

# BOLLETTINO NOTIZIARIO

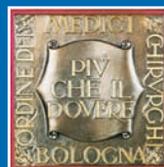
ANNO XLIII - N° 4 APRILE 2012

PUBBLICAZIONE MENSILE - SPEDIZIONE IN A.P. 45% - ARTICOLO 2 COMMA 20/B LEGGE 662/96 FILIALE DI BOLOGNA



## IN QUESTO NUMERO

- **Analisi del Bilancio di Previsione 2012 della Fondazione ENPAM. Intervento al Consiglio Nazionale,** Giancarlo Pizza, pag. 3
- **La Rana, Jago e... anche Gano di Maganza,** Fabio Maria Vespa, pag. 6
- **Professioni mediche: liberalizzazioni o fine di un'epoca?,** Andrea Dugato, pag. 7
- **Linee guida per una buona pratica professionale in Medicina Antroposofica,** pag. 9
- **Arte medica nel periodo etrusco,** Giovanni Pierini, Tiziana Balbi, pag. 14



# SANITÀ



REG. N. 1889  
UNI EN ISO 9001:2000

## Ospedale Privato Accreditato Villa Bellombra

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

Via Bellombra, 34 · 40136 Bologna.  
Tel. 051/58.20.92 · Fax 051/33.81.03  
info@villabellombra.it - www.villabellombra.it



REG. N. 4562  
UNI EN ISO 9001:2000

## Ospedale Privato Accreditato Santa Viola

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

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

# SOCIALE



REG. N. 4019  
UNI EN ISO 9001:2000



## Casa Residenza per Anziani ( ex Casa Protetta RSA )

### Villa Ranuzzi

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

Apparecchiature: ecocardiocolordoppler.

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



REG. N. 2467  
UNI EN ISO 9001:2000



## Casa Residenza per Anziani ( ex Casa Protetta RSA )

### Villa Serena

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

Via Toscana, 219 · 40141 Bologna - Tel. 051/48.11.98  
Fax 051/48.12.01 - info@villaserena-bo.it - www.villaserena-bo.it

**ECCEZIONALE PROMOZIONE**  
**Ariosto Spa**  
**&**  
**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI**  
**E DEGLI ODONTOIATRI di Bologna**

a Pieve di Cento Bologna presso  
**L'AREA EX LAMBORGHINI**  
 in via dei Braccianti

compra la tua casa già completamente  
 arredata a prezzi imbattibili



**€ 136.000,00**  
 [completamente arredato]

sala con angolo cottura - disimpegno - bagno  
 camera matrimoniale - loggia - vano tecnico  
 cantina ribassata - autorimessa  
**totale 75 MTQ commerciali**

**a soli 25 km dalla  
 Stazione di Bologna**

**€ 157.500,00**  
 [completamente arredato]



**preventivi gratuiti**  
**nessuna**  
**commissione**  
**di intermediazione**

sala con angolo cottura - disimpegno - bagno  
 camera matrimoniale - camera singola - loggia  
 vano tecnico - cantina ribassata - autorimessa  
**totale 87 MTQ commerciali**



**c o n t a t t i**  
 tel: 335/ 15. 35. 245  
 www. ariostospa. it





**ARIOSTO** spa

**ECCEZIONALE PROMOZIONE**  
**Ariosto Spa**  
**&**  
**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI**  
**E DEGLI ODONTOIATRI di Bologna**

Una grande opportunità ideale per famiglie e giovani coppie!

a Pieve di Cento Bologna presso  
**L'AREA EX LAMBORGHINI**  
i n v i a d e i B r a c c i a n t i

**splendidi appartamenti**



**preventivi gratuiti nessuna commissione di intermediazione**

**I.P.**



**c o n t a t t i**  
tel: 335/ 15. 35. 245  
www. ariostospa. it

# 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  
Spedizione in A.P. - 45%  
art. 2 comma 20/b - legge 662/96  
Filiale di Bologna

Autorizzazione Tribunale di Bologna  
n. 3194 del 21 marzo 1966

Contiene I.P.

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed  
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:  
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Marzo 2012  
è stato consegnato in posta  
il giorno 07/03/2012

# SOMMARIO

ANNO XLIII - APRILE 2012 N° 4

## ARTICOLI

Analisi del Bilancio di Previsione 2012 della Fondazione ENPAM.  
Intervento al Consiglio Nazionale • **3**

La Rana, Jago e... anche Gano di Maganza • **6**

Professioni mediche: liberalizzazioni o fine di un'epoca? • **7**

Linee guida per una buona pratica professionale in Medicina An-  
troposofica • **9**

Arte medica nel periodo etrusco • **14**

## NOTIZIE

Dalla pagina 17 alla 25

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **26**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **27**

## CONVEGNI CONGRESSI • 28

## PICCOLI ANNUNCI • 31

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

[www.odmbologna.it](http://www.odmbologna.it)

# **ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA**

## *Presidente*

Dott. GIANCARLO PIZZA

## *Vice Presidente*

Dott. LUIGI BAGNOLI

## *Segretario*

Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

## *Tesoriere*

Dott. VITTORIO LODI

## *Consiglieri Medici*

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott. STEFANO FERRARI

Dott. OSCAR FINI

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. STEFANO PILERI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

## *Consiglieri Odontoiatri*

Dott. ANDREA DUGATO

Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

## *Commissione Albo Odontoiatri*

Presidente: Dott. CARLO D'ACHILLE

Segretario: Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Componenti: Dott. EMANUELE AMBU  
Dott. PIETRO DI NATALE  
Dott. ANDREA DUGATO

## *Collegio dei Revisori dei Conti*

Presidente: Dott. FRANCO BENETTI

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO  
Dott. ALESSANDRO ZATI

Supplente: Dott. FRANCESCO QUARANTA

# Analisi del Bilancio di Previsione 2012 della Fondazione ENPAM. Intervento al Consiglio Nazionale

Giancarlo Pizza, Presidente OMCeO di Bologna

Prot. N. 2600 ap/GP - Bologna/Roma 26.11.2011

**Oggetto:** Analisi del Bilancio di Previsione 2012 della Fondazione ENPAM. Intervento al Consiglio Nazionale.

Caro Eolo, Cari Colleghi tutti,

Desidero presentare alcune considerazioni sul Bilancio di Previsione della Fondazione ENPAM per il 2012 pervenuto presso la sede ordinistica ed ora ribadito.

