

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLIV - N° 2 FEBBRAIO 2013

IN QUESTO NUMERO

- **Associazione di Medici per i Cittadini e l'Ambiente (AMCA)**, pag. 3
- **Prometeo al mercato, ovvero la Medicina ai tempi della crisi**, Pier Paolo Dal Monte, pag. 11
- **eHealth: la rivincita della clinica e del malato**, Antonio V. Gaddi, pag. 14
- **Lotta alla Medicina Difensiva. Proposta per una riduzione del contenzioso**, Arnoldo Capozzi, pag. 17



BOLLETTINO NOTIZIARIO



**ORGANO UFFICIALE
DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGI
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 Gennaio 2013
è stato consegnato in posta
il giorno 8/1/2013

SOMMARIO

ANNO XLIV - FEBBRAIO 2013 N° 2

ARTICOLI

Associazione di Medici per i Cittadini e l'Ambiente (AMCA) • 3

Prometeo al mercato, ovvero la Medicina ai tempi della crisi • 11

eHealth: la rivincita della clinica e del malato • 14

Lotta alla Medicina Difensiva. Proposta per una riduzione del
contenzioso • 17

NOTIZIE

Dalla pagina 20 alla 27

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 28

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 29

CONVEGNI CONGRESSI • 30

PICCOLI ANNUNCI • 31

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

www.odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI 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

Associazione di Medici per i Cittadini e l'Ambiente (AMCA)

A difesa del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Ambiente

MANIFESTO

La crescente insoddisfazione dei cittadini rispetto alle difficoltà di usufruire in tempi utili delle prestazioni sanitarie di cui necessitano unite agli annunciati tagli di risorse pongono interrogativi profondi sull'efficacia gestionale dei Servizi Sanitari Nazionale e Regionali. Si prevedono dunque pesanti ricadute negative sulla tutela della salute dei cittadini, un bene costituzionalmente protetto.

Mentre è difficile rilevare critiche sostanziali all'opera professionale dei medici, in termini di qualità, tempestività, affidabilità e deontologia, è del tutto evidente, per contro, il tentativo persistente di danneggiarne l'immagine per salvaguardare la bontà organizzativa facente capo ad un'amministrazione sempre più protesa a ridurre personale e mezzi, in ciò indotta anche dalla ristrettezza economica in cui le è imposto di operare.

Ecco quindi la necessità etica di fare uno sforzo di comprensione e di chiarezza rispetto ad un sistema amministrativo costoso e pressoché esentato da responsabilità sulla salute del cittadino, che invece influenzano e condizionano, spesso negativamente, per omissioni, mancate risorse, mancata valorizzazione professionale e costruzione di artificiose conflittualità.

L'amministrazione non è né produzione, né svolgimento né innovazione; spesso è solo un basso esercizio di potere e di autocollocazione in un ruolo spurio e dalle dubbie caratteristiche. Ferme restando le sentenze della Suprema Corte che non prevedono attenuanti, in caso di responsabilità professionali, per aver aderito ad indicazioni generali e di massima (le Linee Guida) nei casi in cui l'esito sulla salute e sulla vita del cittadino-paziente sia stato negativo, tuttavia occorre uno sforzo di comprensione, di chiarezza e pedagogico per spiegare agli organizzatori, ai cittadini ed agli esperti di di-

ritto, che le variegata sfumature cliniche impongono osservazione continua e che non sono quasi mai semplificabili in tracciati lineari, e che quindi le linee guida dovrebbero anche geometricamente assumere l'aspetto di "moto curvilineo ed articolato verso la salute".

Le scelte assunte dall'amministratore non sono mai discusse con i veri protagonisti dell'assistenza al malato e sono spesso volte a tentare di rompere il patto assistenziale sinergico fra i diversi operatori sanitari (medici, infermieri, ecc.) che va avanti da secoli; il livello organizzativo ha scoperto negli ultimi anni una fine modalità per proporre il proprio ruolo, parziale e non verificabile, sfruttando episodi di malasana scaricandone l'intera responsabilità verso il medico, escludendo invece le criticità organizzative e l'ineadeguata fornitura di personale adeguatamente formato.

Così operando questi amministratori, impattando negativamente, si insinuano nelle dinamiche di modifica dei processi di cambiamento dei rapporti tra gli operatori sanitari. Processi divenuti sempre più necessari e dovuti alle dinamiche di un corpo sociale in costante evoluzione sia per l'accresciuta vita media della popolazione, con notevole incremento numerico di quella anziana, sia per le consistenti necessarie modifiche di profili professionali che dovranno fare fronte alla cronicizzazione di numerose patologie così evolute grazie al progresso della medicina ed al miglioramento degli stili di vita.

È un po' come chiedere perché si sia arrivati a tagliare pensioni e ad aumentare la durata del servizio attivo senza tagliare quelle forniture militari non immediatamente necessarie ed auspicabilmente mai usufruibili in prospettiva.

Così come il Governo non ha sentito questa necessità, così avviene in sanità.

Le lamentele aumentano, i veri responsabili latitano e gli erogatori, i medici, devono farsi scudo di un malessere da loro non provocato ma di cui restano bersaglio facile viste le litanze dei veri responsabili.

I medici di questa Associazione intendono quindi rispondere con le proprie capacità e con la testimonianza di una significativa storia professionale alle tematiche dell'organizzazione arricchendole di competenze e portandole a quell'efficacia impossibile da conseguire in un sola ottica organizzativo-burocratico-autoritaria.

L'insoddisfazione crescente potrà così trasformarsi in una gara propositiva e contributiva che potrebbe migliorare tutti gli attori della scena sanitaria sia medici, sia professionisti della sanità, sia decisori politici, sia amministratori ed organizzatori. Solo così le formiche laboriose che tutelano la salute dei cittadini non saranno risucchiate dal formichiere avido di potere e di immagine.

La gente lo vuole, in tempi brevi e con chiarezza.

Tutto questo perché si è in assenza di una "profonda revisione strutturale ed operativa", del sistema sanitario e presto si apriranno, in un mercato non regolato, offerte di erogatori privati che rivestiranno un ruolo meno qualificato ma sicuramente più invasivo e remunerativo e non certo per costruire un sistema per la salute dei cittadini visto che la loro ottica non può che essere economicistica.

Due priorità da conseguire entro un anno: prestazioni in tempi utili, prestazioni di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale a difesa strenua del quale nasce questa Associazione. Questo è il nostro progetto ed a questo dedicheremo quelle capacità e risorse che, chi si è autoinstallato ai vertici della sanità, non sempre riesce ad esprimere appieno e con credibilità.

Anche l'ambiente è a rischio per assenza di controlli sistemici sulle filiere produttive e distributive di generi alimentari (pesticidi) e non. Gli scarichi devono essere considerati materiali nocivi e non lasciati gestire a ditte sub-subappaltatrici. Il nucleare va monitorizzato attentamente.

Molte risorse prendono strade erranee ed in sanità per le famiglie aumenta il costo per

usufruire di prestazioni dovute per legge e contributi, ma a volte inesigibili nei tempi utili, così nell'ambiente si consuma l'ultimo insulto alla natura rendendo comuni ed accettabili comportamenti criminali.

Auspichiamo con il nostro impegno, che cercherà l'adesione di tutte le componenti operanti nella sanità presenti negli Ordini (Medici, Veterinari, Farmacisti) e Collegi (Ipasvi, Ostetriche) oltre che dei cittadini e degli esperti dei temi in esame, di indurre le autorità sanitarie e politiche a dare il via ad una nuova costruttiva era per i cittadini e per l'ambiente.

"Nuova era" in cui i cittadini potranno godere di tutela ed efficacia della salute e risparmiare risorse e proteggendo se stessi, i propri familiari ed anche i futuri cittadini non ancora nati.

STATUTO DELL'ASSOCIAZIONE

"Medici per i Cittadini & l'Ambiente"

ART. 1

COSTITUZIONE SEDE E DENOMINAZIONE

È costituita, ai sensi delle disposizioni vigenti, l'associazione denominata "AMCA - Associazione di Medici per i Cittadini & l'Ambiente" con sede legale in Bologna, Via Mazzini 53/2 con articolazioni territoriali su basi provinciali e regionali costituente a termini dell'emanando Regolamento. Possono aderirvi medici esercenti la professione in ambito pubblico, privato e medici in quiescenza.

L'Associazione è regolata dalla normativa di cui al Codice Civile e dal presente Statuto, non ha fini di lucro e gli eventuali utili devono essere destinati alla realizzazione delle finalità istituzionali di cui all'art. 3.

L'Associazione svolgerà la propria attività nell'ambito territoriale della Repubblica Italiana.

ART. 2

DURATA

L'Associazione ha durata illimitata.

ART. 3

SCOPO E OGGETTO SOCIALE

L'Associazione non persegue scopi di lucro ed è costituita allo scopo di promuovere progettualità di ridefinizione organizzativa del Servizio Sanitario Nazionale e di erogazione dei

servizi assistenziali e di salute che riponga al centro del sistema il rapporto medico/cittadino, nel suo articolarsi di risposte sanitarie dall'assistenza di base attraverso il rapporto con il medico di famiglia ai servizi ambulatoriali, d'emergenza urgenza ed ospedalieri del territorio, in cui il professionista sanitario sia chiamato ad interpretare, regolare ed intervenire sull'organizzazione del servizio in termini di appropriatezza di risposte concrete alla domanda di salute, evitando dispersioni di risorse umane e finanziarie ed impedendo che contrazione e tagli si traducano in carenze assistenziali a scapito del Cittadino e di pericolo per gli Operatori.

L'Associazione "AMCA - Associazione di Medici per i Cittadini & l'Ambiente"

– individua il territorio e l'ambiente come oggetto di primaria cura, attenzione e vigilanza in quanto fattore di diretta incidenza sulla salubrità pubblica rispetto ad invasività lungolatenti prodotte o che possono prodursi da carenze di controllo e monitoraggio di attività, strutture ed impianti, privati e pubblici, e loro progettualità istitutive, che possano costituire pericolo per la salute dei cittadini.

– sostiene l'indefettibile esigenza sotto il profilo organizzativo ed esecutivo di diversificazione di mansioni, funzioni e competenze anche di specialità in una logica di ferma partizione distributiva volta a garantire l'idoneità tecnico/professionale di tutti gli operatori sanitari, da enuclearsi attraverso una ridefinizione normativa chiara identificativa di ambiti di intervento delle varie figure professionali operanti in sanità e relative responsabilità.

– opera per il confronto dialettico con le pubbliche amministrazioni per la programmazione e riforma a supporto o risanamento dell'attuale sistema sanitario con riferimento a tutti i profili attinenti al Servizio pubblico sanitario facendosi promotrice di iniziative ed attività di impulso e coinvolgimento in progettualità strategico-organizzative delle Autorità ed interlocuzioni politico/istituzionali, ad ogni utile livello per gli individuati fini statuari ed associativi.

- promuove un rapporto "medici - istituzioni" che favorisca e rafforzi il ruolo dei professionisti sanitari nelle scelte riguardanti il Servizio Sanitario Nazionale, al fine di promuovere la

qualità delle prestazioni e dei percorsi assistenziali tramite interventi diretti a collegare tipologia, qualità ed appropriatezza dei servizi erogati dalle Aziende Sanitarie, in ambito Ospedaliero e Territoriale.

Per l'attuazione dei suoi scopi l'associazione promuove attività di studio e ricerca in relazione ai settori di interesse; organizza tavoli di confronto con tutti i profili professionali interessati e coinvolti nell'erogazione dei servizi assistenziali; svolge funzione di collaborazione propositiva con i ministeri competenti, le Aziende sanitarie, le Istituzioni Territoriali e con ogni altro Organismo pubblico di settore, ponendo la centralità operativa del medico – convenzionato e pubblico – nei meccanismi decisionali delle scelte politiche inerenti il sistema sanitario; incentiva e promuove ogni altra iniziativa tesa a perseguire le finalità statutarie.

L'Associazione non può svolgere attività diverse da quelle sopra indicate ad eccezione di quelle ad esse direttamente od indirettamente connesse.

ART. 4

I SOCI

L'Associazione è aperta a tutti coloro che, interessati alla realizzazione delle finalità istituzionali, ne condividano lo spirito e gli ideali. L'adesione all'Associazione è volontaria ed avviene secondo le modalità di cui al successivo art. 5.

I soci si dividono in:

- 1) soci fondatori, si considerano tali i soci che hanno partecipato all'Assemblea costituente, deliberando la costituzione dell'Associazione;
- 2) soci ordinari, si considerano tali tutti i soci che aderiranno successivamente all'Associazione;
- 3) soci onorari o benemeriti, si considerano tali coloro che vengono insigniti di tale qualifica, per volontà dell'Assemblea, perché hanno contribuito in maniera determinante con la loro opera o il loro sostegno ideale od economico alla vita dell'Associazione.

Tutti i soci hanno diritto di voto ed i soci onorari possono essere dispensati dal versamento delle quote sociali.

ART. 5

MODALITA' DI AMMISSIONE DEI SOCI

L'ammissione a socio è subordinata alla pre-

sentazione di apposita domanda scritta da parte degli interessati. Sulle domande di ammissione si pronuncia il Consiglio Direttivo che cura l'annotazione dei nuovi aderenti nel libro soci.

ART. 6

PERDITA DELLA QUALIFICA DI SOCIO

La qualità di socio si perde per decesso, per esclusione, per decadenza o per recesso.

Il recesso da parte dei soci deve essere comunicato in forma scritta all'Associazione almeno tre mesi prima dello scadere dell'anno in corso.

L'esclusione dei soci è deliberata dal Consiglio Direttivo:

- 1) per comportamento contrastante con gli scopi dell'Associazione;
- 2) per persistenti violazioni degli obblighi statutari e regolamentari;
- 3) quando, in qualunque modo, arrechino danni morali o materiali all'Associazione;
- 4) per indegnità;
- 5) (per altro grave motivo, vedi art. 24³ c.c.).

Il socio decade automaticamente in caso di mancato versamento della quota associativa per 1 anno.

Prima di procedere all'esclusione devono essere contestati per iscritto al socio gli addebiti che allo stesso vengono mossi, consentendo facoltà di replica tranne che per l'ipotesi di decadenza per morosità per la quale l'esclusione si perfeziona automaticamente con il decorrere del termine previsto per il pagamento.

Il socio receduto o escluso non ha diritto alla restituzione delle quote associative versate.

