. Per le visite specialistiche (oculistica, cardiologica, ortopedica e ginecologica) oscilla tra un valore medio minimo di 20 euro al Nord-Est e uno massimo di 45 euro (più del doppio) al Sud. Negli accertamenti diagnostici spiccano i casi della risonanza magnetica del ginocchio senza contra-

sto e della colonscopia, per i quali il ticket varia tra i 36 euro del Nord-Est e i 60 euro del Nord-Ovest. Una mammografia può avere un ticket minimo di 36 euro al Nord-Est e uno massimo di 48 euro al Nord-Ovest. E i tempi d'attesa? Variabilissimi. Per effettuare una visita ortopedica in una struttura pubblica si va da un minimo di 22 giorni in media al Nord-Est a un massimo di 65 giorni al Centro. Per una prima visita oculistica si passa dai 50 giorni al Nord-Est ai 125 giorni del Centro. Per avere un appuntamento per effettuare una visita ginecologica si oscilla tra 12 giorni al Sud e 68 giorni al Centro. Per la colonscopia si attendono da un minimo di 33 giorni al Nord-Est a un massimo di 216 giorni al Centro. Per l'ecografia dell'addome i tempi variano dal minimo di 36 giorni al Nord-Est al massimo di 206 giorni al Centro. Per la risonanza magnetica del ginocchio si attendono 22 giorni al Nord-Est e dieci volte di più (213 giorni) al Centro.

La sanità peggiora, secondo gli italiani

Il 38,5% degli italiani (erano il 28,5% nel 2011) ritiene che la sanità della propria regione sia peggiorata negli ultimi due anni. Per il 56% è rimasta uguale e solo il 5,5% ritiene la sanità regionale migliorata. Nelle regioni con Piano di rientro la percentuale di cittadini che ritengono peggiorata la sanità regionale schizza al 46,8%, mentre nelle altre regioni è pari al 29,3%. Crolla dal 57,3% del 2011 al 44,4% del 2014 la quota di italiani che giudicano positivamente la competenza delle Regioni sulla sanità. Laddove la sanità peggiora di più, è più forte il rigetto dei cittadini per la soluzione regionalista. Nelle regioni con Piano di rientro è solo il 38,9% dei cittadini ad avere un giudizio positivo sul ruolo istituzionale e amministrativo delle Regioni, mentre nelle altre è il 50,3%.

Nella visione dei cittadini esiste un nesso diretto tra la ristrutturazione della sanità imposta dai vincoli economici e l'abbattimento della qualità dei servizi. È anche per questo che la «Schengen della sanità» potrebbe attirare sempre di più: sono complessivamente 1,2 milioni gli italiani che si sono curati all'estero per un grave problema di salute.

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

Presentata la Relazione 2013 del Garante per la protezione dei dati personali

Privacy colabrodo in sanità

In aumento le violazioni: dall'accesso al Fse alla consegna dei referti

Mail collettive inviate da un assessore alla Salute a pazienti oncologiche senza nascondere la lista dei destinatari, presìdi sanitari in confezioni trasparenti consegnati al portiere, fascicoli sanitari elettronici accessibili anche al personale amministrativo dell'ospedale, consegna di referti a soggetti del tutto estranei al paziente. Sono solo alcuni dei casi in cui la privacy sanitaria è violata all'insaputa del paziente. Episodi che complessivamente risultano in aumento. Come rileva il Garante per la protezione dei dati personali nella relazione 2013 presentata a Palazzo Madama: sono state infatti 850 le violazioni amministrative rilevate (in aumento rispetto alle 578 dell'anno precedente) e sono state riscosse sanzioni per 4 milioni di euro. Nel mirino dell'Authority, crimini informatici, trasparenza amministrativa, attività giudiziaria, videosorveglianza ma anche il trattamento dei dati personali da parte di soggetti pubblici e privati a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione o la gestione dei dati genetici nell'ambito della ricerca scientifica e biomedica.

La materia è sempre più complicata e la richiesta al Governo da parte del Garante è stata quella di un rafforzamento della struttura di vigilanza. «Di fronte alla complessità delle questioni con cui tutti i giorni ci misuriamo – sottolinea il garante Antonello Soro – e alle sfide sempre nuove nei numerosi settori che dobbiamo presidiare, avvertiamo forte e urgente la necessità di potenziare la struttura dell'Authority, adeguandola ai nuovi compiti. E auspichiamo che il Governo e il Parlamento vogliano condividere e sostenere il nostro impegno in questa direzione».

Soro ricorda che «una grande democrazia, nel tempo della società digitale, ha il dovere di investire con coraggio in protezione dei dati personali, per difendere i diritti dei cittadini e insieme la sicurezza dello Stato. Il nostro obiettivo – assicura il Garante – è quello di essere sempre più all'altezza dei compiti del nostro tempo, nell'interesse dei cittadini e dell'intero Paese».

Per il presidente del Senato, Pietro Grasso, la presentazione della relazione offre l'opportunità di una riflessione sulla situazione attuale del sistema della tutela del diritto alla riservatezza e sui suoi possibili sviluppi. «Questo diritto, fondamentale per il cittadino e la persona – spiega Grasso – in un mondo permeato dalla tecnologia risulta in costante mutamento e necessita di un alto grado di riflessione, aggiornamento, protezione e di una sempre più attenta opera di vigilanza. Se è vero che la riservatezza e i dati personali sono l'aspetto e il valore più intimo e privato di una persona, è anche vero che sempre più l'individuo, spesso inconsapevole dei rischi e delle autorizzazioni che firma senza leggere, fa veicolare volontariamente aspetti e momenti delicati della sua vita».

«Dal punto di vista collettivo invece – continua Grasso – a complicare il quadro bisogna ricordare che esistono anche altri diritti, non meno fondamentali e garantiti dalla nostra Carta Costituzionale, che con il diritto alla riservatezza devono essere contemperati e correttamente bilanciati». A esempio nel caso del trattamento dei dati sanitari, «specialmente in caso di malattie di rilevanza sociale, che non deve ledere mai la dignità del malato».

Alcuni casi di violazione della privacy in sanità. C'è il caso di un assessore alla tutela della salute che aveva inviato una e-mail a tutte le donne che si erano rivolte alla sua segreteria per protestare contro la chiusura di un centro specializzato nella cura delle patologie tumorali della mammella per spiegare la scelta di riconversione del presidio sanitario. Ma come è accaduto in altri casi nel 2012, la mail inviata

dall'assessore conteneva i nominativi di tutte le pazienti che afferivano al centro oncologico, in un campo visibile a tutti i destinatari della comunicazione. «Sul caso l'Autorità ha avviato un procedimento sanzionatorio - si legge nella relazione - circa l'avvenuta comunicazione a terzi di dati idonei a rivelare lo stato di salute senza il consenso degli interessati, che si è concluso con il pagamento della sanzione da parte del contravventore».
Nella relazione il Garante cita un caso anche più «maldestro», come quello di un dentista che aveva affisso sul bancone del proprio studio l'elenco nominativo dei pazienti morosi. Ovviamente l'elenco è stato tempestivamente rimosso.
L'informativa sulla privacy. L'Autorità ha continuato a occuparsi anche delle modalità con cui le strutture sanitarie pubbliche e private forniscono l'informativa agli interessati e acquisiscono il loro consenso per i trattamenti di dati personali necessari ai fini di cura. Rilevante l'iniziativa di un'azienda sanitaria di far condividere l'elenco nominativo dei bambini presi in carico tra i diversi servizi di neuropsichiatria infantile distrettuali al fine di evitare duplicazioni e sovrapposizioni nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.
L'Autorità ha evidenziato «che qualora il titolare del trattamento intenda comunicare dati sensibili per fini di cura a soggetti diversi dall'interessato, in assenza di una disposizione normativa al riguardo, deve richiedere uno specifico consenso informato a quest'ultimo; nel caso in cui l'interessato sia incapace di intendere o volere, il consenso dovrà essere manifestato da parte del legale rappresentante».
Prove tecniche di Fse. Costante è stata l'attenzione nei confronti delle problematiche legate alla realizzazione a livello nazionale del Fascicolo sanitario elettronico (Fse). In merito all'utilizzo dei dossier sanitari da parte delle strutture sanitarie sono state avviate diverse istruttorie, sia d'ufficio che a seguito di specifiche segnalazioni, per verificare se i sistemi in uso rispettino le misure indicate dal Garante nelle "Linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e di dossier sanitario" (provv. 16 luglio 2009, doc. web n. 1634116).
Sotto la lente del Garante, in particolare, l'esigenza di limitare l'accesso al dossier sanitario da parte del personale non sanitario operante nelle strutture assistenziali. In questo ambito la relazione evidenzia che a seguito dell'intervento dell'Autorità, un'azienda per i servizi alla persona ha modificato i parametri di accesso ai dossier sanitari consentendo al solo personale che ha in cura i pazienti di visualizzarne le informazioni sanitarie (nota 28 febbraio 2013). Prima dell'intervento dell'Autorità tale accesso era consentito anche al personale amministrativo e di direzione gestionale dell'azienda.
La consegna dei referti. Diverse violazioni riguardano la consegna dei referti e della documentazione sanitaria. Viene infatti frequentemente segnalata la consegna di referti a soggetti diversi dall'interessato in busta aperta o senza verificare l'esistenza della delega per il ritiro degli stessi. Un procedimento sanzionatorio è stato avviato a seguito della consegna di una cartella clinica relativa al ricovero di un minore a una persona sprovvista di delega per il ritiro e rimasta sconosciuta. L'azienda sanitaria, riconosciuto il proprio errore, ha provveduto a sensibilizzare il personale dell'ufficio cartelle cliniche al rispetto delle regole relative alla consegna della documentazione sanitaria. Il Garante della privacy è anche intervenuto sulle modalità di custodia delle prescrizioni mediche da parte di alcuni pediatri in attesa del loro ritiro da parte dei genitori. Nei casi esaminati le prescrizioni venivano infatti collocate in contenitori non custoditi o affisse nelle bacheche della sala di attesa, senza alcuna cautela per evitare che le informazioni sanitarie fossero conosciute da terzi (per esempio i pazienti presenti in sala di attesa o quelli che erroneamente ritirino una prescrizione non propria).
In un altro caso, alla fine di un ricovero, un paziente aveva ricevuto, oltre alla propria documentazione sanitaria, anche quella di altre persone. E in un centro psicosociale un paziente si è visto consegnare, via fax per errore, l'elenco dei soggetti nei cui confronti il Dipartimento di salute mentale aveva disposto un trattamento sanitario obbligatorio.
Il rispetto della dignità della persona. Altri casi riguardano il mancato rispetto della dignità della persona. Diverse segnalazioni ricevute lamentavano a esempio le modalità di consegna di specifici presìdi, utilizzati da persone in-

continenti o stomizzate (a es., cateteri, ausili per evacuazione e per stomia, raccoglitori e assorbenti per urina), recapitati in pacchi trasparenti o recanti sulla parte esterna o sulla bolla di consegna l'indicazione in chiaro della tipologia del contenuto, oppure consegnati al vicino di casa o al portiere, in assenza di autorizzazione dell'interessato; in alcuni casi, i predetti presìdi sarebbero stati lasciati addirittura incustoditi davanti la porta di ingresso della dimora dell'interessato.

Tra le misure individuate dal Garante: effettuare la consegna preferibilmente nelle mani dell'interessato; non lasciare il presidio incustodito nelle vicinanze del luogo indicato dall'interessato; imballare il presidio in un contenitore non trasparente sprovvisto di indicazione circa il suo contenuto; consegnarlo a terzi (a es., vicino di casa, parente, portiere) solo su indicazione dell'interessato.