L'analisi si concentrerà su due principali aree:

- la gestione dell'Ente nel 2011, su cui verranno proposti dei commenti sulla base delle informazioni contenute nel Bilancio di previsione Assestato 2011 che costituisce parte integrante del documento in oggetto;

- il piano degli investimenti per il 2012.

Saranno dapprima esposte delle considerazioni di carattere generale sul documento per poi andare a discutere più nel dettaglio delle specifiche poste, relative sia alla gestione immobiliare che mobiliare.

## Considerazioni generali

- Il documento omette una serie di informazioni fondamentali per valutare l'andamento della gestione nel corso del 2011 e di conseguenza anche quanto siano realistiche le previsioni per la gestione 2012. Ci si riferisce in particolare al fatto che nonostante il risultato di esercizio 2011, come risulta dal bilancio assestato, si discosti di poco rispetto al valore stanziato nel bilancio di previsione 2011 (891,7 milioni di euro rispetto agli 867,1 milioni previsti), tuttavia singole voci di bilancio hanno presentato delle differenze notevoli rispetto ai valori previsti. Ad esempio:

- i proventi dei fondi immobiliari per il 2011 risultano, da bilancio di previsione assestato, pari a 90 milioni di euro, ben superiori rispetto ai 30 milioni previsti (voce C.15.c -Proventi da altre partecipazioni pag. 58);

- sono stati accantonati nel fondo svalutazione immobili 76 milioni di euro per i quali non vi

era nessuna previsione nel bilancio preventivo; – sono state effettuate svalutazioni di attività finanziarie per 100 milioni di euro. Tale voce era prevista pari a zero nel bilancio previsionale 2011 ed è prevista pari a zero per il 2012.

Come si può notare si tratta di voci di importo rilevante rispetto al risultato di esercizio, per cui non viene fornita nessuna informazione dettagliata.

- Il piano degli investimenti 2012 è quantomai vago. Sappiamo dai dati che vengono forniti che l'Ente avrà a disposizione circa 2 miliardi di euro che intende suddividere equamente tra investimenti immobiliari e mobiliari. Non vengono forniti ulteriori dettagli. In particolare per quanto riguarda gli investimenti mobiliari si apprende che il motivo di questa mancanza di dettaglio è che il Consiglio di Amministrazione non ha ancora deliberato la nuova Asset Allocation Strategica. Ora, dal bilancio di previsione dello scorso anno si era appreso che l'Ente aveva in programma di avvalersi di un Advisor indipendente che, tra l'altro, avrebbe avuto il compito di definire l'asset allocation strategica. Ci si chiede dunque, da un lato come sia possibile che a distanza di un anno l'asset allocation non sia stata ancora definita, e dall'altro come possa un Ente come l'ENPAM gestire il suo ingente patrimonio e i contributi ricevuti dagli iscritti in mancanza di uno strumento fondamentale quale l'asset allocation strategica. In assenza di tale strumento vi è un concreto rischio che gli investimenti dell'Ente non siano coerenti con le obbligazioni previdenziali nei confronti degli iscritti.

## Considerazioni specifiche

Gestione immobiliare

- BILANCIO ASSESTATO 2011:

- il bilancio di previsione del 2011 prevedeva risorse da destinare a investimenti appartenenti in senso lato al "rischio immobiliare" per complessivi 1.040,2 milioni di Euro;

– dopo gli investimenti soprattutto in Fondo Socrate (euro 9.389.936), Fondo Ippocrate (euro 377.837.239) e Fondo Q3 (euro 102.643.306) è ancora notevole la cifra residua da investire rispetto a quelle che erano le previsioni iniziali, al punto che sono disponibili risorse complessive da investire nel “rischio immobiliare” pari a euro 509.833.677

– ne consegue che “Tale somma complessiva sarà impiegata con molta difficoltà entro l’anno ma è certamente utile evidenziare un’inversione di tendenza rispetto all’anno 2010 ed è possibile che, al dicembre 2011, ulteriori somme siano impiegate”;

– rispetto al precedente punto è importante ravvisare che la significativa quota di somme ancora investibili in fondi immobiliari entro dicembre 2011 è opportuno che sia allocata in potenziali investimenti secondo una ratio trasparente e condivisa con il Consiglio della Fondazione, in modo da preferire le opportunità di investimento migliori e più convenienti in termini di rischio/rendimento; si raccomandano anche investimenti destinati a “fasce sensibili” privilegiando la sfera degli assistiti della Fondazione, siano essi anziani o giovani coppie.

– dall’analisi delle singole voci di bilancio emerge che sono stati accantonati per l’anno 2011 76 milioni di euro al fondo svalutazione immobili. Si tratta di un importo rilevante su cui non vengono forniti dettagli.