ART. 7

DIRITTI E DOVERI DEI SOCI

Tutti i soci hanno diritto:

- 1) a partecipare effettivamente alla vita dell'Associazione;
- 2) a partecipare all'Assemblea con diritto di voto;
- 3) ad accedere alle cariche associative;
- 4) a prendere visione di tutti gli atti deliberati e di tutta la documentazione relativa alla gestione dell'Associazione con possibilità di ottenerne copia;

Tutti i soci sono tenuti:

- 1) ad osservare il presente statuto, gli eventuali regolamenti interni e le deliberazioni legalmente adottate dagli organi associativi;

2) a frequentare l'Associazione, collaborando con gli organi sociali per la realizzazione delle finalità associative;

3) a mantenere sempre un comportamento corretto nei confronti dell'Associazione e a non attuare iniziative che si rivelino in contrasto con le aspirazioni che ne animano l'attività;

4) a versare la quota associativa annuale;

ART. 8

ORGANI DELL'ASSOCIAZIONE

Sono Organi dell'Associazione:

- 1) l'Assemblea;
- 2) il Consiglio direttivo;
- 3) il Presidente dell'Associazione;
- 4) Il Vice-presidente
- 5) Il Segretario
- 6) Il Tesoriere;
- 7) Il Comitato Scientifico
- 8) Il Collegio dei revisori dei conti;
- 9) Il Collegio dei probiviri;

L'elezione degli organi dell'Associazione non può essere in alcun modo vincolata o limitata ed è informata a criteri di massima libertà di partecipazione all'elettorato attivo e passivo.

ART. 9

ASSEMBLEA

L'Assemblea è composta da tutti i soci ed è l'organo sovrano dell'Associazione.

L'Assemblea è presieduta dal Presidente dell'Associazione. Ogni socio dovrà intervenire personalmente in Assemblea, essendo esclusa la partecipazione e votazione per delega.

ART. 10

CONVOCAZIONE DELL'ASSEMBLEA

L'Assemblea si riunisce in seduta ordinaria, su convocazione del Presidente, almeno una volta all'anno per l'approvazione del Bilancio e ogniqualvolta lo stesso Presidente o il Consiglio direttivo o almeno un decimo degli associati ne ravvisino l'opportunità (vedi art. 20 c.c.).

L'Assemblea ordinaria indirizza tutta la vita dell'associazione ed in particolare:

- 1) approva i bilanci consuntivo e preventivo;
- 2) elegge i componenti del Consiglio direttivo, del Collegio dei revisori e del Collegio dei probiviri;
- 3) delibera gli eventuali regolamenti interni e le sue variazioni;
- 4) delibera su tutte le questioni attinenti alla gestione sociale, che il Consiglio direttivo riterrà di sottoporle.

L'Assemblea straordinaria delibera:

1) sulle modifiche dell'atto costitutivo e dello statuto;

2) sullo scioglimento dell'Associazione e la devoluzione del suo patrimonio.

L'Assemblea ordinaria e quella straordinaria sono presiedute dal Presidente o in sua assenza dal Vice-presidente e, in assenza di entrambi dal componente del Consiglio direttivo più anziano di età. Le convocazioni sono effettuate mediante avviso scritto o mediante posta elettronica da recapitarsi ai soci almeno 7 giorni (ridotti a 2 giorni in caso di convocazione urgente) prima della data della riunione contenente ordine del giorno, luogo, data e orario della prima e della eventuale seconda convocazione, che non può essere fissata prima che siano trascorsi X dalla prima convocazione¹, o in alternativa mediante analogo avviso da affiggersi all'albo della sede sociale almeno trenta giorni prima della data dell'Assemblea. In difetto di convocazione formale o di mancato rispetto dei termini di preavviso, saranno ugualmente valide le adunanze cui partecipano di persona o per delega tutti i soci.

¹ [NOTA: è necessario prevedere un congruo intervallo di tempo fra la prima e le seconda convocazione].

ART. 11

VALIDITÀ DELL' ASSEMBLEA

L'Assemblea è validamente costituita in prima convocazione quando sia presente almeno la metà dei soci.

In seconda convocazione l'Assemblea è validamente costituita qualunque sia il numero dei soci intervenuti o rappresentati (vedi art. 21¹ c.c.).

ART. 12

VOTAZIONI

Le deliberazioni dell'Assemblea sono valide quando siano approvate dalla maggioranza dei presenti, eccezion fatta per le deliberazioni riguardanti la modifica dell'atto costitutivo e dello statuto, per le quali è necessaria la presenza di almeno tre quarti dei soci e il voto favorevole della maggioranza dei presenti, e per la deliberazione riguardante lo scioglimento dell'Associazione e la relativa devoluzione del patrimonio residuo, per la quale è necessaria la presenza di un quarto e il voto favorevole di tutti i presenti (vedi art. 21 c.c.). Nelle deliberazioni di approvazione del bilancio e in quelle che riguardano la loro respon-

sabilità gli amministratori non hanno diritto di voto (vedi art. 21¹ c.c.).

ART. 13

VERBALIZZAZIONE

Le deliberazioni adottate dall'Assemblea dovranno essere riportate su apposito libro dei verbali a cura del Segretario-economo e da questi sottoscritte insieme al Presidente.

Le delibere assembleari devono essere pubblicate mediante affissione all'albo della sede.

ART. 14

CONSIGLIO DIRETTIVO

Il Consiglio direttivo è l'organo di amministrazione e di direzione dell'Associazione.

Esso è formato da 10 membri, nominati dall'Assemblea dei soci fra i soci medesimi.

I membri del Consiglio direttivo rimangono in carica 5 anni e sono rieleggibili.

Nel caso in cui, per dimissioni o altre cause, uno o più dei componenti il Consiglio direttivo decadano dall'incarico, il Consiglio medesimo può provvedere alla loro sostituzione nominando i primi tra i non eletti, che rimangono in carica fino allo scadere dell'intero Consiglio. Nell'impossibilità di attuare detta modalità o nel caso in cui decada oltre la metà dei membri del Consiglio, l'Assemblea deve provvedere alla nomina di un nuovo Consiglio direttivo.

Il Consiglio direttivo nomina al suo interno un Vice-presidente, un Segretario ed un Tesoriere. Al Consiglio direttivo sono attribuite le seguenti funzioni:

1) curare l'esecuzione delle deliberazioni dell'Assemblea;

2) curare l'organizzazione di tutte le attività dell'Associazione;

3) curare l'osservanza delle prescrizioni statutarie e degli eventuali regolamenti;

4) predisporre gli eventuali regolamenti che di volta in volta si renderanno necessari, facendoli approvare dall'Assemblea dei soci;

5) predisporre il bilancio preventivo e consuntivo;

6) provvedere agli affari di ordinaria amministrazione che non siano di competenza dell'Assemblea dei soci ivi compresa la determinazione della quota associativa annuale attualmente stabilita in 50 euro sia per i Soci Fondatori che Ordinari.

Il Consiglio direttivo è presieduto dal Presi-

dente o in caso di sua assenza dal Vice-presidente e, in assenza di entrambi, dal componente del Consiglio più anziano di età.

Il Consiglio direttivo è convocato di regola ogni 2 mesi e ogni qualvolta il Presidente lo ritenga opportuno o almeno 3 consiglieri ne facciano richiesta. Assume le proprie deliberazioni con la presenza della maggioranza dei suoi membri ed il voto favorevole della maggioranza degli intervenuti: in caso di parità prevale il voto del Presidente.

Le convocazioni devono essere effettuate mediante avviso scritto, da recapitarsi almeno 5 giorni prima della data della riunione, contenente ordine del giorno, luogo, data ed orario della seduta. In difetto di convocazione formale o di mancato rispetto dei termini di preavviso, saranno ugualmente valide le riunioni cui partecipano tutti i membri del Consiglio direttivo.

I verbali di ogni adunanza del Consiglio, redatti a cura del Segretario e sottoscritti dallo stesso e da chi ha presieduto la riunione, vengono conservati agli atti.

L'ingiustificata assenza di un consigliere a più di 3 riunioni annue del Consiglio direttivo, comporta la sua immediata decadenza dalla carica. Il consigliere decaduto non è immediatamente rieleggibile.

Il Consiglio direttivo può attribuire ad uno o più dei suoi membri il potere di compiere determinati atti o categorie di atti in nome e per conto dell'associazione.

ART. 15

IL PRESIDENTE

Il Presidente è eletto dall'Assemblea a maggioranza dei voti, egli è il rappresentante legale dell'Associazione, nonché Presidente dell'Assemblea dei soci e del Consiglio direttivo.

In caso di sua assenza o impedimento le sue funzioni spettano al Vice-presidente o, in assenza, al membro del Consiglio più anziano d'età.

Il Presidente ha la firma sociale sugli atti che impegnano l'Associazione sia nei riguardi dei soci che dei terzi.

Il Presidente cura l'esecuzione delle deliberazioni del Consiglio direttivo e, in caso d'urgenza, ne assume i poteri chiedendo ratifica allo stesso dei provvedimenti adottati nella riunione immediatamente successiva, che egli dovrà contestualmente convocare.

ART. 16

I LIBRI SOCIALI E I REGISTRI CONTABILI

I libri sociali e i registri contabili essenziali che l'Associazione deve tenere sono:

- 1) il libro dei soci;
- 2) il libro delle adunanze e delle deliberazioni dell'Assemblea;
- 3) il libro delle adunanze e delle deliberazioni del Consiglio direttivo;
- 4) il libro delle adunanze e delle deliberazioni del Collegio dei revisori dei conti;
- 5) il libro giornale della contabilità sociale;
- 6) il libro dell'inventario;

Tali libri, prima di essere posti in essere, devono numerati, timbrati e firmati dal Presidente e dal Segretario in ogni pagina.

ART. 17

IL VICE PRESIDENTE

Il Vice presidente rappresenta l'Associazione in tutti i casi in cui il Presidente sia impossibilitato a farlo, e quando abbia ricevuto apposita delega dal Presidente stesso.

ART. 18

IL SEGRETARIO

Il Segretario è scelto dal Consiglio Direttivo tra i suoi membri. Egli dirige gli uffici di segreteria dell'Associazione, cura il disbrigo delle questioni correnti, attenendosi alle direttive impartitegli dal Presidente.

Il Segretario firma la corrispondenza corrente e svolge ogni altro incarico che di volta in volta gli viene affidato dal Presidente e che lo Statuto gli riconosce.

ART. 18 BIS

Il Tesoriere è responsabile della consistenza di cassa e banca e deve rendicontare ogni tre mesi al Consiglio direttivo le modalità ed i termini di impiego delle somme spese dall'Associazione nello svolgimento dell'attività sociale.

ART. 19

IL COLLEGIO DEI PROBIVIRI

Il Collegio dei probiviri è composto da 3 membri nominati dall'Assemblea dei soci fra i soci stessi. I membri del Collegio durano in carica 5 anni e sono rieleggibili. Si eleggono 2 membri supplenti in carica per 5 anni.

Il Collegio è presieduto da un Presidente eletto a maggioranza tra i suoi componenti.

Il Collegio dei Probiviri, di propria iniziativa o su richiesta scritta di un organo dell'Associazione o di singoli soci, decide sulle controver-

sie che dovessero insorgere fra gli organi dell'Associazione, e fra Associazione ed i soci. Esso si pronuncia sempre insindacabilmente, anche in merito alla interpretazione dello statuto e dei regolamenti.

La carica di membro del Collegio dei probiviri è incompatibile con ogni altra carica sociale.

ART. 20

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Il Collegio dei revisori dei conti è composto da tre membri effettivi e da due membri supplenti, nominati dall'Assemblea anche fra i non soci.

Il Collegio nomina al proprio interno un Presidente.

Il Collegio dei Revisori ha il compito di controllare la gestione amministrativa e contabile dell'Associazione, con particolare riguardo alla consistenza di cassa ed all'operato del tesoriere. Partecipa, senza diritto di voto, alle riunioni del Consiglio direttivo e dell'Assemblea.

Alla fine di ciascun esercizio, i revisori predisporranno un'apposita relazione ai bilanci, nella quale esporranno all'Assemblea dei soci le risultanze delle verifiche effettuate nel corso d'anno.

ART. 21

IL COMITATO SCIENTIFICO

L'Assemblea elegge un Comitato Scientifico composto da 9 membri di cui uno Coordinatore. Funzione del Comitato è lo studio e l'approfondimento delle tematiche scientifiche ed organizzative in ambito sanitario e della cura dell'ambiente. Agisce per proprio impulso e propone gli studi al Consiglio Direttivo tramite il Presidente. Può inoltre essere incaricato di particolari studi che il Consiglio Direttivo ritenga indispensabili o di utilità.

ART. 22

GRATUITÀ DEGLI INCARICHI

Tutte le cariche menzionate nel presente Statuto sono normalmente gratuite, salvo il rimborso delle spese debitamente documentate sostenute in nome e per conto dell'Associazione e/o per l'assolvimento di uno specifico incarico, ove preventivamente autorizzate dall'Assemblea.

ART. 23

PATRIMONIO

Il patrimonio sociale è indivisibile, da esso l'Associazione trae le risorse economiche per il proprio funzionamento e per lo svolgimento delle proprie attività, ed è costituito:

1) da beni mobili o immobili pervenuti all'Associazione a qualsiasi titolo;

2) dai contributi dei propri soci;

3) da contributi, erogazioni, donazioni e lasciti diversi.

I contributi degli aderenti sono costituiti dalle quote associative annuali, stabilite dall'Assemblea e da eventuali contributi straordinari, stabiliti dall'Assemblea che ne determina l'ammontare.

All'Associazione è vietato distribuire, anche in modo indiretto, utili o avanzi di gestione comunque denominati, nonché fondi, riserve o capitale durante la vita dell'Associazione stessa. L'Associazione deve impiegare gli eventuali utili o avanzi di gestione per la realizzazione delle proprie attività istituzionali e di quelle ad esse direttamente connesse.

ART. 24

ESERCIZIO SOCIALE

L'esercizio sociale decorre dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno.

Entro quattro mesi dalla fine di ogni esercizio verrà predisposto dal Consiglio direttivo il bilancio consuntivo ed il bilancio preventivo del successivo esercizio da presentare per l'approvazione in Assemblea (vedi art. 20 c.c.).

I bilanci devono restare depositati presso la sede dell'Associazione nei 7 giorni che precedono l'Assemblea, convocata per la loro approvazione, a disposizione di tutti i soci.