Il problema Hiv. Particolarmente complesso e delicato è il trattamento dei dati personali nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni mediche a pazienti affetti da Hiv. Al Garante sono infatti pervenute alcune segnalazioni con riferimento all'esibizione del codice di esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria previsto per le infezioni da Hiv. Alcuni interessati, specie se residenti in piccoli centri, lamentano inoltre di dover effettuare le pratiche amministrative per il rilascio o il rinnovo dell'esenzione da Hiv nella propria Asl di residenza, ove spesso è impiegato personale che, per le ragioni più varie, può avere conoscenza diretta dei pazienti.

Il trattamento dei dati sanitari per fini amministrativi. Diversi interventi dell'Authority hanno riguardato i trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute effettuati da strutture sanitarie pubbliche per finalità amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei soggetti assistiti dal Ssn. Nel caso delle certificazioni di invalidità civile, per esempio, numerosi cittadini hanno lamentato la presenza – nei verbali delle commissioni mediche – di informazioni sanitarie, come i dati anamnestici e le diagnosi, non pertinenti né indispensabili all'erogazione dell'assegno di invalidità e che quindi non dovrebbero essere conoscibili dal personale che lavora alle pratiche.

I dati genetici e la ricerca. Un nodo fondamentale è quello delle ricerche scientifiche in campo medico, biomedico ed epidemiologico effettuate mediante l'utilizzo di dati genetici e di campioni biologici raccolti a fini di tutela della salute. In alcuni casi l'autorizzazione generale (adottata con provv. 13 dicembre 2012, sentito il ministro della Salute, che acquisisce, a tal fine, il parere del Consiglio superiore di sanità) consente di procedere al trattamento dei dati anche in assenza del consenso degli interessati. «Ciò quando, a causa di particolari ragioni – sottolinea l'Autorità per la privacy – non è possibile informare gli interessati malgrado sia stato compiuto ogni ragionevole sforzo per raggiungerli e a condizione che sia acquisito il parere favorevole del competente comitato etico a livello territoriale e sia rilasciata un'apposita autorizzazione dal Garante ai sensi dell'art. 90 del Codice».

Sempre a fini di ricerca scientifica, Il Garante per la privacy ha comunicato, in diverse occasioni, a enti di ricerca, società scientifiche e università che, sulla base dell'autorizzazione generale n. 9 al trattamento dei dati personali effettuato per eseguire studi e ricerche in campo medico, biomedico e epidemiologico, nel caso in cui risulti impossibile rendere l'informativa agli interessati, non è più necessario ottenere, caso per caso, specifiche autorizzazioni da parte dell'Autorità.

Class action quota B Enpam

I medici pensionati "over 65" che continuano a svolgere attività professionale organizzano una class action di protesta contro l'aumento contributivo della quota B dell'Enpam.
L'aumento della contribuzione per la quota B Enpam dal 2% al 6,25% è il risultato legislativamente imposto a seguito delle manovre economiche("*Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria*") succedutesi in tema di riforma pensionistica e spending review.
Più precisamente, l'art. 18 comma comma 11 del d.l. 98/2011, convertito in legge n. 111/2011, stabilisce che:
"**Per i soggetti già pensionati**: *gli enti previdenziali di diritto privato di cui ai decreti legislativi 30 giugno 1994 n. 509 e 10 febbraio 1996, n. 106, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto adeguano i propri statuti e regolamenti, prevedendo* **l'obbligatorietà dell'iscrizione e della contribuzione** *a carico di tutti coloro che risultino aver percepito un reddito, derivante dallo svolgimento delle relativa attività professionale. Per tali soggetti è previsto un contributo soggettivo minimo con aliquota non inferiore al cinquanta per cento di quella prevista (per Enpam 12,5%) in via ordinaria per gli iscritti a ciascun ente*".
In virtù della normativa in oggetto le categorie di professionisti ivi indicate non possono sottrarsi al versamento del predetto contributo (obbligatorietà già reintrodotta con delibera 53 dall'Enpam nel 2009), nonostante l'adempimento dell'obbligo contributivo durante l'intera vita lavorativa.
Secondo recenti deliberati Enpam, crescerà poi progressivamente la percentuale dei contributi da versare fino ad arrivare nel 2021 al 9,75%.
L'applicazione delle recenti disposizioni implica palesi incongruenze:
1 - **l'entità della quota B richiesta egualia (in alcuni situazione eccede) quanto percepito annualmente**: equivale a dire che il pensionato Enpam "over 65" provvederà da solo, fino a quando continuerà a lavorare, a pagarsi interamente la propria pensione, vanificando così i contributi già versati.
2 - **tutti i contributi versati per il passato** periodo lavorativo all'Enpam, sia come quota A che come quota B **coprono** poi, anche solo in valore assoluto, senza considerare quindi gli investimenti produttivi che avrebbero dovuto fruttare, **almeno un decennio (dai 65 ai 75 anni) di retribuzione pensionistica**.
3 - la contribuzione del 6,25 % risulta quindi eccessiva per soggetti che, considerando l'età anagrafica(almeno 65 anni) e la previsione statistica di vita media (attualmente 77 anni), **non potranno mai giovarsi proporzionalmente di tale aumento contributivo**.
Sulla base di queste considerazioni si è attivato un gruppo di colleghi al fine di raccogliere adesioni a livello nazionale per di intentare un'azione che, valendosi di professionisti di adeguata esperienza, richieda:
a - alla Corte Coostituzionale **un giudizio di legittimità** della norma precedentemente citata
b - all'Enpam di **recedere dall'obbligatorietà di contribuzione** per il supplemento di pensione o per lo meno di ridurre il contributo ad una pura quota solidaristica, al fine di non ricadere nelle incongruenze precedentemente indicate.
Risulta evidente come, per aumentare la possibilità di successo di tale azione, sia indispensabile una **adesione massiccia** di quei colleghi che sono ora, o che saranno in un prossimo futuro, nella condizione sopra riportata; le modalità di questa protesta verranno in seguito concordate con tutti i partecipanti.
Per il momento la cosa più importante è contarci, fare massa: l'efficacia dell'azione sarà direttamente (ed il costo inversamente) proporzionale al numero.
Se pertanto intendete partecipare, contattate il seguente sito e compilate la scheda di adesione: www.enpamquotabover65.it

24 milioni italiani ogni anno al pronto soccorso

Sono 24 milioni gli italiani che ogni anno si rivolgono ai pronto soccorso degli ospedali. Sulla base di questi dati i medici e gli infermieri insieme alle istituzioni e cittadini si ritroveranno in diverse regioni italiane dal 16 al 22 giugno per capire meglio come funziona l'emergenza sanitaria e come farla funzionare meglio. La Settimana nazionale del pronto soccorso, organizzata dalla Società italiana di medicina di emergenza-urgenza (Simeu) e patrocinata dal ministero della Salute vedrà incontri a tema per capire e approfondire le criticità del sistema ospedaliero: «da come funziona l'emergenza sanitaria, quale tipo di assistenza si trova in pronto soccorso ma anche il perché delle lunghe attese», fanno sapere. «A queste domande si cercherà di dare una risposta alla cittadinanza, spiegando dinamiche e trasformazioni in atto nel mondo dell'emergenza-urgenza», si legge in una nota.

***

La crisi economica fa male alla salute

La crisi economica fa male alla salute. La conferma di quello che tutti, o quasi, pensano arriva da uno studio italiano che nasce dalla collaborazione tra il Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr) e la Società italiana per la prevenzione cardiovascolare (Siprec).
Lo studio "Impatto della crisi economica sulla prevenzione cardiovascolare" è stato coordinato da Gaetano Crepaldi dell'Istituto di neuroscienze del Consiglio nazionale delle ricerche di Padova (In-Cnr) e da Maria Grazia Modena dell'università di Modena-Reggio Emilia. Nel confronto tra i dati del periodo precedente la crisi, dal 1998 al 2002, e quelli del 2008-2012, emerge un aumento di condizioni a rischio; inoltre, salute e buone abitudini appaiono correlate con reddito e scolarità. «Tra le persone con minor scolarizzazione a soffrire di diabete nel primo periodo era il 16,3 per cento degli uomini e l'11,6 per cento delle donne, che nel periodo di crisi passano rispettivamente

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

a 17,7 per cento e 13,2 per cento. L'obesità colpiva tra 1998 e 2002 il 21 per cento degli uomini e il 28 delle donne, che nel secondo periodo sono diventati rispettivamente il 29,1 per cento e il 35,5 per cento. L'ipercolesterolemia è passata dal 21,3 per cento dei maschi e 28 per cento delle femmine, rispettivamente al 40 per cento e al 45,6 per cento», sottolinea il ricercatore dell'In-Cnr. «Solo nell'abitudine al fumo di sigaretta si registra un calo: negli uomini si passa dal 32,6 per cento al 25,2 per cento e nelle donne dal 19,4 per cento al 18 per cento».
Lo stesso confronto è stato effettuato sul gruppo di popolazione a più alta scolarizzazione, sempre mettendo a confronto il periodo 1998-2008 con il periodo 2008-2012: in questo caso si registra una situazione più variegata.
«La percentuale dei maschi affetti da diabete cala dal 9,9 per cento all'8,6 per cento e quella delle donne dal 4 per cento al 3,7 per cento; l'obesità è invece in crescita sia tra gli uomini, dal 13,4 per cento al 21,8 per cento, che tra le donne dall'11,7 per cento al 17,2 per cento; l'ipercolesterolemia è in calo tra i primi (dal 43,7 per cento al 31,7 per cento), ma in aumento tra le seconde (dal 22,1 per cento al 32,4 per cento). In calo anche l'abitudine al fumo, che passa negli uomini dal 29,3 per cento al 20,6 per cento e nelle donne dal 26,7 per cento al 21,3 per cento; quest'ultimo è anche l'unico dato in controtendenza nel confronto con le meno scolarizzate, dove fuma il 18 per cento», aggiunge Maria Grazia Modena.
Queste differenze si allineano a quanto evidenziato dai dati Istat, che correlano reddito e scolarizzazione nel definire lo stato di "benessere".
«Gli stili di vita meno salutari, quali scarso esercizio fisico e un'alimentazione poco sana, spesso appaiono legati a minore reddito e scolarità», ricorda Modena. «I dati relativi al 2013 indicano che tra i più informati a livello nutrizionale il 35,3 per cento segue la Dieta mediterranea, che aiuta a prevenire malattie cardiovascolari, diabete e alcuni tipi di tumore, permette una maggiore disponibilità e utilizzo di micronutrienti e antiossidanti e si dimostra utile al mantenimento di un buono stato di salute», afferma Crepaldi.
All'interno del Documento Siprec, Gianluigi Ferrante dell'Istituto superiore di sanità (Iss) evidenzia come le difficoltà economiche abbiano anche un effetto più diretto sulla salute: i consumatori di

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

quantità elevate di alcol sono il 4,5 per cento della popolazione più abbiente e il 5,2 per cento di chi ha difficoltà economiche; a svolgere attività fisica nel tempo libero è rispettivamente il 28,3 per cento e il 25,9 per cento, il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno è più elevato (11 per cento) tra i benestanti rispetto a quanti risentono della crisi (8,7 per cento).
Alla stesura del documento hanno contribuito anche Giovanni de Gaetano (Irccs Istituto neurologico mediterraneo Neuromed di Pozzilli), Gianluigi Ferrante e Simona Giampaoli (Istituto superiore di sanità) e Giorgio Galanti (Università di Firenze).