#### • BILANCIO DI PREVISIONE 2012:

– Nel bilancio di previsione del 2012 sono nuovamente previsti euro 1.000 mln euro “per acquisto di partecipazioni in società e fondi immobiliari: come già evidenziato nei precedenti esercizi, il veicolo fiscalmente più efficiente, sia in fase di acquisto e sia in fase di gestione e di vendita, è il fondo immobiliare. La Fondazione, nell’anno 2011, ha pertanto deciso di investire ulteriormente con l’acquisto della maggioranza delle quote del Fondo Q3 (nel 2012 sarà perfezionata con l’acquisto della totalità delle quote)”;

– In termini metodologici è quindi auspicabile che le Fondazione si doti di un modello di valutazione delle opportunità di investimento in fondi immobiliari (es. indicando delle aste o delle gare con i migliori asset manager italiani ed esteri del settore) e soprattutto che proceda ad una sufficiente diversificazione delle controparti

di gestione evitando eccessive concentrazioni su singoli player come invece è avvenuto nel 2011 (vedasi Fondo Ippocrate e Q3).

#### Gestione mobiliare

• Svalutazioni: come già anticipato dal bilancio assestato 2011 risultano svalutazioni nette di attività finanziarie per 98,6 milioni di euro, suddivise tra 38,6 milioni relativi alle immobilizzazioni finanziarie e 60 milioni relativi all’attivo circolante. Si tratta di un importo rilevante soprattutto se consideriamo che i titoli, immobilizzati e non, hanno generato nel loro complesso proventi (al lordo di svalutazioni ed imposte) per 122,5 milioni di euro, e quindi tali svalutazioni annullano quasi completamente il contributo del portafoglio titoli al risultato di esercizio. Ricordiamo che il portafoglio titoli a fine 2010 ammontava a circa 5,6 miliardi di euro, pari al 48% delle attività totali della Fondazione.

• Interessi titoli immobilizzati: gli interessi da titoli immobilizzati da bilancio assestato per il 2011 risultano pari a 33,6 milioni, ben inferiori rispetto ai 50 milioni stanziati nel bilancio di previsione (voce C.16.b pag. 58). Si legge a pag. 77 del bilancio che “tale decremento è imputabile al mancato e/o ridotto flusso cedolare per alcuni titoli obbligazionari scaduti nel corso dell’anno ed alla mancata sostituzione con nuovi investimenti”. In realtà da un controllo della lista dei titoli immobilizzati al 31/12/2010 risulta che nel corso del 2011 sono scaduti 7 titoli, per un nozionale totale di 107 milioni di euro, pari al 3,5% del totale del portafoglio. Non si capisce quindi come una riduzione del portafoglio del 3,5% possa essere usata come motivazione per proventi effettivi del 33% inferiori rispetto a quelli previsti.

Questi minori proventi determinano una redditività del portafoglio di note strutturate pari all’1,19% sicuramente insufficiente sia rispetto alla rischiosità del portafoglio che in un’ottica di equilibrio finanziario della gestione della Fondazione. E si desidera ricordare che tale numero non tiene conto della variazione del valore di mercato delle note su cui il documento in oggetto non dà informazioni ma che ha senz’altro subito l’impatto negativo del recente andamento dei mercati.

Le previsioni per il 2012 non lasciano sperare nulla di positivo, se si considera che a fronte

di scadenze di titoli per 45 milioni di nozionale sono previsti proventi totali (riferiti all'intero portafoglio di note strutturate) per 5 milioni di euro corrispondente ad una redditività dello 0,18%.

Questo conferma le preoccupazioni espresse negli anni passati sul portafoglio di note strutturate della Fondazione.

• Irish Life: nel corso del 2011 l'Ente ha ceduto il titolo Irish Life al 28% del valore nozionale riportando una perdita di capitale pari a 12,96 milioni di euro. In bilancio, a pag. 46, si fa notare che se si considerano le cedole pagate dal titolo durante la vita (pari a 11,5 milioni) e il credito di imposta pari a 1,62 milioni, i flussi di cassa totali generati dal titolo sono pari a 18,16 milioni, ovvero superiore al capitale investito.

Per quanto sia corretto valutare la performance del titolo includendo le cedole corrisposte durante la vita, e anche volendo considerare il credito d'imposta, per quanto non ancora utilizzato, la redditività che ne risulta è pressoché nulla.

È importante valutare questo risultato in termini di costo opportunità, ovvero rispetto ad investimenti alternativi. A tale proposito se l'Ente avesse investito nel 2001 (anno in cui è stato acquistato il titolo Irish Life) in un titolo governativo tedesco avrebbe ottenuto per 10 anni un rendimento annuale del 5% ovvero flussi di cassa totali pari a 27 milioni di euro, confrontabili appunto con i 18,16 ottenuti con il titolo Irish Life.

• Credit Suisse: tra i proventi straordinari nel bilancio assestato 2011 (pag. 79) risulta una plusvalenza di 12,7 milioni di euro derivante dalla vendita anticipata del titolo Credit Suisse Eur 5Y Metal. Tale vendita ha consentito l'utilizzo di parte del credito d'imposta relativo a minusvalenze rilevate negli anni precedenti. Tuttavia dato l'andamento del paniere di materie prime a cui il titolo era legato vi era una elevata probabilità che il titolo avrebbe rimborsato alla sua scadenza naturale il 14 marzo del 2011 il 150% del capitale investito determinando un guadagno di 15 milioni. Su questi 15 milioni non sarebbe stato possibile utilizzare il credito d'imposta, di conseguenza l'ammontare netto incassato dalla Fondazione sarebbe stato pari a 13,125 milioni di euro. Quindi se la Fondazione avesse aspettato la scadenza del titolo avrebbe incassato 425.000 euro in più e avrebbe ancora disponibile il credito di imposta per gli anni a venire.