ART. 25

SCIoglimento

Lo scioglimento dell'Associazione (vedi art. 27 c.c.) è deliberato dall'Assemblea dei soci che deve nominare uno o più liquidatori, preferibilmente tra gli amministratori ed i soci, stabilendone i poteri.

In caso di scioglimento per qualunque causa, l'Associazione devolve il suo patrimonio ad altre organizzazioni con finalità identiche o analoghe (vedi art. 31 c.c.).

ART. 26

RINVIO

Per quanto non espressamente previsto dal presente Statuto si applicano le disposizioni contenute nel codice civile e nelle leggi vigenti in materia.

Art. 27

NORMA TRANSITORIA

Nessuna.

MEDICI FONDATORI:

- 1) Giancarlo Pizza (Medico Ospedaliero - MO, Immunologo, Presidente OMCeO Bologna)
- 2) Pietro Abbati (MO, Psichiatra)
- 3) Sandro Acciarri (MMG - Medico di Medicina Generale)
- 4) Massimo Balbi (MO, Otorinolaringoiatra)
- 5) Luciano Busutti (Radioterapista)
- 6) Francesca Cataldi (MO, Anestesista Rianimatore)
- 7) Eugenio Roberto Cosentino (MO, Internista, Consigliere OMCeO Bologna)
- 8) Caterina De Vinci (MO, Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Sanità Pubblica)
- 9) Angelo Di Dio (MO, Ginecologo; Consigliere OMCeO Bologna)
- 10) Andrea Dugato (Medico Odontoiatra, Consigliere OMCeO Bologna)
- 11) Oscar Fini (Otorinolaringoiatra, Specialista Ambulatoriale, Consigliere OMCeO Bologna)
- 12) Marina Grandi (MMG, Consigliere OMCeO Bologna)
- 13) Giuseppe Iafelice (MO, Oncologo, Consigliere OMCeO Bologna)
- 14) Flavio Lambertini (MMG, Consigliere OMCeO Bologna)
- 15) Pasqualino La Torre (MO, Geriatra)
- 16) Giuseppe Lo Conte (MMG)
- 17) Vittorio Lodi (MO, Medico del Lavoro, Tesoriere OMCeO Bologna)
- 18) Salvatore Lumia (MO, Chirurgo)
- 19) Mancuso Anselmo (MMG, Continuità Assistenziale)
- 20) Stefano Parini (MO, Internista)
- 21) Stefano Pileri (Medico Universitario -MU-, Anatomo-Patologo, Consigliere OMCeO Bologna)
- 22) Giovanni Maria Puddu (MO, Internista)
- 23) Ilario Riganello (MO, Anestesista Rianimatore)



- 24) Domenico-Francesco Rivelli (Oncologo, Presidente Lega Tumori Bologna)
- 25) Paolo Roberti di Sarsina (Psichiatra, Consigliere OMCeO Bologna)
- 26) Enrico Roda (MU, Gastroenterologo)
- 27) Stefano Rubini (MMG, Consigliere OMCeO Bologna)
- 28) Patrizia Stancari (Pediatria, Segretaria OMCeO Bologna)
- 29) Berardino Vaira (MU, Universitario, Gastroenterologo)
- 30) Alessandro Zati (MO, Fisiatra, Revisore dei Conti OMCeO Bologna)

Presidente: Giancarlo Pizza

Vice-Presidente: Flavio Lambertini

Segretario: Giuseppe Iafelice

Tesoriere: Vittorio Lodi

Consiglio Direttivo: Giancarlo Pizza, Giuseppe Iafelice, Vittorio Lodi, Flavio Lambertini, Domenico-Francesco Rivelli, Enrico Roda, Eugenio Cosentino, Stefano Pileri, Paolo Roberti di Sarsina, Alessandro Zati, Andrea Dugato, Berardino Vaira

Comitato scientifico: Coordinatore: Domenico-Francesco Rivelli,

Componenti: Giuseppe Iafelice, Flavio Lambertini, Pietro Abbati, Paolo Roberti di Sarsina, Enrico Roda, Stefano Pileri, Salvatore Lumia, Andrea Dugato, Luciano Busutti, Berardino Vaira, Francesca Cataldi

Probiviri: Massimo Balbi, Ilario Riganello, Pasqualino La Torre;

Proboviro Supplente: Sandro Acciarri

Revisori dei Conti: Alberto Santoli, Enrico Corsini, Roberto Scaglioni

Revisori supplenti: Annabella Blotta, Caterina De Vinci

Sito Web: Paolo Roberti di Sarsina, Giancarlo Pizza,

Comunicazione e marketing: Sara Iafelice

Prometeo al mercato, ovvero la Medicina ai tempi della crisi

Pier Paolo Dal Monte

Secondo la narrazione di Esiodo ed Eschilo, il titano Prometeo fu colui che donò il fuoco agli uomini e, per questo fu condannato da Zeus ad un supplizio eterno. Il dono di Prometeo simboleggia la conquista della tecnica da parte dell'uomo e, per estensione il progresso tecnologico.

La dottrina del progresso, che postula un'illimitata evoluzione tecnologica come parte integrante di un cammino progressivo verso il "meglio", non include nella propria visione la prospettiva di doversi confrontare con qualsivoglia limite, incluse le condizioni economiche sfavorevoli in cui oggi si trova la maggior parte delle Nazioni. La strada verso il "meglio" è considerata parallela a quella verso il "più": il progresso e la crescita economica sono considerati come gemelli siamesi che procedono inseparabili verso un luminoso futuro.

Quest'idea di progresso ha plasmato anche la moderna concezione di *ars medica*, che non conosce limiti all'evoluzione tecnologica delle pratiche diagnostiche e terapeutiche.

Nel corso dell'ultimo secolo la medicina moderna è stata protagonista di clamorosi successi: ha debellato molte malattie che erano tra le maggiori cause di morte del passato, è stata responsabile del drammatico aumento dell'aspettativa di vita e della diminuzione della mortalità infantile che si sono verificate nelle nazioni industrializzate (e, in misura minore, nel resto del mondo). Tuttavia, oggi, i moderni sistemi sanitari stanno affrontando crescenti difficoltà, non solo nel migliorare la propria efficacia nelle cure della salute, ma anche, semplicemente nel mantenersi ai livelli del recente passato. Questo è dovuto a molteplici fattori, uno di questi è riconducibile a quella che l'economista inglese David Ricardo definì la *legge dei ritorni marginali decrescenti*, un altro è senz'altro da individuarsi nell'incompatibilità tra l'idea di

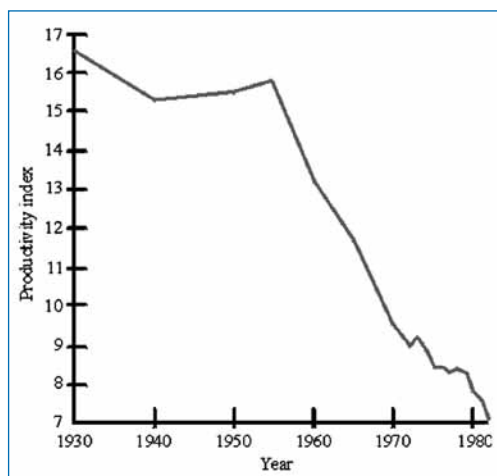


Grafico A - Produttività del sistema sanitario U.S.A. 1930-1982. (Indice di Produttività = Aspettativa di vita/ spese per la sanità). J. Tainter, *The collapse of complex society*, 1988

progresso infinito e la finitezza delle risorse di cui le società possono disporre.

I ritorni marginali decrescenti

In economia, i ritorni marginali di un fattore di produzione in genere diminuiscono con l'aumento di input del fattore medesimo. Per dirla in parole più semplici si può usare una definizione che suona un po' come uno slogan: col 20% degli investimenti può essere ottenuto l'80% di successo; ma è necessario l'80% degli investimenti per arrivare al 100%. Si può affermare che la più parte dei successi della medicina, nell'ultimo secolo, sia stata ottenuta con mezzi relativamente semplici e poco onerosi, come il miglioramento dell'alimentazione e delle condizioni igieniche, l'introduzione degli antibiotici e dei vaccini e, in misura minore, con la chirurgia asettica e l'avvento delle moderne tecniche rianimatorie. Da lì in poi i miglioramenti ottenuti, seppure indiscutibili, sono stati marginali.

Il grafico A può illustrare con immediatezza visiva il calo della "produttività" del sistema sanitario degli Stati Uniti nel corso di cin-

¹ David Ricardo. *On the Principles of Political Economy and Taxation* (1817)



Grafico B - Fonte: Vladimir M. Shkolnikov, France Mesle: *The Russian Epidemiological Crisis as Mirrored by Mortality Trends In: Davanzo, Julie and Gwen Farnsworth. Russia's Demographic "Crisis". Santa Monica, CA: RAND Corporation, 1996.*

quant'anni (sempre definita come aumento dell'aspettativa di vita e diminuzione della mortalità infantile per unità di spesa).

Se questo grafico fosse stato costruito includendo anche gli ultimi trent'anni, la curva discendente sarebbe assai più ripida, perché l'introduzione continua di nuove e sempre più costose tecnologie, sta comportando un aumento incontrollato delle spese che i sistemi sanitari devono sostenere, spesso con benefici marginali o, addirittura dubbi.

Il progresso illimitato e la limitatezza delle risorse

La concezione moderna di progresso illimitato ha portato inoltre ad una idea di medicina che non pone limiti alle possibilità di miglioramento della "salute": qualunque sia il risultato che si ottiene, esso non sarà mai sufficiente a soddisfare le aspettative. Quest'attitudine conduce inevitabilmente allo scontro tra questo tipo di "esigenze", che è illimitata, con i limiti delle risorse a disposizione per soddisfarla.

Di fatto, la sostenibilità dei sistemi sanitari in tutto il mondo è messa a dura prova di fronte agli oneri economici ed organizzativi che queste "esigenze" comportano. L'introduzione di tecnologie sempre nuove e sempre più costose comporta costi sempre crescenti, così la richiesta, da parte della popolazione, di un aumento della quantità delle cure e di un continuo miglioramento della loro qualità, inoltre la continua pressione della ricerca e dell'indu-

stria verso l'adozione di pratiche terapeutiche sempre più innovative ma, al contempo, sempre più costose.

In passato, la sostenibilità finanziaria del sistema era consentita dalla crescita economica continua, ma cosa succede se quest'ultima non si verifica? Il modello che presuppone un progresso illimitato finanziato da una crescita economica infinita è estremamente pericoloso, perché presuppone un andamento lineare e prevedibile di un sistema complesso quale sono le moderne società e le moderne economie, *business as usual* che non è affatto certo o scontato.

Nel grafico B è riportato l'andamento dell'aspettativa di vita in Russia negli anni immediatamente precedenti e successivi al crollo del comunismo.

Come si può vedere, dal 1988 al 1993, l'aspettativa di vita per gli uomini è calata di ben otto anni, e di circa quattro per le donne (con un picco di calo tra il 1990 e il 1992). Questo fenomeno è indicativo del fatto che una crisi grave in un sistema sociale colpisce gravemente i sistemi sanitari, nonché le altre condizioni (alimentazione, igiene, stile di vita) che sono fondamentali per la cura della salute. Non solo, ma ci mostra anche che, quanto più l'organizzazione di un sistema sanitario è complessa e costosa, tanto meno è resiliente nei confronti delle eventuali crisi. In questi ultimi tempi stiamo assistendo allo stesso fenomeno (anche se meno grave in termini quantitativi) di ciò che si verificò in Russia.

Sostenibilità ed etica

Il discorso sulla sostenibilità delle cure, non è volto ad auspicare un ritorno al passato o stimolato dai richiami al contenimento dei costi da parte di autorità politico-economiche ("ce lo chiede l'Europa"), che fanno riferimento soltanto ad un determinismo di natura contabile, che è segno di un'abdicazione da parte della sfera politica a favore di quella economica. Il discorso è invece assai più complesso e si riferisce all'incompatibilità logica tra aspirazioni infinite e risorse finite, tra l'astrazione delle speranze e la concretezza della realtà fattuale.

In realtà, ad oggi, il Servizio Sanitario Italiano è uno dei meno costosi tra i paesi occidentali (WHO: *Global Health Expenditure Atlas 2011*, OECD *Health Data 2012*) e uno dei più efficienti ed efficaci a livello mondiale (WHO: *World Health Statistics 2012*). Questi proclami allarmistici lanciati ad arte ci sembrano pertanto capziosi e strumentali, ma assolutamente inappropriati ad affrontare la questione nel merito.

Il tema è assai più complesso rispetto ciò che vorrebbe la banalizzazione contabile, e si riferisce all'incompatibilità logica tra aspirazioni infinite e risorse finite, tra l'astrazione delle speranze e la concretezza della realtà fattuale. Attualmente, nel mondo non vi è alcun sistema sanitario che sia sostenibile a lungo termine e, se un sistema non è sostenibile, non potrà mai essere equo ed efficiente.

È senza dubbio necessario riconsiderare l'idea di progresso infinito e di innovazione tecnologica nel campo delle cure della salute. Questo comporta la ridefinizione dei concetti di salute e malattia, nonché quella di cure e terapia.

Questo è un compito non solo epistemologico, scientifico e organizzativo, ma, in primo luogo etico. Se non lo fanno coloro che sono preposti alle cure, lo faranno altri, con criteri astrattamente contabili o di altro genere che non saranno certo quelli corretti ed appropriati per affrontare un tema così complesso.

FEDER.S.P.EV.

Pensionati Sanitari

Sede Bologna: 051/614.53.65

Recupera consolidate Amicizie

eHealth: la rivincita della clinica e del malato

Antonio V. Gaddi

L'approvazione dell'Agenda digitale italiana e i contenuti delle più recenti disposizioni di Legge prevedono l'adozione di alcune procedure "informatizzate", tra cui le cartelle cliniche digitali, i certificati online, ricette più o meno elettroniche, forse una vera firma digitale, per altro già disponibile in singole Regioni, e altre funzioni di carattere principalmente amministrativo.

L'efficienza e l'efficacia di questi sistemi sono modeste – almeno in questa fase di prima attuazione – specialmente nelle realtà non dotate di adeguate infrastrutture. Contrariamente a quel che molti pensano, le procedure informatizzate non sono scevre da rischi, come ben dimostrato da analisi approfondite condotte dagli esperti del Servizio Qualità della Azienda ALS di Bologna, utilizzando rigorose metodiche di analisi del rischio, le stesse a suo tempo (2002) proposte dalla Regione a tutte le Aziende ASL.