***

Acquistare medicinali online? Ecco il logo della Commissione Europea per garantire la sicurezza dei consumatori

I cittadini europei acquistano sempre più spesso medicinali online, ma com'è possibile sapere che una farmacia online è una farmacia vera e che è sicura? In data odierna la Commissione adotta un regolamento di attuazione nel contesto della direttiva sui medicinali falsificati (direttiva (2011/62/UE) che stabilisce un logo comune per le farmacie online nonché i requisiti tecnici per assicurarne l'autenticità. Il logo sarà pienamente disponibile nel secondo semestre del 2015. Tonio Borg, Commissario europeo responsabile per la Salute, ha affermato: "Quando acquistano medicinali online i consumatori devono rendersi conto che, se non fanno i loro acquisti da fornitori di medicinali online che operano legalmente, corrono il rischio di acquistare medicinali falsificati. I medicinali falsificati possono essere inefficaci, nocivi o anche mortali. La Commissione ha definito un logo comune per le farmacie online in modo da garantire la sicurezza dei consumatori". A proposito del logo e del suo funzionamento, "innanzitutto, cercate il logo sul sito web attraverso il quale pensate di acquistare medicinali e cliccateci sopra. Dovreste quindi essere indirizzati al sito web dell'autorità nazionale di regolamentazione che elenca tutte le farmacie online che operano legalmente e gli altri dettaglianti autorizzati di medicinali. Controllate che la farmacia figuri sull'elenco. Procedete quindi a fare l'acquisto. Se la farmacia non compare sull'elenco evitate di fare acquisti da questo sito. Ricorrete ad uno dei dettaglianti legittimi di medicinali riportati sul sito web della vostra autorità nazionale di regolamentazione".
Il regolamento dovrebbe entrare in vigore entro le prossime quattro - sei settimane. Gli Stati membri dispongono di un anno per prepararne l'applicazione. La Commissione Europea fornisce alle autorità nazionali un pacchetto di strumenti per la comunicazione per aiutarli nei preparativi delle campagne nazionali di sensibilizzazione prescritte dalla direttiva sui medicinali falsificati.

***

ADHD, undici milioni dipendenti da amfetamine. Il film-denuncia 'ADHD Rush Hour' solleva dubbi"

Essere normali è diventato difficile, soprattutto se ad essere cronicamente dipendenti dalle amfetamine sono undici milioni di bambini. A sollevare la questione in Italia è 'ADHD Rush Hour', il film-documentario di Stella Savino, distribuito da Microcinema Distribuzione e ora in programmazione nelle sale cinematografiche.
Erano forse distratti? Facevano rumore mentre giocavano? Non rimanevano seduti in classe? Non ascoltavano o parlavano troppo? Bastano questi campanelli di allarme per etichettare i bambini come affetti da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), somministrandogli una pasticca di metilfenidato o di atomoxetina? È questa la domanda di fondo del lungometraggio, che al pubblico pone la riflessione: "Milioni di bambini sono considerati malati. E se ci stessimo sbagliando?". Il documentario "non ha alcuna pretesa di dimostrare qualcosa su cui la comunità scientifica è spaccata da 50 anni – afferma Savino – vuole solo affrontare l'Adhd da un punto di vista sociale e culturale, mettendo a confronto le voci degli addetti ai lavori con le storie di tre protagonisti: un bambino americano, una donna venticinquenne americana e un adolescente italiano".
Un viaggio nell'ADHD - Un viaggio tra gli Stati Uniti e l'Italia all'interno della sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), tra laboratori di genetica e di Brain Imaging, aule universitarie e

scuole elementari, in un confronto tra i due Paesi agli estremi della forbice d'incidenza del disturbo: negli Usa sono diagnosticati come ADHD l'11% dei bambini, in Italia la casistica è invece al di sotto dell'1%. Una disparità che ha attirato l'interesse della regista napoletana, "colpita dal variare dei criteri diagnostici a seconda dei paesi. Una diagnosi che dipenderà dunque esclusivamente dal medico che si incontra".
Tutto parte nel 2008 - "Nel 2008 il ministero della Salute reintegrò il principio attivo del Ritalin in Italia e in Campania si scatenò una protesta – racconta la regista – un confronto dialettico guidata da Sergio Piro, un grande psichiatra napoletano scomparso, dall'Asl Napoli 1 e dal Centro Shen, associazione culturale che lavora sul territorio per il diritto alla libertà di cura. Ero una profana della materia, ma sono rimasta colpita da percentuali di incidenza della sindrome così diverse, a seconda del Paese in cui si andava ad indagare".
Le differenze tra i paesi dipendono anche dal sistema sociale - "Differenze si rintracciano anche nel sistema sociale nel quale si muove il bambino. Negli Usa è molto forte il potere dato alla scuola, che interferisce rispetto alla problematica finendo per imporre la cura farmacologica. Se la famiglia rifiuta – precisa Salvino – il piccolo può essere allontanato da scuola, come se fosse un problema di ordine pubblico essendo un disturbatore della classe e un cattivo soggetto". Salvino è stata per le riprese a Miami, "in un campo estivo. Il centro ai nostri occhi sembrava un lager – ricorda – tutto il programma si basava sul punteggio, in un sottofondo di point-point-point ripetuto ossessivamente. Ho capito che questa logica della ricompensa la utilizzano come stimolo per invogliare il bambino a sviluppare la socialità e lo spirito di gruppo. Sempre meglio questa alternativa al farmaco".
Le basse percentuali in italia nascondono un forte sommerso - "Certo, in Italia le percentuali sono basse perché esiste un forte sommerso – rivela – la gente va a comprare il farmaco in Svizzera perché le linee guida ministeriali impediscono l'uso di psicofarmaci ai minori al di sotto dei 6 anni, anche se molti piccoli danno segni di Adhd già in età prescolare. Inoltre, dopo i 6 anni è possibile assumere farmaci solo se si è dimostrato che le altre terapie hanno fallito".
Il problema vero è la diagnosi - "Il problema vero è la diagnosi – afferma – non ha dei criteri scientifici come molte malattie psichiatriche che soffrono di questa ambiguità. Ciò però che è grave è che l'Adhd riguarda i piccoli e la cura è molto pericolosa. Molti bambini cadono in questa valutazione quando magari hanno altro e se non sei stimolato a fare una ricerca profonda puoi catalogare come Adhd qualcosa che non lo è. Ad esempio – spiega la filmaker – se un bambino ha problemi epatici e si addormenta a scuola possono dirgli che ha deficit dell'attenzione, e crescerà pensando di avere un disturbo mentale quando invece ha un problema fisico che peggiorerà con i farmaci sbagliati".
Gli effetti collaterali dei farmaci - "Gli effetti collaterali dei farmaci sono scritti sui bugiardini e dichiarati nelle tabelle del ministero. Sul Registro nazionale Adhd – sottolinea Salvino – è anche possibile trovare dei documenti che testimoniano che non c'è nessun caso che non abbia manifestato almeno uno degli effetti collaterali del farmaco. L'atomexina produce allucinazioni, gravi danni epatici e tendenze suicide, e il metilfenidato è un'anfetamina che produce danni epatici, circolatori e l'alopecia. Il principio attivo del Ritalin è classificato dalla Dea (Drug enforcement administration) nello stesso gruppo dei narcotici, insieme con l'eroina, la morfina e la cocaina".
Rush Hour - Rush Hour vuol dire "ora di punta – spiega la regista – un'espressione che simboleggiala nostra società che non si ferma. Ho iniziato a scrivere la sceneggiatura tra il 2007 e il 2008, ho girato nel 2009 e ho terminato il documentario nel 2010. È rimasto fermo per 4 anni – fa sapere – non lo voleva nessuno e poi improvvisamente lo vogliono tutti". La filmaker napoletana sta già lavorando al prossimo documentario, 'Le Troiane', con Chiara Tomarelli e prodotto da Luca Guadagnino. "È il frutto di un laboratorio di 6 mesi realizzato con le carcerate di Rebibbia sulla tragedia di Euripide".

***

Allarme superbatteri, ogni anni 25 mila morti in Europa

Organizzazione no profit Waaar propone 10 azioni prioritarie
Gli esperti di sanità suonano il campanello d'allarme per l'aumento dei 'superbatteri' e propongono misure per arginare i rischi. La Waaar (World Alliance Against Antibiotic Resistance), organizzazione no-profit, supportata da 140 società in rappresentanza di medici, veterinari, chirurghi, infettivologi, farmacisti, infermieri, biologi, ecologisti, ambientalisti, provenienti da 55 Paesi diversi,

è infatti intervenuta con una dichiarazione in cui si ribadisce come l'aumento dei batteri resistenti agli antibiotici rappresenti un pericolo per la salute degli uomini e degli animali. E le cifre sono angoscianti: si stima che ogni anno il numero di morti legati ai batteri multiresistenti sia di circa 25mila in Europa e di 23mila negli Stati Uniti. La resistenza agli antibiotici, dicono gli esperti, è direttamente legata al volume e al tipo di antibiotici. "Le sconfitte terapeutiche, legate a questi batteri multiresistenti, inizialmente limitate al settore ospedaliero si stanno diffondendo nella comunità civile." La Waaar, oltre a segnalare l'urgenza e la gravità del problema, propone 10 azioni prioritarie. Dalla presa di coscienza del pericolo da parte di tutti gli addetti ai lavori e della popolazione; alla nascita di un piano nazionale di lotta contro la resistenza ai batteri, finanziata non solo dagli stakeholder ma anche dalle associazioni di consumatori. E ancora: accesso continuativo agli antibiotici di qualità soprattutto nei Paesi in via di sviluppo; controllo sull'uso e sulla 'resistenza' degli antibiotici; uso di test diagnostici; prudente gestione degli antibiotici; programmi educativi.

***

Autismo, +60% rischi se incinta vicine a pesticidi

Lo rivela uno studio californiano condotto su 970 bambini

Sembra forte il legame tra autismo e inquinamento ambientale, e oggi a rubare la scena sono i prodotti chimici agricoli. Dalla California arriva un nuovo allarme: è aumentato del 60% (di 2/3) il rischio delle donne incinta che vivono entro un miglio di distanza dalle aziende e dai settori in cui vengono impiegati pesticidi di avere un bambino con disturbo dello spettro autistico o altro ritardo dello sviluppo. Un pericolo che si duplica se l'esposizione a queste sostanze si verifica nel secondo e terzo trimestre di gravidanza.

La ricerca - È stato pubblicato oggi sulla rivista scientifica "Environmental Health Perspectives" uno studio condotto da una équipe di ricercatori della Uc Davis Mind Institute di Sacramento, che ha esaminato le associazioni di specifiche classi di pesticidi, tra cui organofosfati, piretroidi e carbammati, applicati alle donne durante la gravidanza, analizzando poi le successive diagnosi di autismo e ritardo dello sviluppo nella loro prole.

Il campione - Lo studio comprende le famiglie con bambini tra i 2 e 5 anni con diagnosi di autismo o ritardo dello sviluppo o con sviluppo tipico. Ha guidato il gruppo di lavoro Irva Hertz-Picciotto, un ricercatore del Mind Institute, professore e vicepresidente del dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica presso la Uc Davis. La maggioranza dei partecipanti vivono nella valle del Sacramento. I ricercatori hanno collegato i dati di un report sui pesticidi utilizzati in California con gli indirizzi di residenza di 970 bambini partecipanti a una indagine epidemiologica dei fattori genetici e ambientali che contribuiscono all'emergere dell'autismo (Charge). Questo procedimento ha consentito agli scienziati di collegare i vari ritardi dello sviluppo alle diverse tipologie di sostanze chimiche a cui le mamme possono essere state esposte prima del concepimento e durante la gravidanza. Per evitare interferenze con possibili fattori confondenti, sono stati poi presi in considerazione anche l'assunzione di vitamine nel periodo prenatale, lo status socio-economico e gli eventuali disturbi metabolici durante la gravidanza.

Sostanze chimiche analizzate - Sono stati presi in esame 21 composti chimici identificati nella classe organofosfati, inclusi clorpirifos, acefato e diazinone. La seconda classe di pesticidi più adoperata è quella dei piretroidi, un quarto dei quali è costituita da esfenvalerato, seguito poi da lambda-cialotrina, permetrina, cipermetrina e tau-fluvalinato. L'ottanta per cento dei carbammati erano metomil e carbaryl.

Strumenti di indagine - I questionari sono stati gli strumenti privilegiati per ricavare gli indirizzi di residenza dei partecipanti nei periodi di preconcepimento e gravidanza. Questi indirizzi sono stati poi sovrapposti a delle mappe illustranti le posizioni dei siti in cui sono utilizzati i pesticidi. I ricercatori hanno scoperto che circa un terzo dei partecipanti allo studio Charge abita nelle immediate vicinanze (tra 1,25 e 1,75 chilometri) dei siti di applicazione dei pesticidi commerciali.