• Titoli CDO: nel documento analizzato non viene fornito un aggiornamento sull'andamento dei titoli CDO, che come sappiamo l'Ente ha deciso di gestire conferendoli in un veicolo apposito dando mandato di gestione pluriennale con ampie facoltà ad advisor dedicati. Circolano tuttavia delle voci secondo cui tali titoli sarebbero stati nuovamente oggetto di rilevante ristrutturazione. Ci domandiamo dunque:

- se tali voci siano fondate;
- in questo caso, quali siano state le ragioni per cui si è deciso di procedere ad una nuova ristrutturazione;
- e quali siano stati i costi, sia quelli sostenuti direttamente dall'Ente, sia quelli indiretti sostenuti dai veicoli utilizzati su mandato dell'Ente.
- Quale sia il valore reale di detti CDO anche alla luce della situazione di mercato che ha investito il mercato del debito e del credito.

Nell'annunciare per le ragioni suesposte il voto negativo si desidera fare alcune raccomandazioni:

1) è auspicabile che il Consiglio di Amministrazione renda esplicite al Consiglio Nazionale alcune ottiche più precise di salvaguardia degli investimenti dotandosi di parametri di selezione dei prodotti finanziari da acquisire con costi di ingresso e di uscita già predefiniti e pari a quelli di mercato onde evitare di trovarsi dinanzi a costi di 5-9% come si è assistito in passato. Come noto sono reperibili sul mercato prodotti finanziari con costi più contenuti e di eccellente redditività;

2) è altrettanto auspicabile che il CdA si fornisca di strumenti di advisoring in grado mettere in concorrenza le banche produttrici di prodotti finanziari onde evitare la concentrazione soltanto su alcuni istituti di credito.

3) è quantomeno contraddittorio quanto affermano gli Amministratori nella relazione al Bilancio di Previsione 2012 di essersi ispirati al criterio della prudenza per poi disattenderlo omettendo di inserire nel Bilancio stesso un apposito stanziamento di poste rettificative delle attività immobiliari e mobiliari. È di tutta evidenza che Amministratori prudenti avrebbero dovuto allocare, nell'esercizio 2012, parte delle risorse ad appositi accantonamenti delle attività immobiliari e mobiliari tenuto conto del probabile andamento negativo dei mercati. In questo ci si discosta anche dall'affermazione del Collegio Sindacale relativa ai "criteri di prudenza".

## Lettera aperta ad Andrea Bottega Segretario nazionale NURSID

# La Rana, Jago e... anche Gano di Manganza

Fabio Maria Vespa (Medico di Medicina Generale)

*“Una volta, in un prato, una rana vide un bue e presa dall’invidia gonfiò la pelle rugosa: allora interrogò i suoi figli, chiedendo se fosse più grande del bue. Essi risposero di no. Di nuovo tese la pelle con sforzo più grande e chiese se fosse più grande. Essi (i figli) risposero: il bue. Infine indignata mentre si vuole gonfiare più fortemente, giace con il corpo scoppiato.”(Fedro)*

In questi giorni, alcune Sue improvvise dichiarazioni, hanno colpito, hanno ferito numerosi colleghi Medici di famiglia.

La sintesi del Suo pensiero è semplice e concisa: gli accessi al Pronto Soccorso sono una necessità del cittadino lasciato perennemente solo dal MMG; i numerosi ricoveri di pazienti difficili dipendono dall’assenza del MMG; la Convenzione dei MMG è un “tassametro per il SSN” e la revisione delle stessa potrebbe aprire ad un futuro migliore la Sanità italiana; i pazienti sono mal seguiti dai MMG e potrebbero trovare giovamento “nelle grandi potenzialità e professionalità che gli infermieri possono offrire ai cittadini”.

Non capisco però bene e sino in fondo: in pratica Lei sostiene che gli accessi al PS potrebbero essere ridotti dando ruolo all’Infermiere e che i casi difficili, potrebbero migliorare, nel ricorrere delle crisi seguite da ricovero, se gestiti dalla professionalità dell’Infermiere. Il sillogismo è il seguente: togliamo quattrini ai Medici di Medicina generale, diamoli all’Infermiere ed i pazienti verranno meglio curati e andranno anche meno al Pronto Soccorso. Devo dirle che tutte queste affermazioni son forse vere, ma di certo, dopo Galileo, sono da dimostrare e da verificare. Un’altra cosa non comprendo, ma perché un Infermiere dovrebbe voler fare il lavoro del Medico? Manchiamo di Infermieri, le attività infermieristiche sono più che richieste... Dunque perché un Infermiere dovrebbe dedicarsi all’al-

trui lavoro? Forse questa domanda, Lei Bottega dovrebbe porla prima a se stesso, per poi confrontarsi con i Suoi iscritti e ciò al fine verificare il consenso alle Sue ipotesi.

Ma torniamo alla rana ed al bue ignaro: ai bambini si contano favole per insegnar loro a controllare pulsioni a riflettere su pensieri sentimentali a conoscer la propria e l’altrui natura...

La rana era invidiosa e non percepiva più tutte quelle sue qualità che ognuno di noi potrebbe elencare con facilità ...

Dall’invidia la fantasia dei letterati fu spesso stimolata: la tragica ed inutile invidia di Jago produsse solo il dramma di Desdemona e di Otello. Nulla di più, nulla di utile...

Dice Alberoni: “L’invidia è il sentimento che noi proviamo quando qualcuno, che noi consideriamo del nostro stesso valore ... ottiene l’ammirazione altrui. Allora abbiamo l’impressione di una profonda ingiustizia nel mondo. Cerchiamo di convincerci che non lo merita, facciamo di tutto per trascinarlo al nostro stesso livello, di svalutarlo; ne parliamo male, lo criticiamo ... ci rodiamo di collera e, nello stesso tempo, siamo presi dal dubbio. Perché non siamo sicuri di essere nel giusto. Per questo ci vergogniamo di essere invidiosi e soprattutto, di essere additati come persone invidiose. In termini psicologici potremmo dire che l’invidia è un tentativo un po’ maldestro di recuperare la fiducia e la stima in sé stessi, impedendo la caduta del proprio valore attraverso la svalutazione dell’altro ...”.