L'inefficienza di alcune procedure grava sul tempo medico; l'eccesso di controlli amministrativi costringe i cittadini a file e attese inaccettabili; esistono rischi oggettivi.... ciononostante è in atto un forte processo di trasformazione (amministrativa) nel quale alcune Regioni, come la nostra, sono particolarmente attive nel tentativo di migliorare il sistema sanità. Molti medici esperti, a livello nazionale, sostengono che la eHealth¹

in generale, e la telemedicina in modo particolare, potranno portare forti miglioramenti e benefici sia dei processi sia dei risultati sul malato³. Questo è indubbiamente possibile, ma non sta avvenendo (!) per molte ragioni, tra cui, prima, la scelta di strumenti orientati ad un impiego burocratico-amministrativo o il ricorso a raccolte di pdf che ricordano i "faldoni" di ministeriale memoria, che di fatto non contengono informazioni.

Per fortuna nostra e dei nostri pazienti, vi è qualcosa di più importante all'orizzonte. I documenti più recenti della EU⁴, pur orientati a leciti aspetti di carattere organizzativo generale, inseriscono priorità rilevanti, sia sotto il profilo dell'innovazione dei sistemi e delle reti, sia relative alla centralità del paziente e del medico. Si parla ora di verifiche sperimentali sulla utilità della eH, si orienta la gestione della eH verso la ricerca di "informazioni" corrette e verso la interoperabilità, si pretende in qualche modo la dimostrazione di un risultato tangibile in termini di salute reale e percepita oltre che socioeconomici, si centra l'attenzione sul cittadino e sul malato. Questi scopi non si raggiungono attraverso interventi di ingegneria buro-informatica, ma attraverso il governo del sistema operato dai Medici e dagli altri Professionisti Responsabili, ricorrendo a procedure metodologicamente corrette, validate e misurando in tempo reale le ricadute sul cittadino/paziente⁵.

¹ Patient Summary e prospettive per la comunicazione fra medicina del territorio e ospedale: dalla carta al bit. Analisi del rischio nelle fasi del processo di sperimentazione del patient summary NCP38 Val di Setta AUSL di Bologna. Tesi sperimentale del Corso di Alta Formazione in eHealth della Università di Bologna, AA2011-21, di Bonora N, Gardellini A, Moretto D, Pettinato AR, della Azienda ASL di Bologna. Relatore Dr F Bonsanto. La tesi è stata trasmessa ai competenti uffici della Regione.

² Usiamo il termine eHealth in senso generale: comprende tutte le varie possibili applicazioni della Information and Communication Technology alla Salute

³ Russo G (MMG Roma, Segretario Nazionale SIT): Comunicato Stampa SIT 11-12-12; S. Pillon, in eHealth Care, 21, Nov/Dic 2012.

⁴ eHealth Action Plan 2012-2020 - Innovative healthcare for the 21st century. Brussels, 6.12.2012 - COM(2012) 736 final.

⁵ Rinaldi G, Gaddi A, Capello F: Medical data, Information economy and federative networks: the concepts underlying the comprehensive electronic clinical record framework. Nova Science Publisher, New York, 2012.

Vi è ancora di più nell'orizzonte della eH del prossimo futuro, qualcosa che supera anche le limitazioni che la Commissione Europea ha dovuto (di necessità virtù!) inserire nel citato documento. L'avvento della System Medicine allontana finalmente i clinici e gli studiosi dall'idea di applicare a un individuo (il nostro $n=1$, il paziente) ciò che si è dimostrato utile su una casistica di $n=10$ ⁶. Questa visione contrasta decisamente con quella vetero-trialistica, che pure ha contribuito alla creazione di una scienza e di un mercato, e porta uno dei più grandi studiosi del secolo a concludere che "...medicine can and will be rebooted and reinvented one individual at a time"⁶.

La System Medicine, paradossalmente, propone di realizzare proprio quello che il padre dell'Evidence Based Medicine, Sackett⁷, sosteneva, ovvero che le linee guida e i risultati dei trial non si applicano tout court al nostro paziente, come intelligentemente sostenuto anche dalla giurisprudenza e dalla dottrina a livello nazionale e internazionale (cfr le recenti sentenze della suprema Corte di Cassazione).

La medicina individuale personalizzata, ovvero la Clinica, si basa sul metodo clinico, sul ragionamento fisiopatologico ed etiopatogenetico, sulle risultanze degli studi e soprattutto sulla osservazione attenta del paziente (dell'Uomo) in un setting corretto. Alla Murri, per intenderci: e Augusto Murri ha di anni anticipato Popper e altri insigni epistemologi del secolo scorso. E sapendo poi ragionare sui sistemi.

La rivoluzione della System Medicine è oggi potenziata dai progressi della genomica/esomica, della trascrittomica, della proteomica, lipidomica, (e chi più ne ha più ne metta) e sta aiutando la medicina a tornare in mano ai medici-clinici. Ma, assieme, genera molti dati, "complica" le cose ma anche ci avvicina alla complessità, quella stessa

complessità che veniva risolta dal medico del secolo passato in modo quasi artistico, a intuito, su base empirica, o con fulminanti ragionamenti ipotetico-deduttivi, corretti, ma poco riproducibili e a volte nati a metà strada tra il conscio e l'inconscio... (Zia Minnie, per intenderci...)

Ed ecco che la rivoluzione della eH, sposando la rivoluzione della System Medicine orientata ad affrontare la complessità del singolo paziente, consentirà ai medici di studiare l'Uomo in modo finalmente approfondito, con metodi potenti come il computing avanzato, inteso come strumento e non come fine. Il futuro quindi sarà "ragionare di clinica" sul e col malato, avere nell'informatica un aiuto potente che si adatta al medico e al paziente, poter sintetizzare dati complessi e complicati assieme, traendone informazioni vitali, e probabilmente ottenere risultati molto superiori nella diagnosi, prognosi e terapia. Il passaggio dalla penna al computer non è ancora avvenuto: non è certo quello che oggi vediamo, e si realizzerà compiutamente nei prossimi anni.

Ma la medicina olistica personalizzata è già oggi una realtà sperimentale consolidata, richiede solo la disponibilità da parte del Medico ad affrontare i problemi della complessità, ben diversi da quelli della complicità e infinitamente lontani da quelli delle "complicazioni" –nel senso di complicanze amministrative...

Proprio i clinici (e tra questi penso principalmente ai medici di medicina generale) saranno i primi a poter e saper utilizzare strumenti veramente efficaci ed efficienti, che non sono quelli oggi disponibili, che a buon titolo fanno parte della preistoria della pseudo-rivoluzione informatico-amministrativa degli ultimi anni, dettata da politici irruenti e condizionata da interessi di uno o due ordini di grandezza superiori connessi, ad esempio, al mercato dei nutraceutici o dei farmaci.

Altro che dematerializzare: qui si tratta di curare degli Uomini.

Questa sì che è una vera rivoluzione scientifica e culturale, già in atto, ma da pochi avvertita come tale: ci sono ancora molti che difendono la EBM e le "regole" date ai medi-

⁶ Topol E: The Creative Destruction of Medicine, Basic Books Ed, 2012.

⁷ Sackett DL: Epidemiologia Clinica (scienza di base per la medicina clinica), 1991 (edizioni varie); Sackett –uno dei padri di una rivoluzione scientifica di 30 anni fa- è l'autore più citato e meno letto da molti amministratori e ricercatori moderni.

ci e ai cittadini dall'alto. Marcerà inarrestabilmente grazie a sistemi potenti come GRID o come le più recenti applicazioni della fisica delle particelle ai processi di cura (si pensi all'adroterapia, come esempio).

La eHealth non governata da Medici Ricercatori e Professionisti Responsabili, e orientata a semplificazioni di carattere amministrativo cederà necessariamente il passo alla visione clinica.

Ciononostante, nella fase intermedia, interlocutoria, prepariamoci a soffrire per varie ragioni: a) i cambiamenti epocali avvengono sempre dopo plurime battaglie, b) i modelli attualmente disponibili (pochi e spesso inef-

ficienti) non sono creati dai medici né sono orientati alla clinica e continueranno a causare anche danni a pazienti e medici, c) pagheremo uno scotto alle inefficienze infrastrutturali e giuridiche, e, d) dovremo pagare anche un giusto tributo per imparare l'uso dei mezzi che ci saranno offerti.

Comunque non è certo questo il momento di abdicare alla libertà e alla dignità e alla centralità apicale del Medico: con buona pace di tutti, la Sapienza della Medicina, la Scienza Clinica, l'Etica e soprattutto il buonsenso nostro e dei nostri amati pazienti, per i quali esistiamo e lavoriamo, prevarranno su tutto il resto.

Casa di Cura
Ai Colli

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE MENTALI**

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

40136 BOLOGNA
VIA SAN MAMOLO, 158 - TEL. 051 581073 - FAX 051 6448061
Sito internet: www.aicolli.com - E-mail: casadicura@aicolli.com

Lotta alla Medicina Difensiva. Proposta per una riduzione del contenzioso

Arnaldo Capozzi

Lettera aperta

Le radici della Medicina Difensiva andrebbero cercate anche nella rottura dell'argine alla contenziosità che il legislatore aveva posto nell'art. 3, lett. g, della legge istitutiva D. Lgs. C.P.S. del 13 settembre 1946, n. 233 (di seguito nominato decreto del 1946), relativa alla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni. Nell'art. 3, lett. g, si individuano le attribuzioni che spettano al Consiglio direttivo di ciascun Consiglio dell'Ordine ovvero: *«interporci, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere nelle controversie stesse»*.

L'argine alla contenziosità può evidenziarsi nel controllo deontologico TRA medici.

Ovvero, il primo atto del medico chiamato in causa dovrebbe essere quello di confrontare la relazione peritale avversa con il Codice Deontologico C.D. e, in caso di incongruità (gli articoli più significativi appaiono il n.62 ed il n.58), far seguire la richiesta di interposizione (tra "sanitario e sanitario") al proprio Ordine professionale visto che le pratiche medico legali fanno parte a pieno titolo delle "questioni inerenti all'esercizio professionale".

Il legislatore pose un vincolo: per ottenere l'interposizione dell'Ordine professionale è necessaria la "richiesta". Appare, quindi, necessaria una maggiore diffusione tra i medici del decreto del 1946.

Nessuno vuole ridurre l'importanza dell'errore in medicina, ovviamente, ma non si può parlare soltanto del paziente che denuncia visto che egli "parla", è necessario sottolineare il ruolo del Consulente che, invece, "firma". Si vuole far notare che il legislatore, nel 1946, aveva indicato un iniziale ordine strutturale nelle vertenze cui i medici potevano attenersi ed un Codice Deontologico che doveva essere sempre presente.

Non si parla a sufficienza, ad esempio, del fatto che "il rapporto tra medici dovrebbe ispirarsi ai principi di corretta solidarietà, di reciproco rispetto e di considerazione dell'attività professionale di ognuno" che solo questo (art. 58 C.D.) potrebbe essere sufficiente a consigliare di chiudere istantaneamente certe perizie con deduzioni sconcertanti e voli pindarici dal punto di vista diagnostico e che non dovrebbe essere difficile evidenziare nelle perizie frivole.

Le cause frivole ed inutili sono, secondo il Procuratore Capo Di Venezia Carlo Nordio: "in percentuale molto rilevante e rappresentano tentativi di arricchimento che fanno danni enormi alla tutela della salute dei cittadini ed alle casse dello stato". Ed è sempre un Consulente a firmarle!

L'art. 58 del C.D. dovrebbe essere considerato anche nel caso dovesse essere intrapresa una causa sulla base dell'uso delle linee guida. Colui che persegue la violazione del diritto alla salute in funzione del profitto utilizza, quando possibile, esattamente le linee guida per intraprendere la causa. E difficilmente gli interesserà il fatto che, successivamente, il medico sarà costretto a dover dimostrare la massima di buon senso per cui è un buon professionista colui il quale sa adattare la sua scienza al caso concreto e non già colui che, indifferente alla specificità della fattispecie, osserva acritica-

mente una regola astratta. Tale logica mercantile delle cause può essere intaccata con l'art. 58 del C.D.: "il rapporto tra medici dovrebbe ispirarsi ai principi di corretta solidarietà, di reciproco rispetto e di considerazione dell'attività professionale di ognuno".

Anche con il decreto-Balduzzi, il magistrato può nominare come CTU un medico di sua fiducia pur se non compreso negli elenchi dei consulenti tecnici. Eppure, soltanto i medici con i requisiti presenti nell'art. 62 del C.D. possono firmare relazioni medico-legali senza incorrere a possibili sanzioni disciplinari. L'art. 62 afferma che, in tema di perizie medico-legali: "...L'accettazione di un incarico deve essere subordinata alla sussistenza di un'adeguata competenza medico-legale e scientifica in modo da soddisfare le esigenze giuridiche attinenti al caso in esame". Nello stesso modo, si potrebbe richiamare, deontologicamente parlando, anche quel CTP ortopedico che firma perizie nei confronti di un ginecologo o nei confronti di un pediatra oppure quel CTP medico generico che firma perizie nei confronti di un urologo...

Nelle assai frequenti abnormi richieste di risarcimento si potrebbe far rispettare l'art. 62 del C.D. secondo cui: "La consulenza di parte deve tendere unicamente ad interpretare le evidenze scientifiche... nonché mostrare prudenza nella valutazione relativa alla condotta dei soggetti coinvolti".

Secondo Farneti: "È pacifico che, se per ovviare all'ignoranza specifica del medico legale è necessario un esperto, altrettanto dicasi per l'esperto ignorante di medicina legale.

Ma così non è sempre: vi sono casi affidati solo allo specialista spesso di grande competenza nello specifico settore, ma totalmente digiuno di basi culturali medico-legali o peggio ancora convinto che chiunque possa svolgere attività medico legale purché ne abbia avuta investitura dal giudice (o dall'avvocato n.d.r.)! Questo "cavalierato" medico legale è, come noto a tutti, quanto di più nocivo vi possa essere per una corretta amministrazione

della giustizia e non raramente va a scapito degli interessi dell'una o dell'altra parte".