I risultati - L'esposizione agli organofosfati nel corso della gravidanza (in particolare l'applicazione del clorpirifos nel secondo trimestre) è stata associata a un rischio elevato di generare figli con disturbo dello spettro autistico. I piretroidi sono stati moderatamente associati al disturbo dello spettro autistico subito prima del concepimento e nel terzo trimestre.

Infine, i carbammati sono stati associati al ritardo dello sviluppo.

***

Cioccolato fondente rende più veloci

Una ricerca italiana, pubblicata sul "Journal of the American Heart Association", conferma i benefici per la salute del cioccolato fondente, ricco di polifenoli. Questa volta ne hanno tratto beneficio 20 soggetti, uomini e donne dai 60 ai 78 anni, affetti da una patologia che colpisce soprattutto la circolazione del sangue delle gambe limitando le capacità di camminare, la malattia arteriosa periferica. Lo studio è stato condotto al dipartimento di medicina interna dell'Università Sapienza di Roma. I soggetti sono stati divisi in 3 gruppi, il primo consumava cioccolato fondente all'85% di cacao, il secondo cioccolato al latte e i terzo niente. Chi mangiava il cioccolato amaro è risultato più veloce ed ha guadagnato in media 17 metri di più a volta. «Lo studio deve essere meglio approfondito» spiega Lorenzo Loffredo che ha condotto l'indagine «ma conferma i benefici dei polifenoli sulla circolazione del sangue. Dalle analisi è risultato anche che i livelli di ossido nitrico, che incrementa il flusso sanguigno, erano più alti in chi mangiava il cioccolato nero ed era invece più bassa la concentrazione di altri elementi biochimici che indicano la presenza di stress ossidativo»

***

Chimica 'quotidiana' UE fa danni per 30 mld

Studio su salute e agenti contenuti in prodotti di tutti i giorni
Gli agenti chimici contenuti nei prodotti di uso quotidiano, dalla crema solare agli scontrini dei negozi, producono oltre 30 miliardi di euro all'anno di danni sanitari nei Paesi dell'Unione Europea. Secondo uno studio della HEAL (Health and Environment Alliance, una delle più importanti organizzazioni non governative che si occupano di salute nella UE), i prodotti chimici che danneggiano gli ormoni stanno provocando aumenti record del tasso di crescita di alcune patologie. "L'esposizione prodotti elettronici di uso quotidiano, ai prodotti cosmetici e plastici che contengono agenti chimici che distruggono gli ormoni – ha spiegato l'ONG in un comunicato – potrebbe costare fino a 31 miliardi di euro l'anno alla UE. Il calcolo è basato sui costi delle cure di una lista di patologie che la ricerca attribuisce a disordini ormonali come i tumori, l'obesità e i problemi di fertilità".

***

Cioccolato fondente: bastano 40 grammi al giorno per migliorare la circolazione e proteggere dai rischi correlati all'irrigidimento dei vasi sanguigni

Non deve essere stato un caso se a metà del Settecento Carlo Linneo, nella sua classificazione tassonomica decise di chiamarlo "theobroma" (cacao), cioè "cibo degli dei", prendendo per buone le qualità che gli attribuivano le popolazioni dell'America centrale. Che Linneeo e, prima di lui, i Maya e gli Aztechi avessero qualche giustificato motivo per quell'appellativo lo stanno provando anche gli studi sul cacaco che in questi anni si stanno susseguendo.
Uno degli ultimi in ordine di tempo lo hanno concluso alcuni ricercatori della Simi, la Società italiana di medicina interna, i quali sono giunti a concludere che il cioccolato fondente non solo è buono ma fa anche bene, in questo caso, ai vasi sanguigni. Il merito, per la precisione, va agli elementi antiossidanti che contiene e che, in "dosi" ragionevoli, potrebbero aiutare la salute delle arterie a quei 1,8 miliori di over 70 che in Italia hanno prblemi con l'ateroslerosi dei vasi periferici.
Lo studio, pubblicato sul "Journal of the American Heart Association", dà però una brutta notizia agli amanti del cioccolato al latte che, a differenza del fondente, è molto più povero di quei preziosi polifenoli in grado di ridurre lo stress ossidativo nei vasi, dilatandoli e migliorando così la circolazione.
La ricerca, la prima a dimostrare in clinica gli effetti diretti del cioccolato sulle arteropatie periferiche, è stata condotta da ricercatori della I Clinica medica dell'università Sapienza di Roma su venti

pazienti, nei quali l'aterosclerosi delle arterie delle gambe provocava la cosiddetta "claudicatio intermittens", ovvero dolore e zoppìa provocata dalla scarsità di apporto di sangue ai muscoli delle gambe per colpa di arterie e capillari "irrigiditi". I pazienti hanno mangiato 40 grammi di cioccolato fondente o al latte, quindi sono stati analizzati nella loro capacità di percorrere un tratto a piedi. «I dati mostrano chiaramente un effetto del cioccolato sulla distanza massima percorribile dai pazienti senza accusare i primi dolori: dopo i quadretti di cioccolato fondente – spiega Francesco Violi, coordinatore dello studio e direttore scientifico della Ricerca Simi – i partecipanti riuscivano a camminare circa l'11 % più a lungo rispetto al solito, impiegando anche il 20% di tempo in meno. Il beneficio si ha però soltanto con il cioccolato fondente e non con quello al latte, che contiene circa un terzo dei polifenoli rispetto al primo: l'effetto – precisa - è infatti mediato dagli antiossidanti presenti nel cacao, molto più abbondanti nel cioccolato amaro. Non a caso nel sangue dei pazienti è possibile misurare quantità maggiori di polifenoli dopo il consumo del cioccolato fondente e questi composti, negli studi su cellule che abbiamo condotto, si sono dimostrati in grado di ridurre lo stress ossidativo cellulare e di interferire con la produzione di ossido nitrico aumentandone la quantità: questa molecola è un potente vasodilatatore, per cui mangiare cioccolata riduce lo stress ossidativo dei vasi sanguigni e al tempo stesso aiuta a dilatarli, aumentando l'afflusso di sangue in periferia». Gli effetti sono evidenti dopo due ore dal consumo del cioccolato e confermano quelli ottenuti in precedenza su fumatori che, dopo aver mangiato cioccolato fondente, mostravano un aumento della dilatazione dei vasi sanguigni. «La ricerca è stata condotta su un numero esiguo di casi – aggiunge Lorenzo Loffredo, ricercatore alla Clinica medica dell'Università romana – per cui i dati andranno confermati; sarà anche importante capire che cosa accade con un consumo "cronico" regolare di cioccolato. Scegliendo quello fondente – assicura infine - si può tuttavia esser certi di introdurre buone quantità di antiossidanti che possono essere d'aiuto al proprio benessere».

***

Con il cellulare condividiamo il nostro "microbioma"

La scoperta dei ricercatori della University of Oregon potrebbe avere interessanti implicazioni pratiche
Il nostro cellulare è uno specchio dei microbi che portiamo sul corpo e che costituiscono il nostro "microbioma". Ad essere più "intimamente connesse" col proprio cellulare sono le donne, i cui batteri sono rispecchiati più fedelmente dalle colonie presenti sul proprio smartphone rispetto a quelli dei maschi. Lo dimostra uno studio di James Meadow della University of Oregon e pubblicato sulla rivista "Peer J. Meadow" ha esaminato i batteri presenti su touchscreen di un campione di individui e poi i batteri presenti sulla loro mano dominante (destra per i destri, sinistra per i mancini). È emersa una elevata concordanza tra il "microbioma" del cellulare e quello del suo possessore (una concordanza media dell'82%), specie se donna. I batteri più comunemente presenti sia sui telefoni sia sulle mani appartengono ai tre gruppi Streptococco, Stafilococco e Corynebacterium. Secondo Meadow la scoperta può portare ad applicazioni pratiche: in primis i cellulari possono diventare sensori per effettuare esami non invasivi di un soggetto e per monitorare eventuali minacce di infezione; poi, specie nella pratica clinica e nelle corsie dell'ospedale, significa che quando personale medico e paramedico, nonché i visitatori, maneggiano i propri cellulari in reparto stanno comunque introducendo o portando fuori dall'ospedale potenziali agenti patogeni, cosa non da poco visto che le infezioni ospedaliere riguardano un paziente su 20.

***

L'esame dei nei può svelare rischio cancro seno

Potrebbe essere sufficiente anche un semplice 'esame della pelle', che verifichi la presenza di nei al fine di individuare il possibile rischio di tumore al seno nella donna. Infatti due grossi studi indipendenti, uno condotto in Usa uno in Francia, dimostrano l'associazione tra la presenza di nei cutanei (scientificamente detti nevi), specie se in gran quantità, e il rischio di questo tumore. Pubblicati entrambi sulla rivista "PLOS Medicine", gli studi sono stati condotti rispettivamente dalla Indiana e dall'INSERM in Francia. Alle donne americane è stato chiesto di contare i nei presenti sul

loro braccio sinistro di dimensioni superiori a tre millimetri e i ricercatori hanno stimato che una donna con più di 15 nei in questo distretto corporeo ha un rischio di ammalarsi di cancro al seno più alto del 35% rispetto a una donna senza nei. Nello studio francese, invece, i ricercatori hanno chiesto alle donne di dire se avessero pochi, tanti o tantissimi nei sul corpo e hanno stimato che le donne con tantissimi nei hanno un rischio di sviluppare il cancro al seno di circa il 13% più alto rispetto alle donne donna con pochi o nessun neo.

***

Sindrome metabolica e analisi del rischio

Si chiama Refs, Reverse Engineering and Forward Simulation, la piattaforma analitica di ultima generazione in grado di predire il futuro rischio individuale di sindrome metabolica, una condizione che può portare a malattie cardiache croniche, ictus e diabete e che è responsabile di quasi il 20 per cento dei costi complessivi di assistenza sanitaria negli Stati Uniti. Questi, almeno, sono i risultati di uno studio sull' "American Journal of Managed Care" condotto da Aetna e Gns Healthcare, fornitori leader di prodotti e servizi per le grandi analisi di dati in ambito sanitario. «L'integrazione di informazioni da molteplici fonti aiuta a prevedere e personalizzare il rischio del paziente» esordisce Gregory Steinberg, capo della innovazione clinica all'Aetna Innovation Labs, sottolineando che l'approccio analitico contribuisce a migliorare la salute delle persone con sindrome metabolica riducendo i costi associati. «L'aspetto innovativo dello studio è che le nostre analisi possono identificare non solo i pazienti con maggiori probabilità di ammalarsi, ma anche i fattori di rischio più rilevanti nel singolo caso e gli interventi correttivi con il maggiore impatto individuale» aggiunge Colin Hill, co-fondatore di GNS, che ha analizzato i dati di quasi 37.000 assistiti da Aetna, un provider sanitario con oltre 40 milioni di iscritti, che avevano preso parte a uno screening per la sindrome metabolica. Per ogni partecipante i ricercatori hanno usato una scala che misura il rischio percentuale di esposizione a ciascuno dei cinque fattori di sindrome metabolica individuati dall'analisi, personalizzando le future probabilità di malattia. «In un paziente che mostra due dei cinque fattori di rischio, REFS stima quali altri fattori di rischio potrebbero contribuire a sviluppare la sindrome metabolica» riprende Steinberg. Il modello analitico sviluppato da GNS serve anche a identificare il rischio di malattia associato all'aderenza al follow-up e ai farmaci prescritti. «Per esempio, una visita ambulatoriale dal medico di famiglia abbassa le probabilità di sviluppare la sindrome metabolica in quasi il 90 per cento delle persone. Inoltre, la riduzione della circonferenza della vita e un buon controllo glicemico producono gli effetti migliori sul rischio di malattia e sui costi sanitari» conclude Hill.
AJMC Published Online: June 26, 2014 <http://www.ajmc.com/publications/issue/2014/2014-vol20-n6/novel-predictive-models-for-metabolic-syndrome-risk-a-big-data-analytic-approach/4>

***

Scoperto il meccanismo per mantenere in equilibrio il cervello

I ricercatori della University of California, San Diego School of Medicine hanno scoperto un meccanismo fondamentale attraverso il quale il cervello mantiene il suo equilibrio interno.
Il meccanismo, descritto sull'ultimo numero della rivista "Nature", prevede il cablaggio interno della maggior parte della base del cervello e dei processi che controllano se un neurone trasmette informazioni ad altri neuroni o sopprime questa trasmissione di informazioni. In particolare, gli scienziati hanno dimostrato che esiste un rapporto costante tra la quantità totale di stimolazione, finalizzata all'attività, che un neurone riceve da centinaia o migliaia di neuroni eccitatori che lo alimentano, e la quantità totale di 'luci rosse' che segnalano l'arresto dell'attività che riceve dagli altrettanto numerosi neuroni inibitori. "I neuroni nel nostro cervello si comportano come una sorta di conducente che in auto preme il freno e l'acceleratore allo stesso tempo", ha spiegato Massimo Scanziani, tra gli autori dello studio. "Questo significa che non c'è stimolo che è possibile applicare in grado di attivare unicamente i neuroni eccitatori o solo quelli inibitori. C'è sempre una sorta di tiro alla fune - ha continuato - strano ma molto intelligente. Esso permette al cervello di esercitare un controllo molto sottile sulla nostra risposta agli stimoli".