Mi consenta, caro Bottega non distrugga la Sua anima pugnace nell’invidia e nella rabbia; la felicità degli uomini non passerà mai attraverso l’altrui ruina e poi, mio caro Segretario, anche per le sue pubbliche funzioni, non ritengo sia utile mettere a nudo, in codesto modo, la sua parte più vulnerabile e mi consenta ... un po’ meschina!

# Professioni mediche: liberalizzazioni o fine di un'epoca?

Andrea Dugato

Della riforma degli ordini si è già molto parlato. Sugli effetti della limitazione delle loro competenze e finanche dei benefici che dalla loro abolizione deriverebbero alla collettività hanno espresso la loro opinione professionisti, politici ed economisti, alcuni manifestando perplessità e talvolta preconcepite resistenze al dialogo; altri, magnificando il significato etico dell'abolizione o ventilando prospettive (invero un po' oscure) di rilancio dell'economia come effetto magico della liberalizzazione delle professioni.

Qualche tempo fa ho manifestato il mio pensiero al riguardo e non ritengo opportuno tornare a sottoporlo all'attenzione del lettore, dal momento che non è nel frattempo cambiato. Mi preme svolgere invece qualche considerazione più generale che l'argomento suggerisce e tentare di collegarle con altre, solo apparentemente slegate, al riguardo della percezione che molti hanno oggi non tanto della professione medica, ma della medicina in sé.

L'organizzazione nell'esercizio delle attività sanitarie ha da molti anni assunto un'evidente rilevanza. Ciò, tanto nel campo delle libere professioni, che hanno conosciuto il diffondersi di strutture complesse, costose ed articolate, quanto nelle attività svolte dagli ospedali e dalle cliniche. Il fenomeno era prevedibile ed anzi in Italia si è manifestato con ritardo rispetto ad altre esperienze nazionali. Non mi paiono naturali, invece, due processi che quel fenomeno ha generato. Il primo ha portato alla sostanziale prevalenza della dimensione organizzativa rispetto all'oggetto principale della prestazione medico-sanitaria. L'attenzione per la qualità della struttura, la standardizzazione dei procedimenti (si pensi ai protocolli di cura), l'assorbente priorità della relazione tra il costo organizzativo e la gara al ribasso del prezzo della cura hanno sostanzialmente collocato su un piano marginale il trattamento medico.

La considerazione in sé non è originale. Di-

venta più interessante se come conseguenza se ne trae il secondo processo a cui facevo riferimento: i mass media e la standardizzazione hanno indotto un mutamento profondo nell'atteggiamento dei pazienti (dell'utenza, come oggi verrebbe da chiamarla) nei confronti del medico. L'idea è che se la prestazione sanitaria è un servizio e se esistono canoni che lo governano diversi e più importanti di quello tecnico-scientifico (i canoni dell'organizzazione, appunto, gli standard e i protocolli), i risultati che si pretendono sono quelli che si pretendono dagli altri servizi. In altri termini, ciò che oggi il paziente pretende non è l'impiego delle migliori conoscenze mediche e l'adozione di tutte le misure necessarie alla migliore, ma la guarigione. La professione libera che si fa prestazione di servizio cambia non solo la sua natura, ma anche l'oggetto dell'attività.

A mio avviso, questo spiega alcuni fatti che solo a prima vista appaiono paradossali. Spiega, ad esempio, l'impropria diffusione dell'espressione "malasanità", che non è più impiegata per illustrare fenomeni di intollerabile disagio derivanti da pessima organizzazione o casi di grossolani errori medici, ma si riferisce più in generale a tutti gli episodi di infausti esiti di cure o trattamenti chirurgici. È malasanità, così, ogni decesso o complicazione conseguente ad un intervento, senza alcun rilievo per l'imponderabile che spesso assiste l'azione del medico o per l'errore umano. La colpa del medico, anche la più lieve, prima ancora che intollerabile è divenuta incomprensibile. Chi si rivolge al medico, come chi si rivolge all'avvocato, non lo fa più attendendosi che sia fatto al meglio tutto ciò che si può, ma per essere guarito (qualunque sia la patologia) o per vincere la causa (di chiunque sia la ragione).

La conseguenza è la reazione alla mancata soddisfazione dell'aspettativa. Come si invoca il giudice quando la nuova vasca da bagno

tradisce le aspettative dell'acquirente, lo si fa quando l'esito della cura non è quello atteso. Ciò, indipendentemente dal rilievo della colpa del medico o anche in assenza di qualunque colpa.

La risposta dei giudici è anch'essa sempre più il frutto del mutato contesto. L'indagine sul caso è sempre più condotta con riferimento a parametri standardizzati. Gli esami compiuti

e i trattamenti posti in essere devono rispondere agli standard codificati, con i vantaggi e gli svantaggi conseguenti e con la scarsa rilevanza delle specificità del singolo caso e della relazione medico-paziente.

Non so se il mondo che verrà (e che in parte è già arrivato) sia migliore o peggiore di quello che abbiamo conosciuto in passato. Certo, è un mondo diverso.

## 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](mailto:direzione@villabaruzziana.it)**

# Linee guida per una buona pratica professionale in Medicina Antroposofica

Sabato 3 marzo nella splendida Aula Magna dell'Accademia di Belle Arti si è tenuta a Bologna la "Giornata Internazionale di Medicina Antroposofica in memoria di Giuseppe Leonelli", che è stata aperta dal saluto del presidente dell'Ordine dott. Giancarlo Pizza che, assieme a Regione, Provincia, Comune e AUSL di Bologna, FNOMCeO ed altri enti, ha patrocinato l'evento organizzato dall'Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS.