Il fatto che il decreto del 1946 non sia stato utilizzato in tutti questi anni (tranne dal sottoscritto e non so chi altro) non significa che le attuali decine di migliaia di pratiche medico-legali e quelle decine di migliaia passate siano esenti da problematiche deontologiche!

È realistico pensare che, Colleghi venuti a conoscenza del decreto del 1946 possano finalmente considerare l'ipotesi di richiedere istanze di tipo deontologico.

È verosimile che possa crearsi un'involontaria coalizione tra medici nei confronti di un unico Consulente responsabile della ripetizione di una medesima incongruità deontologica o di diverse incongruità nel corso di questi anni. In un rinnovato interesse per il Codice Deontologico, quindi, il Consulente potrebbe essere chiamato a rispondere all'Ordine professionale per numerose richieste di interposizione da parte dei Colleghi sia per pratiche attuali, sia per pratiche passate. E dovrà ogni volta presentarsi all'appuntamento fissato dall'Ordine! Non solo per difendersi, ma soprattutto perché la sua assenza comporterà il fallimento del tentativo di conciliazione dell'Ordine che, sempre sulla base del decreto del 1946, dovrà deliberare (... in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere nelle controversie stesse). Deliberare significa prendere posizione con assai probabili sanzioni disciplinari.

L'assenza del perito all'incontro fissato dall'Ordine non farà emergere tutte le critiche sulla riuscita della causa stessa. In caso di esito infausto della causa, il perito assente all'appuntamento fissato dall'Ordine potrebbe dover rispondere di aver negato al paziente la possibilità di procedere o meno nella vertenza in tempi brevi. Potrà essere chiamato a motivare la sua indisponibilità alla richiesta di tutela dell'onorabilità da parte di un Collega soprattutto se, invece, è stato puntuale agli incontri fissati dal Consulente Tecnico di Ufficio (incontri fatturati!). Questa assenza del perito potrebbe comportare, in definitiva, un'ipotesi di "sospetto di dolo" nel suo comportamento "utile" per le assicurazioni al fine di non garantirgli o garantirgli solo in parte

¹ A. Farneti, Consulenza specialistica medico legale in tema di responsabilità medica: interpretazioni operative ed applicative dell'art. 62 Codice deontologico, Tavola Rotonda, Bologna 2 febbraio 2008, inedito).

eventuali coperture finanziarie. Si potrebbe determinare una condizione di forte preoccupazione nel Consulente stesso.

La paura è stata alla base del “successo” della Medicina Difensiva e la stessa paura, spostando il bersaglio sul Consulente scorretto, potrebbe essere alla base della sua fine.

Esistono le conclusioni tecnico-giuridiche-scientifiche del Tribunale ma esiste anche la forza del Codice Deontologico con le possibili sanzioni disciplinari (e le inevitabili conseguenze finanziarie).

La figura del CTU, contrariamente a quanto si possa credere, è ancor più delicata rispetto a quella del Consulente Tecnico di Parte. Appare difficile credere che un CTU possa essere nominato dal Giudice se nel suo “storico” compaiono sanzioni disciplinari.

La contenziosità in medicina potrebbe ridursi per fuga del perito medico-legale dalle prati-

che frivole in conseguenza delle nuove ed imprevedibili esposizioni (deontologiche e finanziarie) che il decreto del 1946, ahimè dimenticato o non sufficientemente considerato, aveva ed ha in serbo.

Per quanto riguarda le possibili conseguenze finanziarie si legga anche: “Responsabilità professionale. Se è il consulente tecnico ad avere paura” Quotidiano Sanità, 18 settembre 2012.

Conclusioni:

la proposta per ridurre il contenzioso in medicina, fornendo nuovi stimoli nella lotta alla Medicina Difensiva, può racchiudersi nella seguente frase:

“controllo deontologico permanente da parte degli stessi medici di tutte le pratiche medicolegali firmate dai CTP e dai CTU utilizzando, se necessario, la richiesta all’Ordine professionale di interposizione nelle controversie tra sanitario e sanitario ai sensi dell’art. 3- lettera g del D.Lgs.C.P.S. n. 233 del 13 settembre 1946”.

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri

Medico Chirurgo

Specialista in Igiene, Medicina Preventiva e Psicologia Medica

BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

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

Ambulatori Cup:

- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Reparti degenza:

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

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

Studiare i sogni aiuta a comprendere lo stato di salute mentale dei pazienti

Una nuova ricerca sembra confermare che lo studio dei sogni potrebbe offrire una maggiore comprensione dello stato di salute mentale e fornire nuovi trattamenti, soprattutto per la depressione. La ricerca della Scuola di Psicologia dell'Università di Adelaide è stata pubblicata dalla rivista International "Journal of Jungian Studies". "Jung era estremamente interessato alle immagini che ricorrevano nell'arte, nella religione nei miti e nei sogni di persone appartenenti ai più diversi gruppi umani – ha spiegato Lance Storm, fra gli autori della ricerca – e aveva descritto alcune immagini archetipiche, come l'eroe che simboleggiava la ricerca di un traguardo o l'ombra, un aspetto negativo della personalità. Nelle teorie junghiane questi simboli sono manifestazioni della mente inconscia, dei messaggi in codice che ci manda il cervello e che noi pensiamo possano essere decifrati". Secondo il lavoro di Storm, le teorie di Jung potrebbero ampliare la gamma di opzioni disponibili per i pazienti sottoposti a trattamenti per problemi di salute mentale. "La nostra ricerca suggerisce che invece di interpretare in modo casuale simboli onirici con delle ipotesi, i simboli archetipici e il loro significato potrebbero essere correlati in un modo oggettivamente convalidato. E questo potrebbe rivelarsi utile nella pratica clinica", ha osservato Storm. In particolare, gli studiosi ritengono che l'analisi dei sogni potrebbe aiutare nel trattamento della depressione. "Questo è un settore molto preoccupante per la salute mentale. I depressi sono noti per la grande lunghezza dei periodi dei rapidi movimenti oculari (Rem) del sonno, che sono direttamente collegati con l'elaborazione emotiva e con il sognare", ha concluso Storm. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19409052.2012.685662>

L'abuso di paracetamolo può causare l'epatite

Superare il dosaggio di 4 grammi al giorno di paracetamolo o combinarlo con altri analgesici contenenti lo stesso principio attivo, è rischioso. Un sovradosaggio è la principale causa di insufficienza epatica acuta in Occidente, che registra un quinto di tutte le morti per overdose accidentale di paracetamolo-correlati. L'allarme arriva da uno studio di Chicago presentato a Boston nel corso del congresso dell'AASLD, American Association for the Study of Liver Diseases. L'uso non intenzionale di assumere oppioidi con paracetamolo con altri analgesici contenenti sempre questo farmaco provoca una epatotossicità, una epatite tossica, fenomeno spesso motivo di ritiro dal commercio di medicinali. Inoltre una overdose da paracetamolo è difficile da riconoscere. È fondamentale quindi che il paziente sia sempre più consapevole dei rischi causati da mix di farmaci e per questo è necessario – suggeriscono gli autori – una maggiore chiarezza nelle etichette degli stessi medicinali abolendo le abbreviazioni dei farmaci. Lo studio ha arruolato 249 pazienti; per 4 giorni i partecipanti hanno tenuto un diario su tutti i farmaci assunti, compresi quelli da banco (OTC), senza prescrizione medica. Il 10,8% dei pazienti ha riferito di assumere lo stesso giorno più medicinali contenenti paracetamolo. La maggioranza di questi, il 74,1% ha assunto paracetamolo insieme agli analgesici. L'1,6% ha inoltre superato la dose consigliata giornaliera di paracetamolo (4 grammi). E nell'87,3% delle prescrizioni, il paracetamolo è indicato solo con la sua sigla, APAP o ACET.

La Senatrixina potrebbe avere un ruolo essenziale nella formazione dei tumori

La senatrixina svolge una funzione essenziale nella trascrizione e replicazione del Dna e potrebbe anche avere un ruolo alla base della formazione dei tumori. A rivelarlo è uno studio congiunto tra l'Ifo (Istituto FIRC di oncologia molecolare) di Milano e l'Istituto di genetica molecolare del Consiglio nazionale delle ricerche (Igc-Cnr) di Pavia, con il supporto dell'Airc e di Telethon, pubblicato

in questi giorni su "Cell". "Ciò che emerge chiaramente dai nostri risultati è che la senataxina, proteina mutata in due rare patologie neurodegenerative ereditarie, una forma giovanile di Sclerosi laterale amiotrofica e una rara atassia con difetti dei muscoli oculari (AOA2), agisce come un vigile che "regola il traffico" durante la replicazione di zone del Dna particolarmente 'affollate'", ha spiegato Giordano Liberi, ricercatore dell'Igm-Cnr di Pavia e autore della ricerca. La replicazione e la trascrizione del Dna sono due eventi fondamentali senza i quali le cellule non potrebbero duplicarsi e funzionare: durante il primo viene prodotta una copia identica di questa molecola, mentre con il secondo uno dei due filamenti che costituisce la doppia elica di Dna viene trascritto in Rna. "Questi processi avvengono contemporaneamente e devono essere ben coordinati per evitare che interferiscano tra loro – ha proseguito Liberi –. Compito della senataxina, nelle regioni del Dna dove sono presenti geni molto espressi che ospitano costantemente i complessi di trascrizione, è proprio dare la precedenza alla replicazione, evitando al contempo un pericoloso 'scontro' tra la forcella replicativa e il complesso di trascrizione e il blocco della forcella". Quando la senataxina risulta alterata, come nelle due patologie oggetto della ricerca, la trascrizione interferisce con la replicazione rendendo il Dna fragile, una caratteristica comune delle cellule tumorali. Questa scoperta potrebbe segnare quindi un significativo passo avanti sia nella ricerca sul cancro, sia nello studio delle due patologie neurodegenerative in cui senataxina è alterata. "Lo studio apre alcune domande – ha detto il ricercatore –. Da chiarire innanzitutto il coinvolgimento della senataxina, quale garante della stabilità genomica, nei meccanismi molecolari alla base della formazione dei tumori, dove l'integrità del Dna risulta gravemente compromessa: un'intersezione ancora misteriosa nella ricerca tra malattie genetiche e cancro. Dobbiamo poi stabilire quali sono le cellule del sistema nervoso in cui le lesioni al Dna contribuiscono allo sviluppo di Sla e atassia AOA2. Ma adesso abbiamo un'idea più precisa di cosa cercare: sappiamo che in assenza di senataxina le cellule sono maggiormente soggette a instabilità genomica". "I risultati di questo lavoro costituiscono un importante tassello nel quadro che sta emergendo nella comunità scientifica – ha confermato Marco Foiani, direttore scientifico di Ifom –. Gli stessi ingranaggi che muovono la macchina del tumore spesso si trovano alla base di una vasta gamma di patologie, diverse nella loro manifestazione ma simili in termini di disfunzioni a livello cellulare". "L'instabilità genomica – ha detto Liberi – potrebbe essere quindi il comune denominatore tra cancro e malattie neurodegenerative come la Sla. Ancora una volta, in controtendenza rispetto alla settorializzazione della ricerca scientifica, questo studio dimostra il valore trasversale della ricerca di base che, lavorando sui meccanismi biologici fondamentali, perviene a scoperte le cui applicazioni guardano verso molteplici aree di indagine apparentemente lontane". [http://www.cell.com/abstract/S0092-8674\(12\)01244-5](http://www.cell.com/abstract/S0092-8674(12)01244-5)

Un nuovo strumento favorisce la diagnosi precoce dei tumori cerebrali

Un nuovo strumento, dalle dimensioni ridotte e che si basa sul funzionamento della risonanza magnetica nucleare, potrebbe essere in grado di individuare le microvescicole, sorta di 'polvere' rilasciata dalle cellule del cervello cancerose in quantità superiore ai neuroni normali che, laddove trovata nel sangue, potrebbe aiutare a diagnosticare precocemente questo tipo di tumore. La ricerca del Massachusetts General Hospital pubblicata sulla rivista "Nature Medicine" descrive appunto l'uso della tecnica che impiega una combinazione di procedure nanotecnologiche e questo nuovo strumento diagnostico. Le microvescicole, si legge nello studio, sono più abbondanti delle cellule tumorali circolanti (Ctc) usate finora per migliorare la diagnosi di cancro al cervello. "Inoltre, a differenza delle Ctc, sono piccole abbastanza per superare la barriera emato-encefalica, in modo da essere usate per individuare, sì, ma anche per monitorare lo stato del cancro al cervello", ha spiegato Hakho Lee, fra gli autori dello studio. Il glioblastoma multiforme è la più comune e aggressiva forma di cancro al cervello negli uomini, dal momento della diagnosi si hanno di solito meno di 15 mesi di vita. Una delle più grandi sfide della medicina è allora monitorare con accuratezza la malattia in modo da stabilire con certezza la risposta dei pazienti ai trattamenti. Attualmente, il solo modo per diagnosticarlo è tramite biopsie e test di imaging, che però rendono

difficoltoso il trattamento a lungo termine, oltre che invasivo e poco pratico. Con il nuovo strumento, invece, un semplice test del sangue potrebbe consentire di monitorare facilmente la malattia. <http://www.nature.com/nm/journal/vaop/ncurrent/full/nm.2994.html>

L'aderenza alla terapia anti-ipertensiva ridurrebbe l'ospedalizzazione del 13%

Sono migliaia ogni anno i casi di infarto e ictus, anche fatali, che potrebbero essere evitati in Italia se i pazienti a rischio cardiovascolare per ipertensione, colesterolo alto e diabete di tipo 2 seguissero bene le terapie loro prescritte e adottassero corretti stili di vita. Ad oggi, invece, solo un paziente su due segue le terapie in modo corretto e troppo frequenti sono l'abbandono terapeutico e il fai-da-te; basti pensare che se i soggetti con pressione alta prendessero correttamente i farmaci antipertensivi, il tasso di ospedalizzazione per infarto e ictus si ridurrebbe del 13%. Se i pazienti con ipercolesterolemia, allo stesso modo, assumessero correttamente i farmaci ipolipemizzanti, il rischio di ospedalizzazione per infarto si ridurrebbe del 15% e riduzioni dello stesso ordine di grandezza sono attese per la terapia farmacologica del diabete di tipo 2. L'argomento è stato discusso a Roma nel corso dell'Audizione al Senato della Repubblica "L'aderenza alla Terapia: un problema per la Sanità" promossa dalla Consulta delle Società scientifiche per la riduzione del rischio cardiovascolare-SCV. Ogni anno in Italia si verificano circa 250mila ospedalizzazioni per infarto e ictus e che l'aderenza alle terapie contro pressione alta, diabete, colesterolo alto "è ferma al 50%, bassa come in tutti i Paesi europei", sottolinea Giovanni Corrao, ordinario di Statistica medica presso l'Università di Milano. Un recente studio ha dimostrato che in Italia la tendenza all'abbandono precoce della terapia anti-ipertensiva è invece molto più diffusa rispetto a quella di altri Paesi europei, "ad esempio registriamo una frequenza doppia rispetto alla Svezia. Ciò suggerisce che il problema, già di per sé preoccupante, lo è ancora di più nel nostro Paese", ha commentato il professor Corrao.