***

Tests al computer per ridurre uso animali

Tests al computer invece che sulle cavie, per valutare gli effetti delle sostanze chimiche, le loro proprietà tossicologiche e l'impatto sull'ambiente. Sulla sperimentazione senza animali si sono confrontato a Milano, all'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, centinaia di ricercatori da tutto il mondo riuniti per il convegno 'Qsar 2014'. Sotto la lente i metodi complementari cosiddetti 'in silico' (al computer). Gli esperti faranno il punto sulle nuove tecniche e su come sia possibile applicarle concretamente. Rappresentanti del mondo dell'industria e delle istituzioni hanno condotto una valutazione sui possibili benefici nel settore. L'Irccs Mario Negri "da molti anni è all'avanguardia nella ricerca sui metodi che utilizzano il computer per studiare le proprietà delle sostanze chimiche", sottolinea una nota dall'Istituto di via La Masa che "da decenni si occupa dello sviluppo di metodi in silico, in collaborazione e con il supporto con agenzie italiane e straniere quali il ministero della Salute, il ministero dell'Ambiente, la Environmental Protection Agency americana e numerose altre". Durante il convegno Emilio Benfenati, capo del Laboratorio di chimica e tossicologia dell'ambiente del 'Mario Negri', presenterà con i suoi collaboratori un software innovativo per visualizzare sostanze tossiche raggruppate per famiglie simili. "L'Istituto Mario Negri – spiega Benfenati – vanta un primato nel conseguimento di progetti di ricerca europei sui metodi in silico. Recentemente ha anche ottenuto un finanziamento dalla Germania, dall'Uba, per sviluppare metodi per individuare sostanze che costituiscono un rischio per l'ambiente. Ha inoltre sviluppato una piattaforma Internet chiamata Vega, per l'utilizzo dei metodi in silico sviluppati al suo interno. Questo si traduce in una finestra di intervento piuttosto piccola".

***

Ospedali Usa controllano spese pazienti per prevenzione

Negli Usa a breve i pazienti potrebbero ricevere chiamate dal proprio specialista che li ammonisce perché acquistano troppo cibo spazzatura o non hanno rinnovato l'abbonamento in palestra. Un primo progetto che analizza i dati di carte di credito e tessere punti è stato avviato dalla più grande catena di ospedali in Carolina, e secondo Bloomberg sta già suscitando interesse anche altrove. Al momento gli esperti stanno elaborando un algoritmo che elabori le informazioni su due milioni di persone per attribuire a ognuna un indice di rischio. Entro al massimo due anni i valori verranno poi utilizzati dai medici, che contatteranno le persone con i comportamenti scorretti cercando di riportarle sulla "retta via". «L'ospedale ad esempio potrà valutare il rischio che un paziente asmatico si presenti in pronto soccorso» spiega Michael Dulin, uno degli sviluppatori «in base alle spese per i farmaci, all'eventuale acquisto di sigarette o se risiede in un'area con molti pollini».

***

Televisione e mortalità: una associazione da studiare

Il tempo passato a guardare la televisione è associato a rischio di mortalità per tutte le cause. Lo stesso invece non sembra potersi dire per l'uso del computer o il tempo passato alla guida. L'attenzione sul tema e la richiesta di ulteriori ricerche che ne indaghino i meccanismi e spieghino questa associazione viene da uno studio spagnolo effettuato su un campione di oltre 13.000 laureati spagnoli con un'età media di 37 anni, seguiti per una tempo mediano di 8,2 anni. "I benefici di uno stile di vita fisicamente attivo sono ben conosciuti", spiega Miguel A. Martínez-González, University of Navarra. "Il nostro obiettivo era valutare l'associazione tra diversi tipi di abitudini sedentarie (visione della televisione, utilizzo del computer e tempo alla guida) e la mortalità per tutte le cause". La ricerca è stata svolta nell'ambito del SUN Project (Seguimiento Universidad de Navarra), uno studio prospettico di coorte per valutare le associazioni di dieta e stili di vita con l'incidenza di malattie gravi e mortalità. Le informazioni dai laureati spagnoli venivano raccolte tramite questionari autosomministrati, inviati via mail ogni due anni. Durante lo studio sono stati

registrati 97 decessi (19 per malattie cardiovascolari, 46 per tumore, 32 per altre cause). Il tempo passato a guardare la televisione era associato positivamente a tutte le cause di mortalità (dopo aggiustamento per età, sesso, fumo, introito energetico totale, aderenza alla dieta mediterranea, indice di massa corporea, uso del computer e tempo occupato alla guida). Il rischio di mortalità era due volte più alto in chi aveva riferito di guardare la televisione tre o più ore rispetto a chi aveva riferito meno di un'ora. Invece, il tempo passato usando il computer o alla guida non era significativamente associato alla mortalità. "Sono necessari ulteriori studi di coorte e trial disegnati per valutare se la riduzione del tempo passato a guardare la televisione sia in grado di ridurre la mortalità" conclude Martínez-González. "La mancanza di associazione tra l'uso del computer o il tempo passato alla guida e la mortalità richiede ulteriori conferme". J Am Heart Assoc. 2014;3:e000864 http://jaha.ahajournals.org/content/3/3/e000864.full

***

Ormoni sessuali bassi accelerano il declino fisico

Secondo uno studio australiano, gli uomini anziani con bassi livelli di testosterone o di altri ormoni sessuali hanno il doppio della probabilità di avere undeclino della funzione fisica nell'arco di tempo di due anni, rispetto ai loro coetanei che hanno livelli ormonali maggiori. Lo studio di Nemjumin Hsu e colleghi della University of Sydney è stato presentato durante il meeting congiunto della International Society of Endocrinology e della Endocrine Society ICE/ENDO 2014 di Chicago. Inoltre, gli scienziati hanno anche scoperto che un aumento della debolezza muscolare, forse dovuto a una diminuzione della concentrazione di testosterone nel sangue, potrebbe spiegare perché sussiste questo tipo di associazione. I ricercatori hanno agito nell'ambito del Concord Health and Ageing Project (CHAMP) di Sydney, coinvolgendo 1.318 uomini con almeno 70 anni il cui stato di salute è stato valutato nel corso dello studio, dal 2005 al 2007 e ancora due anni più tardi. "Concentrazioni basse di testosterone, estradiolo ed estrone possono essere importanti marcatori biologici per il declino fisico negli uomini più anziani", ha commentato Hsu.

***

Studi clinici controllati: è meglio la randomizzazione classica o adattiva?

Nel regolamento dei piloti militari, il comma 22 dell'articolo 12 contraddiceva il comma 1: il solo motivo valido per chiedere il congedo è la pazzia, recitava il primo; ma chiunque lo chieda non è pazzo affermava l'altro. E lo stesso accade nei trial clinici: per capire se una nuova cura è migliore dell'attuale si assegna metà pazienti a ogni trattamento. Ma chi partecipa non sempre si accontenta del 50% di probabilità di riuscita, e spesso la ricerca non raggiunge un numero sufficiente di partecipanti, vanificando gli sforzi di migliorare la cura. Ma un nuovo studio su "Stroke" svolto dai ricercatori dell'università del Michigan promette un approccio diverso dal classico 50 e 50 pur mantenendo il confronto fra gruppi. È la cosiddetta randomizzazione adattiva (Rar): invece di assegnare a caso ogni malato a un trattamento, il nuovo metodo regola le quote con il progredire dello studio: se i primi risultati mostrano che uno trattamento sembra funzionare meglio, le probabilità di riceverlo aumentano per ogni nuovo paziente reclutato. Dice William Meurer, il medico d'urgenza che ha condotto lo studio: «Nell'ambito degli studi clinici sperimentali il disegno adattivo usa i dati raccolti per modificare la strategia di sperimentazione senza perdere significatività statistica». Studi di questo tipo soddisfano contemporaneamente una componente etica sia individuale, cioè fornire al paziente la miglior cura possibile, sia collettiva, cioè fornire alla popolazione affetta da una patologia una prova sufficiente dell'efficacia di un farmaco. «Supponiamo che nel corso di uno studio di confronto tra un farmaco e placebo i risultati preliminari facciano supporre che il farmaco sia efficace: sarebbe eticamente corretto continuare ad assegnare metà dei pazienti al placebo?» si domanda il ricercatore. Dando per scontata la risposta negativa, la risposta è la randomizzazione adattiva, che non trascura la componente etica permettendo di non perdere la rilevanza statistica dello studio in corso. Riprende Meurer: «Per confrontare il gradimento della

randomizzazione classica e adattiva abbiamo invitato 418 persone a immaginarsi appena colpiti da un ictus mostrando loro a caso l'uno o l'altro di due videoclip che descrivevano un protocollo di studio che reclutava pazienti con ictus». Il passo successivo è stato di chiedere ai due gruppi se in caso di ictus si sarebbero offerti volontari per partecipare allo studio che avevano visto. «Ciò che i partecipanti non sapevano è che metà di essi aveva visto il video di un classico studio randomizzato e l'altra metà lo stesso video con un'aggiunta: se un trattamento sembrava migliore nei pazienti precedenti, le probabilità di ottenerlo sarebbero aumentate in quelli nuovi» riprende il ricercatore. Ebbene, solo il 54% delle persone che avevano visto il primo video avrebbe partecipato allo studio, mentre lo avrebbe fatto il 67% degli spettatori del secondo, quello che descriveva la Rar. «Anche se questo è uno scenario del tutto ipotetico, i risultati ottenuti mostrano l'indubbio gradimento del disegno adattivo, che potrebbe essere particolarmente importante in situazioni di emergenza, quando i pazienti o i loro cari hanno a pochi minuti per fare una scelta» conclude Meurer. Stroke. 2014;45:2131-2133.

***

Obbligatoria pubblicazione sintesi dati studi clinici

Dal prossimo 21 luglio chi finanzia uno studio o una sperimentazione clinica sarà obbligato a pubblicare i risultati sul database europeo degli studi clinici EudraCT, gestito dall'Agenzia europea dei farmaci (Ema). Lo rende noto lo stesso ente dal suo sito. Questa data è in linea con il completamento della programmazione del database, come spiegano le linee guida della Commissione europea, in applicazione di una direttiva del 2001 sulle sperimentazioni cliniche. La sintesi dei risultati degli studi sarà così disponibile pubblicamente non appena i finanziatori inizieranno ad adempiere ai propri obblighi legali. In particolare, per gli studi che si concluderanno entro o dopo il 21 luglio, i risultati andranno pubblicati entro i 6 o 12 mesi successivi alla fine della sperimentazione. Per gli studi conclusi prima di quella data, i finanziatori dovranno pubblicare i risultati in retrospettiva.