La "Giornata Internazionale di Medicina Antroposofica in memoria di Giuseppe Leonelli" è in continuazione ideale col Convegno Internazionale "Alla ricerca dell'Io: Rudolf Steiner e la cultura contemporanea" che si tenne all'Università di Bologna lo scorso anno per celebrare il centenario della Conferenza che Rudolf Steiner - il fondatore della Antroposofia - tenne nel 1911 all'Università di Bologna in occasione del Congresso Internazionale di Filosofia.

Dopo testimonianze su "La memoria e il lascito di Giuseppe Leonelli", hanno avuto luogo le pregnanti conferenze del dott. Peter Zimmermann, presidente della Federazione Internazionale delle Società di Medicina Antroposofica (IVAA), e dell'oncologo Thomas Breitzkreuz, membro del direttivo della Federazione.

Nel pomeriggio si sono avuti gli interventi dei medici antroposofi Roberto Amabile, Angelo Antonio Fierro, Davide Bertorelli sul tema: "Esperienze di Medicina Antroposofica a Bologna e in Emilia-Romagna".

È seguita un'interessante tavola rotonda a cui hanno partecipato: il senatore Daniele Bosone, Vicepresidente della Commissione Sanità del Senato e relatore del Disegno di Legge di Regolamentazione sulle Medicine Non Convenzionali, il sig. Fausto Panni, presidente di Omeoimprese, il dott. Giancarlo Buccheri ex presidente della Federazione Internazionale delle Società di Medicina Antroposofica e della Società Italiana di Medicina Antroposofica (SIMA), della dott.ssa Laura Borghi, presidente

della Società Italiana di Medicina Antroposofica (SIMA), del dott. Peter Zimmermann e del dott. Thomas Breitzkreuz. L'intervento del dott. Mauro Alivia, Vicepresidente della ONLUS ed ex presidente della Società Italiana di Medicina Antroposofica, ha concluso la Giornata.

Col consenso della Società Italiana di Medicina Antroposofica (SIMA) pubblichiamo le "Linee guida per una buona pratica professionale in Medicina Antroposofica" che rappresentano l'esempio migliore di come in Italia e all'estero le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali possano acquisire credibilità e autorevolezza.

\*\*\*

## SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA ANTROPOSOFICA

*Linee Guida per una Buona Pratica Professionale in Medicina Antroposofica*

### Presentazione

La medicina deve il suo grande sviluppo all'aver accolto il metodo scientifico, che richiede che il rapporto fra fenomeni e pensiero sia posto su basi sempre più coscienti. Esso infatti non è regolato istintivamente. Alla scienza si giunge grazie a due fondamentali, liberatorie acquisizioni:

- che l'esistenza di qualcosa si può affermare solo per esperienza e non per vie di pensiero;
- che dell'esistente conosciamo innanzi tutto le nostre rappresentazioni.

È accaduto che di tali affermazioni si è ritenuto valido anche l'enunciato contrario, che invece rischia di soffocare, come in una tenaglia, ogni libertà: che i pensieri non hanno esistenza in sé e che l'esistente è inconoscibile nella sua essenza. Si vive da allora come se l'unico

oggetto di scienza fosse la realtà fisica e anima e spirito fossero concetti obsoleti, con cui non è possibile fare scienza. La realtà delle idee viene a coincidere con la loro espressione fisica o almeno informatizzata. Questo, applicato all'uomo e alla medicina, produce in entrambi una condizione di malattia, di sofferenza.

L'impulso medico antroposofico nasce dalla consapevolezza di questa condizione e dal desiderio di dare un contributo al suo risanamento. La medicina antroposofica si fonda sul presupposto che il mondo e l'uomo siano anche una realtà spirituale, indagabile con adeguati metodi di ricerca. A questi metodi risulta che anima e spirito non sono esclusivi del fenomeno umano, ma propri della natura e di ogni essere. Conoscere inoltre non è solo un evento della coscienza umana, ma contemporaneamente del mondo, delle relazioni fra le molteplicità di esseri che lo costituiscono. Come lo sono nascere e morire, ammalare e guarire.

Dalla consapevolezza di ciò la medicina antroposofica elabora mezzi diagnostici e terapeutici entro il tessuto storico e istituzionale della medicina occidentale. Perciò la medicina antroposofica opera in modo da rispettare:

- l'unicità del paziente e il suo ruolo attivo nella relazione col medico, già nella sua scelta;
- l'idea che la malattia è un evento il cui senso interseca più orizzonti, da quello biografico a quello comunitario ed epocale, e non è solo un evento casuale od ostile;
- l'idea che tra esseri della natura e umani vi è un nesso che non solo spiega l'azione dei farmaci sull'uomo, in quanto hanno la stessa origine ed un'evoluzione parallela, ma anche l'azione delle forze morali su quelle naturali, forze morali a cui è affidato il futuro.

L'impulso medico antroposofico ha la sua origine storica nella Sezione di Medicina Antroposofica della Libera Università di Scienza dello Spirito, fondata a Dornach in Svizzera nel 1923-24. Da allora in poi si è diffuso, con tutte le attività ad esso collegate – medicina pratica generale e specialistica, istituzioni cliniche ed ospedaliere, case di riposo per anziani, aziende farmaceutiche, pedagogia curativa, socio-terapia, terapia artistica, euritmia terapeutica, massoterapia ecc. – in tutta Europa e in 67 paesi del mondo intero (novembre 2004). Le corrispondenti Associazioni e Società di me-

dici antroposofi, dovendosi confrontare con gli odierni standard di qualità richiesti dalla comunità scientifica, ritengono opportuno approntare alcune Linee guida per una buona pratica professionale in medicina antroposofica che possano servire di indirizzo e di stimolo per tutti quei medici che desiderano orientare la propria attività in senso antroposofico.