Le violenze subite da bambini associate al rischio tumore

I bambini non vanno sgridati in modo violento, né tantomeno picchiati dal momento che ciò può minare seriamente la loro salute in età adulta. Ad affermarlo è una recente ricerca della Plymouth University di Devon. Il lavoro svolto dai ricercatori è stato pubblicato sulla rivista "Journal of Behavioural Medicine" e i risultati indicano che l'aumentato rischio ha una relazione con lo stress derivante dalle violenze domestiche. Lo studio ha coinvolto 400 persone residenti in Arabia Saudita; 150 di queste erano state affette da tumori, da malattie del sistema cardiovascolare e asma; 250 invece erano sane. I ricercatori hanno indagato sul clima familiare esistente nel periodo in cui i partecipati erano bambini, rilevando così gli episodi di percosse, punizioni fisiche e di violenza verbale. Dall'analisi dei dati è così emerso che chi da adulto aveva avuto il cancro, rispetto al campione sano, aveva 1,7 probabilità in più di aver subito maltrattamenti. Con lo stesso criterio è stato individuato che i malati di asma avevano 1,6 volte di probabilità in più di essere stati oggetto di violenza. 1,3 per chi soffriva di malattie cardiache. Secondo i ricercatori la causa delle malattie è lo stress provato da piccoli. Gli abusi traumatizzano il soggetto inducendo "cambiamenti a lungo termine che predispongono a patologie che sopraggiungono più tardi", ha spiegato Michael Hyland che ha coordinato la ricerca. Per il ricercatore, lo stress e le conseguenze a lungo termine per la salute si manifestano anche in quei paesi dove la punizione corporale viene ancora considerata normale. <http://link.springer.com/article/10.1007/s10865-012-9457-6>

Aumenta chi non dorme per lavoro. Molti i giovani ma a rischio ossa, circolazione e insonnia

Aumenta il numero delle persone che si porta il lavoro d'ufficio a letto, usando cellulari, connessioni wi-fi e tablet. Una indagine svolta su 1000 impiegati da una company californiana di software,

rivela che tutti hanno l'abitudine a rispondere alla e-mail dal letto. Uno studio su 329 inglesi, invece, ha trovato che un lavoratore su 5 passa lavorando a letto da 2 a 10 ore alla settimana. Infine una ricerca condotta a New York conferma che l'80% dei giovani di lavoro regolarmente dal letto.

In Italia 2 morti l'ora per malattie fegato

"Oltre 20.000 persone muoiono ogni anno in Italia per malattie croniche del fegato, una stima che equivale a due decessi ogni ora. E, nel 65% dei casi, l'epatite C risulta causa unica o concausa dei danni epatici. Un triste record quello dell'Italia, che è il Paese europeo con il maggior numero di persone positive proprio al virus Hcv: circa il 3% della popolazione italiana è entrata in contatto con l'Hcv e nel nostro Paese i portatori cronici del virus sono circa 1,6 milioni. I numeri sono stati resi noti in occasione del 'Liver Meeting 2012', in corso a Boston. A livello regionale, il Sud Italia è il più colpito: in Campania, Puglia e Calabria, per esempio, nella popolazione ultrasettantenne la prevalenza dell'Hcv supera il 20%. "La gran parte degli infetti – spiega Antonio Gasbarrini, presidente della Fondazione italiana ricerca in epatologia (Fire) – ha un'età superiore a cinquant'anni e ciò testimonia un'endemia dell'infezione nella popolazione del nostro Paese negli anni '50- '70. Purtroppo, tra i pazienti portatori dell'infezione, nel 20-30% dei casi si registra un'evoluzione in una grave malattia del fegato: si stima che in Italia i cirrotici da virus C siano oltre 150.000 e circa 4-5.000 i casi annuali di tumore epatico conseguenti all'infezione cronica da tale virus".

Fino a 700 mila infezioni ospedaliere l'anno

Ammalarsi in ospedale. In Italia, nonostante attente misure di prevenzione e l'introduzione di nuove terapie antibiotiche, si verificano tra i 450 e i 700 mila casi di infezioni ospedaliere l'anno, di cui l'1% mortale. Si tratta di infezioni, che colpiscono dal 9% al 10% dei pazienti ricoverati e si verificano anche in strutture sanitarie assistite, day hospital e day surgery, spesso causate da germi Mdr (Multi Drug Resistent), ovvero resistenti contemporaneamente a diversi antibiotici. Per capire come affrontarle al meglio si confronta in questi giorni a Roma un panel multidisciplinare di esperti, nel corso dell'iniziativa 'Critical Issues on Mdr', promossa dal Gisig (Gruppo italiano di studio sulle infezioni gravi). "L'obiettivo è dare supporto agli specialisti, gli infettivologi ma anche a tutti gli altri attori coinvolti nella gestione dei pazienti nella diagnosi e nella gestione delle infezioni da germi Mdr, con indicazioni basate sulle evidenze scientifiche e non solo sull'esperienza clinica", spiega Nicola Petrosillo, direttore dell'Unità operativa complessa di infezioni sistemiche e degli immunodepressi.

Gli scienziati, l'uomo oggi più stupido di migliaia di anni fa

In barba all'evoluzione della specie, stiamo diventando sempre più stupidi. Almeno secondo un team di scienziati britannici, convinti che la nostra intelligenza sia in costante diminuzione, poiché non ne abbiamo più bisogno per sopravvivere. Il team della Stanford University sostiene, su un articolo su "Trends in Genetics", che stiamo perdendo le nostre capacità intellettuali – insieme a quelle emotive – perché l'intricata rete di geni che ci conferisce il potere cerebrale è particolarmente vulnerabile alle mutazioni. E nella società moderna non abbiamo più bisogno dell'intelligenza per sopravvivere. Se millenni fa essere 'smart' poteva fare la differenza tra vivere (e riprodursi) e morire, oggi si sopravvive tranquillamente anche senza tutte le cellule grigie all'erta, assicurano gli scienziati. Ma, sempre secondo questa teoria, non è il caso di perdere il sonno e arrovellarsi per il calo del nostro potere cerebrale: nel momento in cui diventerà un vero problema, la tecnologia avrà trovato una soluzione che renderà la selezione naturale un metodo obsoleto. "Lo sviluppo delle nostre capacità intellettuali e l'ottimizzazione di migliaia di geni dell'intelligenza probabilmente si è verificato in gruppo di persone sparse, in una fase relativamente non-verbale, ben prima che i nostri antenati emergessero dall'Africa", dice al "Daily Mail" Gerald Crabtree, autore principale dello studio. In questo ambiente l'intelligenza era fondamentale per la sopravvivenza, e c'era probabilmente un'im-

mensa pressione selettiva sui geni necessari per lo sviluppo della mente, elementi che hanno favorito un picco nell'intelligenza umana. Ma con il mutare delle condizioni ambientali, probabilmente abbiamo cominciato a perdere lentamente terreno, dicono i ricercatori. Con lo sviluppo di agricoltura e urbanizzazione, potrebbe essersi indebolito il potere della selezione nell'eliminare le mutazioni che portano alla disabilit  intellettuale. In base ai calcoli della frequenza con la quale le mutazioni deleterie appaiono nel genoma umano, e l'ipotesi che 2.000-5.000 geni siano necessari per la capacit  intellettuale, Crabtree stima che nel giro di 3.000 anni, ovvero circa 120 generazioni, tutti noi subiremo due o pi  mutazioni dannose per la nostra stabilit  intellettuale o emotiva. Insomma, la nostra intelligenza   in calo, in modo inesorabile. Ma si tratta di un processo lento. Che, assicurano gli scienziati, ci dar  il tempo di spremere le meningi per trovare una soluzione high-tech, e beffare la selezione della specie.

Il CONI promuove i percorsi di benessere per tenere lontane le patologie croniche

La soglia minima per iniziare un percorso di benessere e prevenzione   di cinquemila passi, una passeggiata che copre una distanza di circa tre chilometri. Una passeggiata di questo tenore aiuta a tenere lontane l'80 per cento delle malattie croniche, come le patologie cardiovascolari. E per invogliare i cittadini a camminare   stata inaugurata una rete di 32 percorsi di camminata in tutta Italia, da Aosta a Palermo. Il progetto   stato presentato al CONI e si propone anche come antidoto alla crisi, offrendo la possibilit  di fare movimento a costo zero, considerato che "due famiglie su dieci non riescono ad assicurare l'iscrizione a societ  sportive ai propri figli", fanno sapere i promotori. I percorsi individuati dal progetto sono stati validati dai maggiori esperti mondiali di 'camminata'. Testimonial dell'iniziativa, infatti,   stato, nel corso della presentazione, Maurizio Damilano, campione olimpico di marcia a Mosca nel 1980 e presidente della 'scuola di cammino'. Si parte da tracciati urbani e turistici, dedicati alla visita di centri storici, a percorsi nel territorio circostante, alle proposte naturalistiche, fino alle passeggiate pi  impegnative. Con la prevenzione primaria   possibile anche risparmiare in termini di spese sanitarie. "Non fumare, bere con moderazione, alimentarsi correttamente e muoversi il pi  possibile - ha detto Sergio Pecorelli, presidente dell'Agenzia Italiana del Farmaco - permetterebbe di alleggerire di circa 60 miliardi di euro l'anno le spese sostenute dallo Stato".

Farmaci, 57% italiani li riconosce dal nome, 45% paga di pi  per 'brand'

I farmaci? Gli italiani li chiamano per nome. Il 57,6% dei connazionali, infatti, riconosce i medicinali che assume dall'appellativo commerciale, solo il 7,6% tramite il nome del principio attivo e quasi il 35% attraverso entrambi. A identificare di pi  il farmaco grazie al 'brand' sono i giovani (68,5%), gli anziani (64,9%), i residenti al Nord-Est (61,6%), gli uomini (59,6%) e le persone con un pessimo stato di salute (64,7%).   quanto emerge da una ricerca del Censis realizzata per Farmindustria sull'impatto della prescrizione con principio attivo sulla qualit  delle cure.

Secondo la ricerca, dunque, i cittadini associano farmaco e nome commerciale, facendo di quest'ultimo il principale fattore identificativo, pur nella consapevolezza che esistono altri medicinali equivalenti, magari con un costo inferiore. Sono pi  informati sull'esistenza di farmaci equivalenti gli anziani (il 78%) dei giovani (59,1%), i residenti al Centro (77,2%) rispetto a quelli del Sud (74,5%).

Se il nome commerciale del farmaco identifica il proprio medicinale non sorprende che una quota elevata di cittadini sia pronta a pagare di pi  per averlo. Quasi il 45% degli italiani dichiara che nell'ultimo anno gli   capitato di pagare una differenza di tasca propria per avere un farmaco di marca piuttosto che quello fornito dal Servizio sanitario con lo stesso principio attivo ma a un costo inferiore. Ad averlo fatto sono soprattutto gli anziani (oltre il 54%), le donne (quasi il 49%) e pi  ancora le persone con un pessimo stato di salute (il 70,6%).

Proprio l'identificazione del farmaco con il nome commerciale - sottolinea il Censis - spiega perch  si genera disagio nei cittadini se cambiano aspetti del farmaco assunto abitualmente relativi al nome

(73%), alla confezione (oltre il 57%), al colore (54,2%) e alla forma della compressa (50,7%). Anche in questo caso, il disagio per l'eventuale cambiamento del nome è più forte tra gli anziani (oltre il 79%), gli uomini (oltre il 73%) e le persone con un pessimo stato di salute (quasi il 71%).

Alto è anche il rischio di confusione, in particolare per gli anziani. Il 30% degli italiani dichiara che si potrebbe confondere se il farmacista gli consegnasse un medicinale contenente lo stesso principio attivo di quello che prende solitamente ma con una confezione diversa o un nome differente. Il rischio di confusione è molto più alto tra gli anziani (oltre il 39%) e le donne (quasi il 28%): si tratta di un'area vasta e con una consuetudine di rapporto con i farmaci anche quotidiana.

E se un cambiamento del farmaco deve esserci, il medico è il solo garante. In caso di sostituzione per ragioni economiche di un farmaco normalmente utilizzato, il 61% dei cittadini dichiara che non gli provoca disturbo se è il medico a farlo, il 16,6% se è il farmacista, mentre più del 22% è contrario (6,9%) oppure infastidito (15,5%). Ferma restando la centralità della fiducia nel medico per tutti i cittadini, si constata una maggiore avversità al cambiamento del farmaco per ragioni economiche da parte degli anziani (quasi il 28% è contrario o ne è disturbato), delle donne (oltre il 25%) e delle persone con un pessimo stato di salute (oltre il 29%). Il 77,4% dichiara di essere a conoscenza delle nuove norme sulle prescrizioni, del fatto cioè che il medico di famiglia deve indicare sulla ricetta il nome del principio attivo. Quasi il 63% sa che, in caso di patologia cronica per la quale il paziente era già in cura al momento dell'entrata in vigore della norma, il medico può continuare a prescrivere il farmaco con il nome commerciale che prescriveva in precedenza. E sono più informati gli anziani rispetto ai giovani, le donne rispetto agli uomini. Il 66,7% dichiara di aver già sperimentato la modalità della prescrizione con principio attivo. Di questi, il 19,9% per una nuova patologia, l'80,4% per patologie per le quali erano già in cura. Secondo i cittadini – conclude il Censis – attualmente c'è troppa pressione economica sulle scelte prescrittive a causa delle manovre di bilancio pubblico e dell'entrata in vigore delle nuove norme. Oltre il 47% degli italiani ritiene che ci sia stato un aumento del peso del fattore economico sull'attività prescrittiva dei medici negli ultimi 12-18 mesi, il 36,4% ritiene che sia rimasto inalterato, il 6,2% che sia diminuito, mentre il 10% non ha opinioni al riguardo. D'altro canto, per il 77% le esigenze di ridurre la spesa pubblica per i farmaci pesano molto o abbastanza sull'attività prescrittiva e oltre il 61% registra un aumento della spesa di tasca propria per l'acquisto di farmaci.