***

Interazioni farmaci-alimenti per favorire l'azione terapeutica ed evitare combinazioni potenzialmente dannose

Tra i fattori che concorrono al buon esito di una terapia (condizioni generali di salute, età, sesso, peso corporeo, stili di vita, storia clinica, patologie e terapie in corso, aderenza del paziente, appropriatezza della prescrizione e cooperazione con il medico curante ecc.), un'importanza non trascurabile rivestono le interazioni del farmaco con altri medicinali, con integratori, prodotti erboristici e alimenti.
Le interazioni farmacologiche sono oggetto di attenzione da parte delle aziende farmaceutiche e delle Agenzie regolatorie già nella fase di sviluppo di un farmaco. L'Agenzia Europea dei Medicinali ha sviluppato e aggiornato (nel 2013) delle apposite linee guida http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2012/07/WC500129606.pdf ("Guideline on the Investigation of Drug Interactions"), che delineano un approccio globale alla valutazione del potenziale di interazione di un farmaco durante il suo sviluppo e forniscono un indirizzo per garantire che il medico prescrittore riceva informazioni chiare sul potenziale di interazione e consigli pratici su come gestirle.
Il documento fornisce raccomandazioni sugli studi di farmacocinetica e farmacodinamica da condurre sulle interazioni farmaco-farmaco e sulle interazioni cibo-farmaco, contiene suggerimenti sulla progettazione degli studi, sulla presentazione dei risultati e sulla loro traduzione in raccomandazioni di trattamento nell'etichetta del medicinale. Le linee guida descrivono come sviluppare le raccomandazioni in base alla rilevanza clinica delle interazioni e alla possibilità di correggere le dosi o monitorare i pazienti durante il trattamento.
Cibi e bevande possono influire sull'assorbimento, il metabolismo, la biodisponibilità e l'escrezione del farmaco, renderlo inefficace, potenziarne la tossicità o un particolare effetto collaterale o creare effetti indesiderati anche gravi. Chi assume un medicinale dovrebbe quindi seguire attenta-

mente le avvertenze contenute nel foglio illustrativo e le raccomandazioni del medico prescrittore e rivolgersi al medico e/o al farmacista per qualsiasi dubbio che riguardi le modalità di assunzione del farmaco e le possibili interazioni con i cibi e le bevande nel corso del trattamento: dall'opportunità di assumere il farmaco a stomaco vuoto (un'ora prima o due ore dopo i pasti) oppure durante o dopo un pasto (a stomaco pieno), all'esclusione temporanea dalla propria dieta di particolari alimenti o bevande.
Un regime alimentare adeguato consentirà di ridurre gli effetti collaterali associati all'interazione farmaco-alimenti e massimizzare l'efficacia della terapia. Alcune medicine agiscono più rapidamente (o lentamente), meglio (o peggio) se assunte a stomaco vuoto (o pieno). D'altra parte, alcuni farmaci possono provocare disturbi gastrici, e la presenza di cibo nello stomaco a volte è in grado di limitare tale effetto. Il cibo infatti aumenta la secrezione di acido cloridrico nello stomaco, favorendo la soluzione di molecole basiche e contrastando quella di molecole acide. I cibi ad elevato contenuto lipidico stimolano invece le secrezioni biliari, favorendo l'assorbimento dei farmaci liposolubili.
Gli alimenti, quindi, possono influenzare l'efficacia e l'effetto terapeutico di un farmaco. L'alcol, ad esempio, può amplificare o ridurre l'effetto di molti medicinali. Il succo di pompelmo andrebbe evitato se si assumono farmaci come ciclosporina, buspirone, chinino (anti-malarico), triazolam, e alcuni farmaci calcio-antagonisti, antistaminici e per l'ipertensione. La liquirizia, se assunta con farmaci a base di digossina usati per trattare l'insufficienza cardiaca congestizia e le anomalie del ritmo cardiaco, può aumentare il rischio di tossicità della digossina. Può rendere anche meno efficaci i farmaci per la pressione arteriosa o i diuretici (tra cui idroclorotiazide e spironolattone). Gli inibitori delle monoaminoossidasi (MAO) non dovrebbero essere assunti con quantità eccessive di cioccolato. La caffeina contenuta nel cioccolato può anche interagire con alcuni stimolanti (metilfenidato), potenziandone il loro effetto, o può contrastare l'effetto di sedativi-ipnotici (zolpidem). Interazioni farmacologiche sono possibili anche con gli integratori alimentari. L'"erba di San Giovanni" (iperico perforato) è un induttore degli enzimi epatici e può ridurre la concentrazione nel sangue di farmaci come la digossina, la lovastatina e il sildenafil. L'assunzione di vitamina E con un farmaco che fluidifica il sangue come il warfarin potenzia l'attività anticoagulante aumentando il rischio di sanguinamento. Anche Il ginseng può influire sugli effetti di sanguinamento del warfarin. Inoltre, può rafforzare gli effetti di sanguinamento dell'eparina, dell'aspirina e di farmaci anti-infiammatori non steroidei come l'ibuprofene, il naproxene, il ketoprofene. La combinazione di ginseng con gli inibitori della MAO può causare mal di testa, disturbi del sonno, nervosismo e iperattività. Il Ginkgo Biloba ad alte dosi riduce l'efficacia della terapia anticonvulsivante in pazienti che assumono farmaci per il controllo delle crisi epilettiche come quelli a base di carbamazepina e acido valproico. Sono solo alcuni degli esempi <http://www.fda.gov/forconsumers/consumerupdates/ucm096386.htm#beverages> proposti dall'FDA (Food and Drug Administration), l'Agenzia regolatoria statunitense che, insieme alla Lega Nazionale dei Consumatori (NCL), ha curato un'apposita guida <http://www.fda.gov/downloads/drugs/resourcesforyou/consumers/buyingusingmedicinesafely/ensuringsafeuseofmedicine/generaluseofmedicine/ucm229033.pdf> intitolata Avoid food-drug Interaction".
La guida di cui proponiamo qui una sintesi <http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/sintesi_interazioni_farmaci_alimenti.pdf>, riporta le principali interazioni di alimenti e bevande con i più comuni farmaci impiegati per il trattamento di allergie, artriti, dolore e febbre, ansia, disturbi cardiovascolari, malattia da reflusso gastroesofageo (GERD) e ulcere, ipotiroidismo, infezioni, disturbi psichiatrici e osteoporosi. Indica inoltre quali alimenti e/o bevande andrebbero evitati o ridotti e quali farmaci vanno assunti a stomaco pieno o vuoto.

***

Sanità, oltre 275 mln spesa per consulenze nel 2012

Oltre 275 milioni di euro: a tanto ammonta la spesa in incarichi e consulenze nel Servizio sanitario nazionale. Una somma pari a circa il 27% della spesa complessiva - per incarichi e consulenze - della Pubblica amministrazione. È quanto emerge dal rapporto del ministero per la Semplificazione relativo al 2012, trasmesso al Parlamento dal ministro Marianna Madia. Nel dettaglio, il rapporto mostra che all'interno del comparto sanità la spesa per i compensi liquidati ai dipendenti del Ssn sfiora i 52 milioni, mentre i compensi liquidati a consulenti e collaboratori esterni superano

i 223 milioni. L'analisi offerta dalla distinzione per tipologie istituzionali evidenzia che le amministrazioni incluse nella sanità sono quelle che registrano la quota più elevata di incarichi liquidati a dipendenti con importi fino a 500 euro (26,58% di tutti gli incarichi affidati a dipendenti nel 2012), seguiti dalla scuola (25,08%), dai ministeri, presidenza del Consiglio dei ministri e agenzie fiscali (20,03%), dalle Regioni ed autonomie locali (18,91%), e dalle Università (8,04%). E ancora: il maggior numero di incarichi appartenenti alla classe di importo oltre 15.000 euro sono liquidati dalle Regioni e autonomie locali (27,91%) e dalla sanità (23,13%).

***

Rischio autismo aumenta a seconda della razza materna. Studio università California su 1,6 mln bimbi nati tra 1995-2006

Il rischio dei bambini di sviluppare l'autismo, o fenotipi diversi di autismo, aumenta a seconda della razza materna, dell'etnia e dell'origine. Lo rivela una ricerca dell'Università della California, secondo la quale i figli di madri afro-americane, asiatiche e ispaniche degli Stati Uniti, presenterebbero una maggiore possibilità di incorrere in un disturbo dello spettro autistico, anche in comorbidità con il ritardo mentale, rispetto ai bambini bianchi sempre nati negli Stati Uniti.
Lo studio, pubblicato sulla rivista "Pediatrics", è stato realizzato dai dipartimenti di Epidemiologia e Scienze della salute, di Psichiatria, Scienze comportamentali e Medicina di Famiglia sui minori nati a Los Angeles che hanno avuto la loro prima diagnosi di autismo tra i 3 e i 5 anni nel periodo che va dal 1998 al 2009. I bambini identificati sono stati poi collegati ai 7.540 soggetti con disturbo dello spettro autistico, individuati all'interno di una coorte di 1.626.354 soggetti nati tra il 1995 e il 2006.
"Differenze fenotipiche nella presentazione del disturbo nell'infanzia, in gruppi di minoranze, possono indicare l'eterogeneità eziologica o soglie diverse di diagnosi – chiariscono i ricercatori – i bambini di madri afroamericane degli Stati Uniti, nere e nate all'estero o originarie del centro sud America, e le madri ispaniche nate negli Usa sono infatti a più alto rischio di sviluppare un fenotipo di disturbo autistico, associato a gravi esplosioni emotive e alterazione del linguaggio espressivo, rispetto ai figli di americani bianchi".
Gli studiosi concludono: "Gli studi futuri dovranno esaminare i fattori legati alla natività e alla migrazione, perché possono avere un ruolo importante nell'eziologia così come nell'identificazione e nella diagnosi del disturbo dello spettro autistico nei bambini".

***

Psicofarmaci, in Usa assunti da oltre 8 milioni bimbi

Nel 2013 diagnosticati 1.400 con Adhd in solo primo anno vita
(DIRE - Notiziario Minori) Roma, 27 giu. - In Usa, solo nel primo anno di vita, sono stati diagnosticati 274mila bambini con disturbo psichiatrico, 1.400 con sindrome da deficit di attenzione e iperattività (Adhd), 26mila con depressione, 654 psicotici e 227mila ansiosi. Lo riferisce l'IMS Health, la più importante società fornitrice di dati medici sulle prescrizione degli Stati Uniti, analizzando il database nazione relativo unicamente al 2013. Valori ben più elevati si registrano poi sul campione 0-17 anni, tanto che ad assumere psicofarmaci sono più di 8 milioni di minori, e oltre un milione sono sotto i cinque anni. Ma a far discutere sono senz'altro i valori relativi all'Adhd, che riguardano oltre 4 milioni di soggetti.
Con Rush Hour in Italia si riaccende l'attenzione sull'ADHD - Torna d'attualità in Italia il dibattito sulla sindrome da deficit di attenzione e iperattività grazie all'uscita oggi nelle sale cinematografiche del film documentario Rush Hour. L'uso di "sostanze eccitanti (Ritalin) per la cura dell'Adhd è aumentato di un sorprendente 100% in più di 50 paesi", denuncia il film. Un allarme raccolto dalla Commissione dei cittadini per i diritti umani (Cchr), che sul sito scrive: "Sono milioni i bambini diagnosticati con sindrome da deficit di attenzione e iperattività, disturbo bipolare, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo d'ansia sociale e molte altre etichette psichiatriche (diagnosi), nessuna delle quali è supportata da test medici o confermata dalla scienza come disfunzione fisica (malattia)".