## 1. Presupposti

La pratica della medicina antroposofica richiede la laurea in medicina e chirurgia o in odontoiatria, l'abilitazione all'esercizio della professione medica e l'iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Perciò la condotta professionale non può che essere adeguata alle norme del Codice di Deontologia medica (corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione) attualmente in vigore.

La specificità della medicina antroposofica richiede inoltre l'adesione ai seguenti presupposti, che stanno a fondamento della certificazione internazionale di medico antroposofico. Tale certificazione costituisce un atto che rende pubblico un rapporto tra persone, atto proprio della sfera giuridica. Questa sfera è espressione della comune volontà di stabilire nelle relazioni tra gli uomini norme di giustizia e di trasparenza, come tra eguali.

La medicina antroposofica ha due presupposti: uno scientifico e uno storico. In quanto scienza con i suoi metodi e con il suo patrimonio di conoscenze – è accessibile a chiunque abbia interesse, in modo autonomo. In quanto prassi essa risale ai medici, farmacisti, terapisti e scienziati che hanno collaborato con Rudolf Steiner e Ita Wegman nel primo quarto del '900.

La certificazione non solo qualifica chi la riceve, ma anche chi la dà; è un reciproco, se pur diverso, riconoscimento. Essa è un atto pubblico di continuità e un pegno morale, un auspicio. La certificazione da un lato testimonia la qualità della preparazione scientifica, ma non la può garantire oltre il momento in cui è data, poiché il valore professionale viene dal lavoro che si svolge, appartiene al futuro. La certificazione dall'altro lato testimonia la continuità storica. I due soggetti che in essa si legano fanno riferimento, entrambi auto-

nomamente, al nucleo storico, riconoscendo che esso ha espresso un'adeguata tensione verso la verità e l'universalità e che ha raggiunto risultati conoscitivi e pratici nel senso in cui lo richiede un'alta qualità scientifica. I valori cui fanno riferimento coloro che si legano nella certificazione devono apparire sia nel modo in cui rendono pubblici i risultati del loro rapporto sia negli elementi di identificazione professionale sia nei loro principi etici.

## 2. Principi di etica medica antroposofica

Nello spirito del giuramento professionale richiesto agli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e dei principi della Carta della Professionalità Medica emanata nel 2002 dalla Fondazione ABIM, dalla Fondazione ACP-ASIM e dalla Federazione Europea di Medicina Interna, vengono formulati i seguenti principi etici:

Ciò che permette di identificare la medicina antroposofica, il suo nocciolo etico e conoscitivo è il fatto che riconosce il nesso che intercorre tra forze naturali e forze morali. Il rapporto con la verità e con il bene che ogni uomo, in qualsiasi momento e luogo, fa esistere di fatto, indipendentemente dalle sue credenze, ha un nesso con le forze naturali che può essere oggetto di ricerca scientifica. Da ciò scaturisce, per le relazioni tra medico e paziente, tra medici e di entrambi con la terra e la natura, un triplice ordine di conseguenze:

- a) Ogni essere umano è unico e il paziente e la comunità in cui vive hanno un ruolo attivo nel processo di guarigione.
- b) La malattia, e anche la morte, hanno un significato nella biografia dell'individuo e della comunità in cui vive.
- c) Il rapporto paziente-medico, centrato sul processo di guarigione, non può che essere fondato sulla libera scelta e sulla fiducia. Ogni deroga, se necessaria, deriva da uno stato di eccezione in cui viene a trovarsi la comunità; se no, lo produce.

A) Il medico non può non tenere presente il proprio impegno verso la verità in ogni momento della vita, sapendo di dargli l'orientamento intimo proprio quando apparentemente è più lontano dall'esercizio della professione.

B) Il medico non può non trarre dalla coscienza dei propri limiti, conoscitivi e morali, il sentimento e la forza per volerli ogni volta superare, per accogliere e coltivare la necessaria cooperazione con i colleghi e con tutti gli altri operatori sanitari, nel reciproco rispetto.

C) Il medico non può non tenere presente, oltre al dolore che incontra nell'esercizio della professione, anche ogni altro dolore, in qualsiasi momento e luogo, così da non vivere in modo che insulti questa realtà.

A) L'impatto ambientale degli atti medici vincola ad un utilizzo sostenibile delle risorse naturali e all'attenzione alle dinamiche dei sistemi ecologici, quale viene sollevato dalla comunità scientifica.

B) Il fatto che causa maggiore di malattia e morte sia divenuto con evidenza l'uomo, e meno la natura, che anzi si profila come nuovo "malato", delinea per gli atti medici, per il loro impatto sulla comunità, un orizzonte di responsabilità professionale globale.

C) Gli esseri viventi non possono più essere considerati solo come agenti di malattia o come proprietà, gli animali in particolare, secondo la logica del mercato e neppure solo come "patrimonio dell'umanità", ma come soggetti cui ci lega, in reciproca dipendenza, una profonda affinità fisica, animica e spirituale.

Alla luce di questi principi compare un terzo soggetto nella relazione paziente-medico che è la Terra intera. Si comprende come la medicina antroposofica non possa essere una specialità medica nel senso comune del termine e come essa tenda ad identificarsi naturalmente con la medicina nella sua totalità e trasparenza.

## 3. La formazione in medicina antroposofica

La formazione post-laurea in medicina antroposofica va realizzata in un periodo di formazione di base teorica e in un periodo di formazione pratica.

A. La formazione di base in medicina antroposofica avviene di regola mediante un programma di formazione post-laurea conforme alle apposite "Linee guida" emanate dalla Società Italiana di Medicina Antroposofica il 23 luglio

2002. È accettato anche uno studio autodidattico, purché della medesima intensità.