L'obesità dipende anche dai tempi di assunzione dei cibi

Non è solo quel che mangiamo, ma anche quando lo mangiamo a farci ingrassare. Uno studio condotto da Garret FitzGerald, direttore dell'Institute for Translational Medicine and Therapeutics della Perelman School of Medicine dell'Università della Pennsylvania, ha scoperto che nei topi la delezione del "gene orologio Arntl", anche noto come Bmal1, nelle cellule di grasso provoca l'obesità, stravolgendo il timing normale previsto per la nutrizione della specie notturna. I risultati, pubblicati sul "Nature Medicine", mostrano che le cause dell'obesità negli esseri umani sono ancora più complesse di quanto non si pensi già. "I nostri studi sui topi sono sorprendenti – hanno spiegato gli autori – perché abbiamo scoperto che il consumo di cibo in orari normalmente dedicati al riposo, porta ad immagazzinare più energia e a diventare più grassi. In pratica i topi ingrassano senza mangiare di più ma solo perché mangiano non in sincronia con il proprio orologio biologico".

<http://www.nature.com/nm/journal/vaop/ncurrent/full/nm.2979.html>

Lesioni cerebrali e pesticidi triplicano il rischio di Parkinson

Quelli che hanno vissuto in aree in cui era usato l'erbicida Paraquat e che hanno subito infortuni alla testa hanno una probabilità tre volte maggiore di ammalarsi di Parkinson. Lo dimostra uno studio della University of California di Los Angeles pubblicato sulla rivista "Neurology". Il Paraquat è un erbicida comunemente usato sul frumento per tenere sotto controllo le erbe infestanti; può essere mortale per animali e umani. "Entrambi questi fattori, presi singolarmente, aumentano il rischio Parkinson. La combinazione fa crescere ancora di più questa probabilità", ha spiegato Beate Ritz, fra gli autori

della ricerca. "Probabilmente, i processi fisiologici innescati da un trauma alla testa aumentano la vulnerabilità delle cellule cerebrali all'attacco dei pesticidi e un'esposizione cronica a basse dosi di queste sostanze può aumentare il rischio del Parkinson". Lo studio ha coinvolto 357 malati di Parkinson e 754 persone senza la malattia che vivevano in aree agricole nella California centrale. Ogni partecipante riportava i traumi cerebrali che aveva subito e che avevano comportato una perdita di coscienza di almeno 5 minuti. Le persone con il Parkinson avevano il doppio di probabilità di aver subito un colpo alla testa con perdita di coscienza superiore ai cinque minuti rispetto a quelle che non avevano subito questo infortunio. Le persone con Parkinson avevano il 36% in più di probabilità di essere stati esposti al paraquat rispetto a quelli che non avevano la malattia. Fra i malati di Parkinson, in 169 erano stati esposti al diserbante (47%), rispetto ai 291 dei soggetti senza la malattia (39).

<http://www.neurology.org/content/79/20/2061.abstract?sid=bd455d26-80a8-4dfr-boo2-422d936040c4>

Aumentano casi celiachia. Ministero, sono 135mila contro 600mila 'reali'

Aumentano le diagnosi di celiachia in Italia. Ad oggi risultano 135.800, troppe poche però rispetto al numero di celiaci presumibilmente presenti in Italia se si considera che questa patologia, l'intolleranza alimentare più frequente a livello mondiale, ha una prevalenza stimata dell'1%. In Italia quindi dovrebbero esserci 600mila celiaci. Sono alcuni dei dati della relazione 2011 sulla celiachia del ministero della Salute che confermano il trend in aumento osservato negli anni precedenti.

Aspirina può ridurre tumori al fegato. Studio Usa su consumatori abituali del farmaco per 12 anni

L'uso regolare di aspirina (l'acido acetilsalicilico) ridurrebbe l'incidenza del tumore al fegato più diffuso – 'il carcinoma epatocellulare' – e nei pazienti che sono già stati colpiti dalla neoplasia o da altre patologie epatiche croniche abbasserebbe comunque il tasso di mortalità: è quanto emerge da un nuovo studio americano condotto su oltre 300.000 partecipanti per 12 anni e pubblicato sul "Journal" del National Cancer Institute, che ha realizzato l'indagine.

CENSIS, il nome commerciale del farmaco aiuta i pazienti. Molti pagano di più per avere il prodotto di marca, c'è troppa pressione economica sulle prescrizioni

Il 57,6% degli italiani riconosce i farmaci che assume dal nome commerciale, il 7,6% tramite il nome del principio attivo e quasi il 35% attraverso entrambi. A identificare di più il farmaco grazie al nome commerciale sono i giovani (68,5%), gli anziani (64,9%), i residenti al Nord-Est (61,6%), gli uomini (59,6%) e le persone con un pessimo stato di salute (64,7%). È quanto emerge da una ricerca del Censis realizzata per Farmindustria sull'impatto della prescrizione con principio attivo sulla qualità delle cure. I cittadini associano farmaco e nome commerciale, facendo di quest'ultimo il principale fattore identificativo, pur nella consapevolezza che esistono altri medicinali equivalenti, magari con un costo inferiore. Sono più informati sull'esistenza di farmaci equivalenti gli anziani (il 78% ne è a conoscenza) dei giovani (59,1%), i residenti al Centro (77,2%) rispetto a quelli del Sud (74,5%). Se il nome commerciale del farmaco identifica il proprio medicinale non sorprende che una quota elevata di cittadini sia pronta a pagare di più per averlo.

Farmaco di marca

Quasi il 45% degli italiani dichiara che nell'ultimo anno gli è capitato di pagare una differenza di tasca propria per avere un farmaco di marca piuttosto che quello fornito dal Servizio sanitario con lo stesso principio attivo ma a un costo inferiore. Ad averlo fatto sono soprattutto gli anziani (oltre il 54%), le

donne (quasi il 49%) e più ancora le persone con un pessimo stato di salute (il 70,6%). Proprio l'identificazione del farmaco con il nome commerciale spiega perché si genera disagio nei cittadini se cambiano aspetti del farmaco assunto abitualmente relativi al nome (73%), alla confezione (oltre il 57%), al colore (54,2%) e alla forma della compressa (50,7%). Il disagio per l'eventuale cambiamento del nome è più forte tra gli anziani (oltre il 79%), gli uomini (oltre il 73%) e le persone con un pessimo stato di salute (quasi il 71%).

Rischio confusione

Alto è anche il rischio di confusione, in particolare per gli anziani. Il 30% degli italiani dichiara che si potrebbe confondere se il farmacista gli consegnasse un medicinale contenente lo stesso principio attivo di quello che prende solitamente ma con una confezione diversa o un nome differente. Il rischio di confusione è molto più alto tra gli anziani (oltre il 39%) e le donne (quasi il 28%): si tratta di un'area vasta e con una consuetudine di rapporto con i farmaci anche quotidiana. E se un cambiamento del farmaco deve esserci, il medico è il solo garante. In caso di sostituzione per ragioni economiche di un farmaco normalmente utilizzato, il 61% dei cittadini dichiara che non gli provoca disturbo se è il medico a farlo, il 16,6% se è il farmacista, mentre più del 22% è contrario (6,9%) oppure infastidito (15,5%). Ferma restando la centralità della fiducia nel medico per tutti i cittadini, si constata una maggiore aversità al cambiamento del farmaco per ragioni economiche da parte degli anziani (quasi il 28% è contrario o ne è disturbato), delle donne (oltre il 25%) e delle persone con un pessimo stato di salute (oltre il 29%). Il 77,4% dichiara di essere a conoscenza delle nuove norme sulle prescrizioni, del fatto cioè che il medico di medicina generale deve indicare sulla ricetta il nome del principio attivo. Quasi il 63% è a conoscenza del fatto che, in caso di patologia cronica per la quale il paziente era già in cura al momento dell'entrata in vigore della norma, il medico può continuare a prescrivere il farmaco con il nome commerciale che prescriveva in precedenza.

Gli anziani più informati

E sono più informati gli anziani rispetto ai giovani, le donne rispetto agli uomini. Il 66,7% dichiara di aver già sperimentato la modalità della prescrizione con principio attivo. Di questi, il 19,9% per una nuova patologia, l'80,4% per patologie per le quali erano già in cura. Secondo i cittadini, attualmente c'è troppa pressione economica sulle scelte prescrittive a causa delle manovre di bilancio pubblico e dell'entrata in vigore delle nuove norme. Oltre il 47% degli italiani ritiene che ci sia stato un aumento del peso del fattore economico sull'attività prescrittiva dei medici negli ultimi dodici-diciotto mesi, il 36,4% ritiene che sia rimasto inalterato, il 6,2% che sia diminuito, mentre il 10% non ha opinioni al riguardo. Spesa pubblica. D'altro canto, per il 77% le esigenze di ridurre la spesa pubblica per i farmaci pesano molto o abbastanza sull'attività prescrittiva e oltre il 61% registra un aumento della spesa di tasca propria per l'acquisto di farmaci. Emerge evidente nella percezione collettiva che c'è una pressione dall'alto per tagliare la spesa pubblica che condiziona medici, pazienti e rischia di incidere sulla qualità delle prescrizioni. Ma gli interventi sulle modalità di prescrizione e di accesso ai farmaci cozzano con la personalizzazione del rapporto dei cittadini con il farmaco, che passa anche per la consuetudine, spesso quotidiana, a prendere un determinato farmaco reso riconoscibile da nome commerciale, confezione, forma e colore del medicinale stesso.

Il commento di Farmindustria

"La ricerca del Censis fa chiarezza su alcuni aspetti importanti, e cioè che la maggior parte degli italiani associa il farmaco al nome commerciale, e che conosce gli equivalenti e le nuove norme di prescrizione sul principio attivo: questo significa che sanno scegliere". Così Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farmindustria, commenta i risultati della ricerca del Censis sui farmaci. Dati che fanno ribadire, ancora una volta, a Farmindustria il suo giudizio negativo sulla norma che ha imposto l'obbligo di prescrizione dei farmaci per principio attivo. "Questa norma non ha risparmiato il Ssn - osserva - perché il sistema sanitario paga il prezzo di rimborso. Si è detto che lo si faceva per far conoscere i farmaci equivalenti, ma questa ricerca dimostra che gli italiani li conoscono, e nonostante questo, molte volte preferiscono il farmaco di marca. Se ciò avviene, non è un problema nostro". Secondo il presidente di Farmindustria, la norma come era nel decreto liberalizzazioni "andava bene, ma in quest'ultima formulazione no, perché crea disagio e confusione tra i cittadini - conclude -. Mi chiedo perché se i cittadini possono scegliere tra prodotti di marca e non, in tutti i settori merceologici, ciò non possa avvenire anche per il farmaco".

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 1° gennaio 2013

Cognome - Nome	Indirizzo	Te lefono
ABD ALATIF RANIA	Via Libia, 4 – Bologna	339/65.61.037
AKACHA KARIM	Via S.Isaia, 44 – Bologna	329/12.82.827
ARRIVABENE ALESSANDRA	Via Anna Frank, 4 – Casalecchio di Reno	051/56.81.11 349/14.79.511
BADRAN ALI	Via Mazzini, 96 – Bologna	327/11.66.723
BENEDETTO DANILO	Via Leonardo Da Vinci, 9/6 – Gioia del Colle	080/34.82.515 329/80.23.754
BERTONCELLI SARA	Via Mondolfo, 9 – Bologna	340/54.22.924 051/45.26.17
BRUHN ALEJANDRO DANIEL	Via del Pilastro, 30/c – Bologna	392/45.31.112
CANESTRI NICCOLO'	Via dei Gessi, 3 – Bologna	051/65.69.072 333/52.73.647
CAPUTO CARLA	V.le A.Silvani, 5 – Bologna	051/63.90.137 349/50.64.278
CARDIGLIANO MARIA ANGELA	Via Capo di Lucca, 3 – Bologna	347/44.90.012
CAVALLARI FABRIZIA	V.le Carducci, 48 – Bologna	338/40.45.981
CHIERZI FEDERICO	Via Gramsci, 3 – Argelato	051/86.06.72 328/36.18.015
CIMINO CATERINA	Via Fondazza, 25 – Bologna	347/72.82.956 320/67.52.204
CONGIU ERMINIA	Via G.Modena, 23 – Bologna	349/53.19.078
CONTE ELEONORA	Via Pasubio, 88 – Bologna	328/28.22.875
DE GREGORIO MARIANNA	Via Mazzini, 82/8 – Bologna	329/34.14.861 339/62.20.008
DIANI LUCA	V.lo Bolognetti, 11 – Bologna	333/52.41.333
DIMITRIADIS KONSTANTINOS	Via F. Malaguti, 16 – Bologna	339/27.83.187
di SUMMA MARGHERITA	Via Zannoni, 1 – Bologna	345/70.92.600
ESPERTI VINCENZO	Via Rubizzano, 1802/c – S.Pietro in Casale	327/53.40.055
FUSAI FRANCESCA	Via Vascelli, 6 – Bologna	349/47.62.790
GIAMBONI LORENZO	Via L.go Molina, 4 – Bologna	051/34.22.01 328/38.10.766
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	345/34.34.676
GIORGI FEDERICA	Via A.Calda, 1 – Bologna	051/43.56.81 349/29.80.290
GRASSO MERIMMA	Via Stelloni Levante, 30/3 – Calderara di Reno	320/78.69.236
GUIDOTTI JACOPO MARIA	Via Riva Reno, 29 – Bologna	051/52.15.43 329/23.23.034
LAI EMANUELE	Via della Resistenza, 24 – Bazzano	051/83.19.28 347/68.39.429
LEUNTE VIOREL	Via Panigale, 74 – Bologna	327/67.20.939
LEVANTESI PAOLO	V.le della Vittoria, 154 – Porto S.Giorgio	0734/67.66.73 329/68.58.858
LIA LOREDANA	Via delle Fragole, 5 – Bologna	340/61.63.754
MAGNAGUAGNO FRANCESCA	Via G.Oberdan, 33 – Bologna	051/22.23.19 339/35.67.523
MAGNANI LUCA	Via S.Bruno, 16 – Parma	347/98.33.272
MARCATELLI MARCO	Via Cartoleria, 40 – Bologna	328/86.59.810
MARCOVITZ RITA	Via Lombardia, 28 – Bologna	051/54.23.14 347/42.43.279
MARRA ROSA FRANCESCA	Via S.Vitale, 42/2 – Bologna	051/23.73.77 347/60.68.501
MONTEFIORI MICHELA	Via Pagnina, 10/A – Mordano	348/09.31.664
NGANKAM CHOUPE NADEGE STELLA	Via M.Polo, 83 – Bologna	329/12.81.411