A fronte di ciò, "i genitori non ricevono informazioni precise sulle etichette psichiatriche (disturbi mentali) o i farmaci prescritti per 'trattare' i loro figli – prosegue il Cchr – gli viene semplicemente detto che il loro bambino è malato mentalmente e, il più delle volte, deve assumere farmaci psichiatrici, compresi quelli per l'Adhd che la Drug Enforcement Administration categorizza nella stessa classe delle sostanze che creano forte dipendenza come la cocaina, la morfina e l'oppio".
Non esiste un test per l'ADHD - Anche il National institute of health consensus (Nih) ha dichiarato che "non abbiamo un valido test indipendente per l'Adhd, e non ci sono dati che indicano che l'Adhd causi un malfunzionamento del cervello". Davanti ad una assenza di prove scientifiche "chiunque virtualmente, in qualsiasi momento, potrebbe rientrare nel disturbo bipolare o nella sindrome da deficit di attenzione e iperattività (Adhd). Chiunque – ripete Stefan Kruszewski, noto psichiatra – questo diventa quindi un problema di tutti, poiché anche una sola di queste 'malattie' innesca il dispenser della pillola".
I consigli del CCHR ai genitori - "La prima cosa che i genitori dovrebbero sapere è che non ci sono prove mediche che possano dimostrare che il vostro bambino è 'malato di mente'. In realtà qualsiasi diagnosi di disturbo mentale si basa unicamente su un parere, su un semplice elenco di comportamenti". Per questo motivo la Commissione dei cittadini per i diritti umani ha stilato quattro consigli per i genitori: "Chiedete di vedere il test di laboratorio, la scansione cerebrale, l'esame del sangue o i raggi X che dimostrano che il bambino abbia un disturbo mentale che richiederebbe un trattamento; Se sono raccomandati dei farmaci per vostro figlio, stampate le avvertenze internazionali e tutti gli studi relativi ai rischi connessi a qualsiasi tipo di medicinale consigliato. Consegnateli al medico/psichiatra che ve li ha prescritti per sapere se ne è a conoscenza (spesso sono informati solo dai rappresentanti farmaceutici); Se lo psichiatra/medico vi dà una prova che il bambino ha un 'disturbo mentale' inviatecela e noi vi dimostreremo che è falsa; Ci sono alternative non farmacologiche per trattare problematiche come i disturbi dell'umore, d'attenzione e di comportamento che non richiedono un'etichetta psichiatrica stigmatizzante. Avete il diritto di conoscere i trattamenti non farmacologici e – conclude il Cchr – di avere un secondo parere".
Assunzione di farmaci psichiatrici nel dettaglio - Da 0 a 1 anni sono 274.804 i bambini che assumono psicofarmaci; da 2-3 anni 370.778; da 4 a 5 anni 500.948; da 6 a 12 anni 4.130.340; da 13 a 17 anni 3.617.593. Il totale complessivo 0-17 anni è di 8.389.034.
Assunzione di farmaci per l'ADHD nel dettaglio - Da 0-1 anni sono 1.422 i bambini che assumono farmaci per trattare l'Adhd; da 2-3 anni 10.413; da 4-5 anni 181.023; da 6-12 anni 2.723.126; da 13-17 anni 1.775.896. Il totale complessivo 0-17 anni è di 4.404.360.
Assunzione di antidepressivi nel dettaglio - Da 0-1 anni sono 26.406 i bambini che assumono antidepressivi; da 2-3 anni 46.102; da 4-5 anni 45.822; da 6-12 anni 686.950 ; da 13-17 anni 1.444.422. Il totale complessivo 0-17 anni è di 2.165.279.
Assunzione di antipsicotici nel dettaglio - Da 0-1 anni sono 654 i bambini che assumonoantipsicotici; da 2-3 anni 3.760; da 4-5 anni 24.363; da 6-12 anni 359.882; da 13-17 anni 490.272. Il totale complessivo 0-17 anni è di 830.836.
Assunzione antiansioloitici nel dettaglio - Da 0-1 anni sono 227.132 i bambini che assumono antiansiolitici; da 2-3 anni 282.759; da 4-5 anni 247.754, da 6-12 anni 790.149; da 13-17 anni 650.273. Il totale complessivo 0-17 anni è di 2.132.625.

***

Pazienti e cittadini per l'equità delle cure contro il dolore

In Europa il dolore fa perdere 500 milioni di giornate lavorative e 34 miliardi di euro. Gli esperti, insieme a pazienti e cittadini, hanno definito le scelte "giuste" sui trattamenti
«Il dolore è una patologia ancora sottodiagnosticata e sottotrattata, con rilevanti costi sociali ed economici. In Europa colpisce un cittadino adulto su cinque e fa perdere 500 milioni di giornate lavorative, l'equivalente di 34 miliardi di euro. Spesso sono anche gli esami inutili e le terapie inadeguate a incidere sui sistemi sanitari. Siamo di fronte a un'epidemia invisibile: nelle rilevazioni statistiche il dolore come vera e propria malattia non esiste, ma si nasconde all'interno di altre diagnosi». A dirlo è Hans Kress, presidente dell'Efic-European Pain Federation, organizzazione multidisciplinare di ricerca e cura del dolore, in occasione di IMPACT proactive 2014, che ha visto confluire a Firenze oltre 200 delegati provenienti da tutto il Paese,

in rappresentanza di Istituzioni, società scientifiche, associazioni di pazienti e cittadini. E da cui sono uscite alcune raccomandazioni; le principali: implementare il lavoro d'équipe e la presa in carico integrata del paziente; dedicare tempo adeguato all'ascolto del malato, rendendolo più partecipe nelle scelte di cura; privilegiare un approccio precoce al dolore, senza attendere che cronicizzi; evitare di prescrivere esami e terapie senza prima un inquadramento clinico e psicologico del paziente; scoraggiare l'uso improprio di Fans e dell'automedicazione; intensificare l'impegno nel formare i medici e informare i cittadini.
«Uno dei fronti su cui occorre lavorare - sostiene Gian Franco Gensini, presidente del Comitato scientifico di IMPACT proactive e professore di Medicina interna all'Università di Firenze - è quello dell'umanizzazione della medicina. Serve un maggiore sforzo dei clinici verso la riflessione e la disponibilità all'ascolto del paziente, che si attua dando valore alla sua specifica storia e instaurando con lui una relazione simmetrica. Solo così sarà possibile raccogliere le informazioni e sviluppare gli strumenti necessari affinché le cure siano davvero "tailor-made"».
È in questa direzione che i gruppi di lavoro di IMPACT proactive 2014 hanno individuato una serie di scelte "giuste", condivise e appropriate, sui trattamenti da implementare e quelli da ridimensionare. «Tutti gli attori del sistema – raccomanda Gensini - devono esserne resi consapevoli. Ciò che è inutile, infatti, non è detto che non sia anche dannoso, per l'ulteriore aggravio di costi sanitari ma soprattutto per la salute del malato. I tempi ora sono maturi per passare da "IMPACT proactive" a "IMPACT in action": sulla base delle scelte "giuste", ci auguriamo di poter avviare entro l'anno alcune azioni pilota che ci consentano di implementare un reale cambiamento nella pratica clinica di gestione del dolore».
Un problema, quello dei trattamenti inappropriati ed evitabili, comune a molti Paesi europei, come ha sottolineato Kress, per cui l'Efic sta collaborando con l'Oms per una nuova edizione dell'International classification of diseases e poter così attribuire alla patologia dolorosa un suo specifico codice. Lo stesso Kress ha espresso apprezzamento per la legge italiana n.38 del 2010 sulle cure palliative e la terapia del dolore. Eppure proprio nel nostro Paese questa legge è ancora troppo spesso disattesa, come denunciano anche le associazioni di pazienti e cittadini: «Se possono esserci differenze nel trattamento del dolore tra i vari Paesi europei – osserva Rosario Trefiletti, presidente di Federconsumatori - è invece inaccettabile che vi siano disparità all'interno di un medesimo Servizio sanitario nazionale, tra Regione e Regione». Per Trefiletti la legge 38/2010 è «un'ottima legge per contrastare un reale problema di salute pubblica, ma è fondamentale che i cittadini conoscano e rivendichino con determinazione il loro diritto a ricevere in tutta Italia il medesimo livello di assistenza». Per questo il rappresentante dei consumatori preannuncia che l'associazione che presiede si impegnerà per diffondere «il massimo livello di informazione» attraverso le oltre mille sedi che ha sul territorio. Dal canto suo, spiega Sandra Vernero, segretario generale di Slow Medicine, l'associazione ha lanciato in Italia, «in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti, il progetto "Fare di più non significa fare meglio"». L'iniziativa «si propone di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari in Italia - precisa - attraverso la riduzione di esami diagnostici e trattamenti che spesso non sono efficaci e rischiano al contrario di essere dannosi: di questi esami e trattamenti, come la risonanza magnetica della colonna nel mal di schiena o pesanti trattamenti antitumorali nei pazienti oncologici in fase terminale, dovranno interrogarsi e parlare tra loro i medici, gli altri professionisti e i pazienti, perché le scelte siano informate, sagge e condivise».

LE "SCELTE GIUSTE" DEI GRUPPI DI LAVORO DI IMPACT

Gruppo 1 - Unità Cure palliative e Medicina generale: "Scelte sagge" per favorire l'integrazione sul territorio, in linea con la legge 38/2010

Cosa fare

– Presa in carico integrata e multiprofessionale del malato e della sua famiglia
– Care/case management nella gestione del piano assistenziale individuale condiviso e comunicato
– Disponibilità di strumenti Ict per la condivisione in tempo reale tra i professionisti dei problemi del malato e della sua famiglia
– Sviluppare la formazione in medicina palliativa nei corsi di laurea e nella formazione generalista e specialistica
– Utilizzo sistematico degli indicatori di processo e di risultati

Cosa non fare
– Escludere il malato e la sua famiglia nelle scelte di cura
– Implementare modelli autoreferenziali
– Confondere le cure palliative con le cure di fine vita
– Prescrivere accertamenti diagnostici e terapie non coerenti col progetto assistenziale
– Avviare percorsi di cure palliative al di fuori della rete locale di cure palliative

Gruppo 2 - Istituzioni e associazioni dei pazienti: "Scelte sagge" per rispettare i doveri delle Istituzioni e i diritti dei cittadini, in linea con la legge 38/2010
Cosa fare
– Garantire una relazione continua tra Associazioni di cittadini e i responsabili legali delle strutture, tramite incontri periodici come strumento di verifica e controllo, ai vari livelli istituzionali
– Educare ai diritti su trattamento e prevenzione anche in merito al dolore, fin dalle scuole pubbliche
– Misurare meglio il dolore, registrandolo e rivalutandolo in tutti i setting assistenziali
– Prendere in carico il malato e non la malattia
– Ascolto e relazione riconosciuti come tempo di cura
Cosa non fare
– Non lasciare le cose come stanno
– No a "orticelli" e non duplicare i centri decisionali
– Non dare per scontata la conoscenza della legge, della rete e della cura
– Non limitarsi agli indicatori di processo ma usare anche quelli di risultato clinico
– Non confondere nuove tecnologie / nuovi farmaci come progresso di cura

Gruppo 3 - Le "Scelte sagge" da adottare per un'appropriata diagnosi e terapia del Btcp (Breakthrough cancer pain), in linea con la legge 38/2010
Cosa fare
– Sistematizzazione della diagnosi e caratterizzazione in tutti i setting di cura, preferibilmente con l'algoritmo di Davies
– Formazione continua di tutti gli operatori del sistema
– Attività educazione del paziente e care-giver
– Audit periodici per la rilevazione degli scostamenti tra le indicazioni delle linee guida e la pratica (metodologia PDTI)
– Riconoscimento e valorizzazione del ruolo professionale dell'infermiere
Cosa non fare
– Non negare/sottovalutare il problema al paziente
– Lasciare scoperti dolori procedurali
– Non limitare l'approccio alla sola terapia farmacologica ma al paziente in toto (psicologico, cognitiva, motivazionale)
– Non utilizzare un farmaco per il BTcP se non è caratterizzato e curato adeguatamente il dolore di base
– Trascurare il monitoraggio quotidiano del BTcP e dell'appropriatezza delle terapie in atto

Gruppo 4 - L'approccio multidisciplinare per la gestione del dolore in linea con la legge 38: anestesisti, neurologi e chi altri?
Cosa fare
– Dedicare tempo adeguato all'ascolto del paziente
– Definizione e condivisione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali
– Sensibilizzazione e coinvolgimento dei cittadini e delle associazioni
– Formazione (Corsi di laurea, Specialità, Corsi di formazione in Mg, Ecm, personale medico e infermieristico)
– Prevedere meccanismi premianti e sanzionatori per il sistema regionale
Cosa non fare
– Richiedere esami e prescrivere terapie prima di un inquadramento del paziente
– Utilizzo improprio dei Fans
– Automedicazione

- Applicazione di modelli organizzativi troppo rigidi
- Preclusione all'integrazione di soluzioni e medicine complementari (esempio agopuntura)

Gruppo 5 - Il dolore osteoarticolare: le "Scelte sagge" in linea con la legge 38/2010
Cosa fare
- Implementare Lavoro di équipe (anche tramite reti informatiche, identificare case manager)
- Fisioterapia precoce e igiene posturale
- Atteggiamento aperto verso le medicine integrative con Ebm (es. agopuntura)
- Formazione (op. sanitari), informazione (dei cittadini)
- Standardizzazione (assessment e terapeutica)

Cosa non fare
- Scoraggiare automedicazione
- Non attendere la cronicizzazione del dolore (approccio precoce e meditato)
- Scoraggiare prescrizione Fans in pazienti complessi (es. malattia reale cronica)
- Non utilizzare procedure invasive in prima istanza (es. infiltrazioni)
- Scoraggiare un approccio non evidence-based

***

Prime linee guida italiane sulla gestione del dolore in emergenza.

Si tende a trascurarlo, ma che si tratti di un infarto o di un osso rotto, per il 70 per cento dei pazienti che arrivano in pronto soccorso, il dolore è un elemento inestricabile dalla condizione che li ha portato a rivolgersi ai servizi di emergenza.
Tuttavia, finora, nessuno aveva fornito ai medici italiani che si trovano ad assistere questi pazienti indicazioni chiare e univoche su come affrontare il dolore. Non stupisce allora che «numerosi studi hanno documentato un inadeguato controllo del dolore nel setting preospedaliero e di pronto soccorso», si legge nelle linee guida redatte dalla Società italiana di anestesia analgesia, rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI) insieme alla Società italiana di medicina di emergenza-urgenza (SIMEU) all'Italian Resuscitation Council (IRC), alla Società italiana di anestesia rianimazione emergenza e dolore (SIARED), alla Società italiana sistema 118 (SIS 118), all'Associazione italiana per lo studio del dolore (AISD) e alla Società italiana di chirurgia d'urgenza e del trauma (SICUT).
Ora, il documento dovrebbe rendere più semplice fornire risposte terapeutiche più efficaci.
In sintesi, le linee guida raccomandano di intervenire subito, fin dai primi soccorsi in ambulanza e in pronto soccorso, con procedure e farmaci adatti al singolo caso e a rapida azione. Indicano inoltre il tipo di trattamento da eseguire a seconda della tipologia di dolore e di paziente. «Farmaci da banco come il paracetamolo nel dolore lieve e moderato, farmaci oppioidi nel dolore severo, ma anche tecniche non farmacologiche come il ghiaccio, tutori, protossido d' azoto, tecniche psicologiche cognitivo comportamentali e/o tecniche locoregionali di infiltrazione con anestetici locali o blocchi locoregionali ecoguidati», spiega Gennaro Savoia, direttore UOSC Terapia intensiva grandi ustionati dell'ospedale Cardarelli di Napoli e membro SIAARTI che ricorda come il documento arrivi in un momento importante per il nostro Paese.
«Con le nuove linee guida si completano i percorsi ospedale-territorio senza dolore auspicati dalla legge 38 del 2010 sul dolore e sulle cure palliative. Tutti gli operatori devono saper distinguere tra dolore nocicettivo, neuropatico e misto e devono saper individuare i segni di allarme (bandierine

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

L'oggi e il domani

rosse) di sindromi gravi da un punto di vista diagnostico, anche se il loro numero è veramente marginale». Soprattutto si spera che con le nuove linee guida il trattamento del dolore diventi più uniforme sul territorio nazionale e tra le diverse categorie di malati. Ancora oggi infatti «ridotta somministrazione di analgesici nelle donne e nei pazienti non italiani», ricorda lo specialista.

***

Probiotici: gli esperti fanno chiarezza

Un incontro di esperti di diversi Paesi organizzato dalla International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics (Isapp) per discutere di probiotici e aggiornare le definizioni oggi disponibili. Il meeting si è svolto lo scorso 23 ottobre e i risultati dell'incontro – che ha visto la partecipazione di gastroenterologi, pediatri, medici di famiglia e anche di esperti di microbiota, genetica dei microrganismi e immunologia – sono stati da poco pubblicati sulla rivista Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology. «Dopo aver valutato attentamente le ricerche pubblicate negli anni sull'argomento, siamo arrivati alla conclusione che la precedente definizione di probiotico deve essere rivista e aggiornata, e che il termine può essere applicato solo ad alcune specie microbiche ben studiate e conosciute» spiegano gli autori del documento, convinti che una definizione più precisa del termine potrà essere di grande aiuto non solo per i ricercatori, i medici e il personale sanitario, ma anche per le aziende produttrici, gli enti regolatori e i consumatori. Come ricordano gli autori, non si tratta di partire da zero per arrivare a una definizione del termine e a linee guida per l'utilizzo: definizione e linee guida ufficiali esistono già, ma risalgono rispettivamente al 2001 e al 2002 quando gli esperti Fao/Oms si sono riuniti per discutere di probiotici, un settore emergente della scienza a quei tempi. Ed ecco la definizione cha ha ormai compiuto 13 anni: «I probiotici sono microrganismi vivi che, quando somministrati in dosi adeguate, conferiscono un benefici di salute a chi li assume». Questa definizione ha preso presto piede ed è oggi diffusa e accettata in tutto il mondo assieme alle linee guida pubblicate l'anno seguente. «Da allora sono stati effettuati moltissimi studi sui probiotici e sono anche stati immessi in commercio numerosi prodotti che li contengono» spiega Colin Hill del Alimentary Pharmabiotic Center in Irlanda, che poi prosegue: «Sfortunatamente, negli anni sono aumentati anche i casi di utilizzo scorretto del termine e sono stati immessi sul mercato come probiotici molti prodotti che in realtà non superano i requisiti minimi per essere definiti tali». Nasce anche da qui la necessità di riprendere in mano i documenti Fao/Oms e aggiornarli tenendo conto dei progressi della scienza e della tecnologia e delle nuove possibili applicazioni. E anche se le autorità regolatorie si sono dimostrate sempre più interessate al settore probiotici, soprattutto al fine di proteggere i consumatori da etichette e claim pubblicitari poco corretti, secondo gli autori era giunto il momento di rivedere il materiale disponibile, utilizzare definizioni corrette e fornire indicazioni chiare per tutte le persone coinvolte. «Lo scopo del nostro lavoro è di fornire a tutti – consumatori, legislatori, ricercatori, personale sanitario e industriali – linee guida chiare per definire e utilizzare i probiotici, un passo importante verso il miglioramento della salute e del benessere» prosegue Hill che assieme ai suoi colleghi ha valutato tutti gli aspetti del sempre più vasto settore dei probiotici, dalla ricerca genetica al commercio e alla pubblicità. «E per completare il lavoro abbiamo anche proposto una serie di standard per differenziare i diversi prodotti probiotici in base alle prove scientifiche oggi disponibili» conclude. Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. advance online publication XX Month 2014. doi:10.1038/nrgastro.2014.66

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 7 luglio 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
CALABRO' TERESA	Via A.Costa, 208 – Bologna	338/18.45.257
CALO' EMANUELA	Via C.Palese, 9/b – S.Pietro inCasale	320/70.48.442
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
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
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
GIOVANARDI GIULIA	Via P.Palagi, 3 – Bologna	338/86.44.672
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
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
ISMAIL YASMIN SARA	Via Mazzini, 9 – Bologna	051/30.88.19 / 329/31.53.054
KHATTAB KHALED	Via del Carpentiere, 32 – Bologna	389/16.58.401
LAI EMANUELE	Via della Resistenza, 24 – Bazzano	051/83.19.28 / 347/68.39.429
LAMBERTINI MARTINA	Via Martiri di 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
MOLINAROLI ENRICO	V.le Oriani, 37 – Bologna	051/39.24.31 / 340/55.73.211
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
PASQUALI MILENA	Via Garbesi, 19 – Imola	333/67.45.390
PINOTTI ELETTRA	Via del Lavoro, 34/13 – Casalecchio di Reno	051/59.08.86 / 328/02.85.161
RABBI LORENZO	Via Nuova, 3 – Bologna	339/41.25.121
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
RISO DONATELLA	Via Guelfa, 54/3 – Bologna	051/53.00.37 / 347/59.85.267
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
SANTI ERICA	Via S.Rocco,9 – Bologna	051/64.90.716 / 338/56.85.144
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
SGRO' FEDERICA	Via A.Albertazzi, 39 – Bologna	338/74.87.968
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
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
PIETROBELLO MARIA VITTORIA	Neuropsichiatria Infantile	333/48.69.552
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

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

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

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.

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.

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

Poliambulatorio autorizzato, non accreditato (C.D.O. s.r.l. via Ortolani 34/F Bologna) cerca medico cardiologo esperto in ecocardiocolordoppler. Se interessati chiare il numero 051/547396.

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

Ambulatorio in Bologna, presente nel quartiere Reno da più di vent'anni, con parere accettato per poliambulatorio plurispecialistico, offre a colleghi odontoiatrici e specialisti in altre discipline, l'uso di locali più servizio di segreteria e assistenza alla poltrona. Per informazioni 051/6195545 - Cell. 335/8383768.

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

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.

Cedesi studio dentistico perfettamente in regola. Quartiere Corticella, Bologna, tre vetrine fronte strada. Possibilità di riunito con allacciamento già in essere. Basse spese di gestione. Attrezzatura esistente. Buono stato. Per info 339/7733295. Possibilità di presa in gestione.

Cerco come segretaria occupazione partime-fulltime presso studio medico, poliambulatori, centri termali, centri fisioterapici. Per contattarmi 334/1870617.

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

renografica

VIA SERAGNOLI, 13 - Z.I. ROVERI 2
40138 BOLOGNA
TEL. 051.6026.111 - FAX 051.6026.150
e-mail: home@renografica.it

PER LA VOSTRA PUBBLICITÀ
TEL. 051.6026.111
home@renografica.it

Rete
Sostenibilità e
Salute

Media relation Rete Sostenibilità e Salute

Portavoce: Dott. Jean-Louis Aillon
E-mail rete@sostenibilitaesalute.org
Cell: 3287663652
Skype: jeanlouisaillon

Sito:
www.sostenibilitaesalute.org

Pagina Facebook Rete Sostenibilità e Salute
https://www.facebook.com/pages/Rete-Sostenibilit%C3%A0-e-Salute/1489500497945003

Evento Facebook Lancio della Carta di Bologna
https://www.facebook.com/events/143642813995578/?context=create&ref_dashboard_filter=upcoming&source=49

Video spot della rete
https://www.youtube.com/watch?v=4k3NMskMKVY

Firma della Carta di Bologna
https://www.youtube.com/watch?v=NfJQkQil1Lc

Presentazione della Carta di Bologna
https://www.youtube.com/watch?v=hyke-OUTW68