NIKOLLAU NIKOLETTA	Via Barozzi, 4 – Bologna	320/677.59.21
NYASSALA DIANG GEPORGES	Via Strada Maggiore, 13 – Bologna	389/83.54.934
PAGLIA ANNALISA	Via Golfarelli, 6 – Bologna	320/16.63.019
PALANA' CHIARA	Via Libia, 60 – Bologna	051/62.17.622
		339/49.82.802
PALLADINO CAROLINA SERENA	Via Mazzini, 95/6 – Bologna	329/17.58.326
PAPANASTASIOU ANASTASIA	Via Vinazzetti, ½ - Bologna	333/21.40.716
PIRETTI LUCA	Via Caduti di Cefalonìa, 5 – Bologna	0541/95.71.97
		328/45.97.195
PLANTERA PAMELA	Via A.Saffi, 16/3 – Bologna	380/63.49.252
POERIO ANTONIO	Via B. Gigli, 6 – Bologna	392/41.81.500
RAMACIERI ANGELA	Via De Carolis, 29 – Bologna	349/43.46.866
RAVALDI ELISA	Via Fluno, 118 – Mordano	0542/52.279
		339/80.63.339
SASDELLI ANNA SIMONA	Via Corticella, 25 – Bologna	334/99.50.996
SCHINZARI MATTEO	Via Mazzini, 15/2 – Bologna	328/46.87.079
SCORZONI RAFFAELLA	Via Ferrarese, 10/2 – Bologna	051/35.25.51
		340/39.36.916
SERIO BARBARA	Via Palatucci, 1 – Bologna	320/76.86.017
SPASARI EZIO	Via Dell'Arcoveggio, 192 – Bologna	328/49.87.840
STEFANINI LAURA	Viale Antonio Silvani, 3/6 – Bologna	349/42.20.898
TENGATTINI VERA	Via S.Stefano, 64 – Bologna	329/46.55.731
VALLI VITORIO	Via S.Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23
VERRI FILIPPO	Via P.Neruda, 17 – Bologna	340/34.82.385
VISCIOTTI FRANCESCA	Via Bovi Campeggi, 1 – Bologna	328/80.52.268
VITALI GIULIA	P.zza Carducci, 3/3 – Bologna	333/49.52.472

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ANTONACCI NICOLA	Chirurgia Generale	348/53.17.427
CANELLA PIERO	Ortopedia e Traumatologia – Fisioterapia	338/14.06.026
CAVALLARI FABRIZIA	Medicina dello Sport	338/40.45.981
CHIARELLO EUGENIO	Ortopedia e Traumatologia	320/09.24.360
COLI' GABRIELE	Malattie dell'Apparato Cardiovascolare – Medicina dello Sport	051/78.14.22 330/41.11.95
CONCORDIA ALESSANDRA	Medicina del Lavoro	346/47.85.225
DALL'ASTA CHIARA GIOVANNA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	349/57.86.626
DIRODI MARIA	Ginecologia e Ostetricia	348/92.53.425
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano	
FALZONE FRANCESCA	Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
GIOVANETTI FEDERICA	Neurologia	329/82.30.056
	Chirurgia Vascolare	051/61.92.448
		339/19.12.182
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva Medico Competente Corso di Formazione in Medicina Generale	051/44.32.41 339/48.19.676
OLMI RUGGERO	Ortopedia e Traumatologia	338/76.74.267
SOVERINI VALENTINA	Scienza dell'Alimentazione	339/27.33.725
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

Conoscere l'Osteopatia

Incontri divulgativi aperti a chiunque voglia conoscere l'Osteopatia

Sabato ore 10-13

Sede: Spine Center

Via della Liberazione 3 Bologna 40128

ARGOMENTI, RELATORI E DATE

Le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia: stato attuale e prospettive future

Paolo Roberti Sarsina, Saverio Colonna
2 febbraio 2013

Osteopatia e apprendimento

Paolo Desirò, Leonardo Pesì
23 marzo 2013

L'ATM tra Osteopatia e Posturologia

Saverio Colonna, Stefano Frediani, Giorgio

Tonello, Massimo Tranchina, Luca Franzon
26 aprile 2013

Patologia vertebrale: l'approccio osteopatico e l'integrazione con altre metodiche

Saverio Colonna, Luca Franzon, Paolo Glessi, Roberto Mengoli
11 maggio 2013

Trattamento viscerale osteopatico: indicazioni e limiti

Gian Luca Begni, Paolo Desirò, Saverio Colonna
29 giugno 2013

Organizzazione

Spine Center

Via della Liberazione 3-5 - 40128 Bologna

Tel. 335/6213419

info@spine-center.it

www.spinecenter.it

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

Poliambulatorio Bonazzi, sito in Cento (FE), via IV Novembre 11, autorizzato e certificato ISO 9001, con servizio di segreteria, accesso handicap e fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Per informazioni Tel. 051/902236.

Affittasi bilocale monolocale 45 mq in via Cencetti/Zanolini (zona S. Orsola). Cucina abitabile, nuovo, completamente arredato, finiture di pregio, completo di tutti gli elettrodomestici, aria condizionata, garage auto. Silenzioso, luminosissimo, riscaldamento autonomo. Disponibile da subito. Su richiesta posso inviare foto dettagliate e planimetria via Mail. Per informazioni: 329/2323034 / jmg@fastwebnet.it

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

Affittasi studio medico a specialisti per giornate o mezze giornate in via Dante angolo viale Carducci. Per informazioni tel. 051/301977.

Occasione: vendesi appartamento a "LAMPEDUSA", poco distante dal centro, di mq 115 calpestabili, ben tenuto, entrata indipendente, senza spese condominiali. 1° piano: anticamera con balcone, 2 matrimoniali con servizi in camera, 1 balcone. 2° piano: cucina grande abitabile, che si affaccia su veranda coperta di 25 mq, bagno. Garage di 15 mq, con interrata cisterna d'acqua. Per informazioni telefonare al 328/9213084.

Pietramellara - Stazione Centrale in zona di alta visibilità con possibilità di parcheggio affitto uffici di nuova ristrutturazione (prima affittanza): piano primo con ascensore, ingresso, 3 uffici (di cui uno grande), bagno. Ottime finiture. Tel. 051/440376 ore ufficio o 348/8126096.

Ambulatorio odontoiatrico in Bologna si rende disponibile ad ospitare collega con propria clientela all'interno della sua moderna struttura composta da 4 unità operative, reception, ufficio, sala d'attesa e zona sterilizzazione. Per Informazioni 051/6195545 - cell 335/8383768.

Affittasi studio dentistico con una unità operativa sito in Bologna centro. Anche a giornate. Tel. 051/941872 - 328/4741163.

Cedesi studio dentistico autorizzato a Bologna. Medico odontostomatologo cesserebbe l'attività (tren-

tennale) nello studio dentistico proponendo semplice subentro a condizioni vantaggiose. tel. 338/2630785 (dopo cena).

Affittasi ambulatorio per singole o mezze giornate zona Sterlino via Murri n. 84 (BO). Per info telefonare ai numeri 051/344743 - Cellulare 336/91492258.

Offresi studio medico in via Oberdan a medico specialista. Anche per singole giornate. Per info tel. 333/2265862.

Odontoiatra, specializzato in Chirurgia Odontostomatologica, offre la propria collaborazione in Chirurgia e Implantologia presso studi della provincia di Bologna. Provvisto di propria attrezzatura. Tel. 328/3213754.

Poliambulatorio medico Agorà (ginecologia, odontoiatria, dietologia, flebologia....) autorizzato, dentro porta Lama, mette a disposizione un locale adatto anche a studio oculistico per avviare un nuovo servizio, sono disponibili anche ambulatori per altre aree specialistiche, in particolare neurologia, psichiatria, fisiatria, gastroenterologia, pediatria... Per informazioni Tel. 051/557366 - Cell. 348/6712133 - e-mail: coop.agoramedica@gmail.com

Affittasi: giugno-luglio-agosto-sett (mensilmente o settimanalmente) previ accordi, località di "PORTISCO" (Costa Smeralda) - Condominio Le stelle di Portisco - 15 km da Porto Rotondo - 20 km da Porto Cervo - 1 km dal mare spiaggia di Portisco - 3 km da spiaggia Rena Bianca - 3,5 km da San Pantaleo, borgo rinomato, a 80 m s.l.m. Appartamento arredato (a 70 m.s.l.m.) di 75 mq, vista panoramica mare (isola di Mortorio), ingresso con terrazzino coperto indipendente, corridoio, 1 camera matrimoniale - 1 cameretta con letto a castello - Ampia sala soggiorno - cucina con due divani letto, ampia veranda coperta di 21 mq - provvisto di lavatrice, forno cucina elettrico, frigo, forno microonde, fornello elettrico, ferro da stiro, barbecue a gas, aspirapolvere. Posto auto privato. Luogo immerso nel verde, lontano dal traffico. Per informazioni telefonare al 338/2435763.

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

Affittasi studio medico a specialisti per giornate o mezze giornate in via Dante angolo viale Carducci. Per informazioni tel. 051/301977.

Affittasi in zona Fossolo-Mazzini, nuovi ambulatori al piano terra a medici specialisti, anche a giornate, comodo parcheggio e fermata autobus. Per info tel. 333/4277683 - 338/7314844.

Medico specialista in Medicina Fisica Riabilitativa, direttore sanitario e proprietario di avviato e rinomato Centro medico riabilitativo privato in Pisa, con esperienza trentennale, cerca medico fisiatra per collaborazione e ulteriori sviluppi, con possibilità di futuro subentro. Per contatti: Dr. Giuseppe Caruso - mail: info@carusofisioterapia.it - cell. 335 6830959 - www.carusofisioterapia.it - www.medicinariabilitativa.it

L'Ambulatorio di Medicina del Lavoro Merano (AAM S.r.l.), sede italiana della B-A-D TeamPrevent, cerca un/a medico competente per la propria attività su tutto il territorio della Provincia Autonoma di Bolzano. La B-A-D TeamPrevent è il maggiore provider dei servizi nell'ambito della sicurezza sul lavoro e prestazioni della medicina del lavoro nella Germania e sta costruendo una rete delle filiali in vari paesi europei. L'ambiente economico-sociale permette una carriera professionale a lungo termine su una base sicura con il presupposto di integrarsi gradualmente nell'ambiente bilingue. **Offriamo Inquadramento Da Libero Professionista e/o Statuto Di Quadro Medico Dipendente - Contratto Di Lavoro Durata Indeterminata - Altri Vantaggi:** Ausilio di un avanzato sistema digitale per l'esecuzione delle visite mediche; Personale di assistenza al medico per alcuni tipi di visite strumentali; Assicurazione per l'attività medica fornita da AAM; Rimborso delle spese di pasto; Rimborso ACI per gli spostamenti professionali; Aiuto per la ricerca di un appartamento in affitto; Formazione per l'apprendimento del tedesco. L'attività del medico competente richiede l'uso quotidiano della propria autovettura e si svolge sia presso i nostri ambulatori di Merano, Bolzano e Bressanone e sia presso le sedi dei nostri clienti più grandi. LE NOSTRE ASPETTATIVE SONO: - Una persona culturalmente aperta e pronta ad imparare la lingua tedesca considerando la particolarità di un ambiente bilingue e multiculturale; - Una persona orientata all'efficienza del proprio lavoro che non sempre garantisce orari precisamente determinati e familiare con l'uso del computer. **Ambulatorio di Medicina del Lavoro Merano - Teamprevent S.r.l. - Tel.: 0473/232305 - info@aam-srl.it.**

SEC Recruitment Ltd - Divisione Pharma - Per multinazionale in Italia ricerca un Medico di Ricerca Clinica [Clinical Research Physician]. Laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in pneumologia, il candidato ideale è un giovane medico con ottimo percorso accademico e esperienza nella scrit-

tura di protocolli clinici, interessato a entrare nell'industria farmaceutica e con un buon inglese parlato e scritto. Si offre un contratto a tempo indeterminato. L'opportunità offre un pacchetto retributivo eccellente e ha brillanti prospettive di carriera nel lungo periodo. In caso di interesse, inviare un cv aggiornato all'indirizzo mail: sergio.carito@secpharma.com. Per ulteriori informazioni: +44(0)2072556665 www.secruitment.com.

Vendesi adiacenze Giardini Margherita villetta signorile con ampio giardino e cantina-garage, da ristrutturare. Trattative private. Per informazioni rivolgersi al 328/0062029.

Struttura sanitaria quartiere San Vitale via Guelfa, Bologna. Studi Medici e Odontoiatrici per singole o mezze giornate, mattino o pomeriggio. Per info Tel. 347/3731793 - 051/4075977-4076261.

Vendesi apparecchiatura elettromedicale tecnologicamente testata per trattamenti medico-estetici mediante radiofrequenza. L'attrezzatura è stata acquistata da FE.MA Srl concessionaria del marchio Dermal Medical Division e viene venduta come nuova ad un prezzo vantaggioso. L'apparecchiatura è protetta da garanzia fino al 7 dicembre 2013. Per info Tel: 335/5431462.

Affittasi ambulatori a medici, psicologi, laureati area medica, odontoiatri (studio attrezzato ed autorizzato), in studio medico nel centro storico di Bologna, angolo P.zza Galileo, adiacente a garage pubblico con libero accesso Sirio autorizzato. Tel.: 335/5431462.

Affittasi bilocale/monolocale 45mq in Via Cencetti/Zanolini (zona S.Orsola). Cucina abitabile, nuovo, completamente arredato, finiture di pregio, completo di tutti gli elettrodomestici, aria condizionata, garage auto. Silenzioso, luminosissimo, riscaldamento autonomo. Disponibile da subito. Su richiesta posso inviare foto dettagliate e planimetria via Mail. Per Informazioni 329.2323034 / jmg@fastwebnet.it

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 (nomi, 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