B. La formazione pratica prevede un tirocinio di due anni presso una clinica antroposofica o presso un ambulatorio o studio antroposofico di medicina generale o specialistica riconosciuti dalla Società Italiana di Medicina Antroposofica o dalla Sezione di Medicina Antroposofica del Goetheanum. È accettato anche un tirocinio pratico presso il proprio ambulatorio o studio professionale con la supervisione di un tutore riconosciuto.

#### **4. La certificazione in medicina antroposofica**

La certificazione dei medici che hanno seguito un corso di formazione e hanno assolto il previsto tirocinio pratico viene effettuata dalla Sezione di Medicina Antroposofica del Goetheanum su proposta di una Commissione di certificazione istituita a tale scopo dalla Società Italiana di Medicina Antroposofica. Tale commissione è formata da tre membri, di cui uno designato dal Consiglio Direttivo della Società Italiana di Medicina Antroposofica e due scelti fra i membri più anziani della stessa Società.

Essa valuta i titoli prodotti dai richiedenti e organizza gli eventuali colloqui necessari per evidenziare la capacità dei richiedenti ad affrontare almeno due casi clinici servendosi in modo autonomo dei fondamenti della medicina antroposofica.

#### **5. L'aggiornamento professionale**

Il percorso di un cammino conoscitivo come quello proprio della medicina antroposofica rende indispensabile non solo una permanente autoeducazione, attuata in spirito di piena libertà, ma anche momenti di confronto e di osservazione critica con altri colleghi. Ciò permette di riconsiderare il proprio percorso formativo, le proprie esperienze professionali, sia diagnostiche sia terapeutiche, e di valutarle alla luce delle esperienze e delle conoscenze altrui. Viene quindi incoraggiata la frequenza ai corsi di aggiornamento, ai convegni e ai congressi organizzati dalle Associazioni e Società scientifiche di riferimento, sia nell'ambito della medicina accademica sia nell'ambito della medicina antroposofica stessa.

#### **6. Il lavoro del medico antroposofico**

L'ambito professionale in cui il medico antroposofico è collocato operativamente è determinato primariamente dalla sua abilitazione medica ed eventuale specializzazione. Di conseguenza il medico antroposofico opera in tutti gli ambiti sanitari nazionali: pubblici, accreditati, privati, come lavoratore dipendente, autonomo, in regime di convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale o come libero professionista, non diversamente da come operano i medici non antroposofici. Un ambito in cui la medicina antroposofica porta un contributo originale è quello della pedagogia curativa e della socioterapia nonché quello della medicina scolastica. Nella relazione con il paziente, il medico antroposofico mette in atto le procedure anamnestiche, semeiologiche e diagnostiche apprese all'università, integrandole e arricchendole con le conoscenze di antropologia medica antroposofica. Infine prescrive la terapia sulla base di una sintesi tra:

- le migliori evidenze scientifiche disponibili,
- le evidenze conoscitive dell'esperienza medica antroposofica,
- le possibilità insite nella struttura che ha in carico il malato,
- e, se non vi sono condizioni d'emergenza che lo impediscono, la volontà del paziente informato su tutte le opzioni terapeutiche.

Il medico antroposofico pone cura e attenzione ad aiutare il paziente a riflettere sulla propria patologia in chiave biografica per poter mettere in atto un processo di trasformazione personale, scopo più generale dell'arte medica. Il medico antroposofico contribuisce, attraverso corsi e conferenze per i pazienti, allo sviluppo di una conoscenza più consapevole della salute e della malattia e di stili di vita orientati ad un sano sviluppo fisico, psichico e spirituale. Il medico antroposofico si impegna a collaborare con le iniziative di ricerca della Società Italiana di Medicina Antroposofica.

#### **7. Reclami e diritto disciplinare**

In caso di reclami o di procedimenti disciplinari che coinvolgono l'attività di medici antroposofici è opportuno inserire nelle commissioni per i reclami e nelle commissioni disciplinari di competenza uno o più colleghi antroposofici di maggiore esperienza e/o anzianità designati

a tale scopo dalla Società Italiana di Medicina Antroposofica.

### **8. Onorario professionale**

È implicito il rispetto di un limite tariffario minimo, come stabilito dall'Ordine dei Medici. Nei limiti del possibile, l'ammontare dell'onorario nella libera professione viene determinato dal medico stesso in base alla propria coscienza, tenendo conto delle proprie esigenze di vita e delle disponibilità del paziente, per quanto accertabili e nel rispetto delle tariffe mediamente in uso localmente tra colleghi. Il pagamento dell'onorario è il riconoscimento della reciprocità dei bisogni del medico e del paziente, che svincola, almeno parzialmente, da dipendenze unilaterali dell'uno verso l'altro.

### **9. Rapporti con specialisti e terapeuti**

Nell'esercizio della sua professione il medico antroposofico si rivolge agli specialisti delle varie discipline, siano essi colleghi medici oppure psicologi, a tutto il personale paramedico e infermieristico, ai fisioterapisti e tecnici della riabilitazione, ai diplomati in massaggio ritmico. Inoltre il medico antroposofico collabora attivamente con tutti gli artefieri diplomati in euritmia terapeutica, pittura, scultura, modellaggio, arte della parola e musicoterapia, al fine di realizzare quell'ideale comunità terapeutica necessaria per la cura ottimale del paziente. Come già indicato nelle apposite linee guida, durante la sua formazione il medico antroposofico ha avuto modo di esercitare e sperimentare personalmente le varie terapie artistiche, riconoscendone il valore e le indicazioni cliniche. Inoltre il medico antroposofico è rispettoso, interessato ed attento ad ogni terapia tradizionale e/o complementare che il paziente stia seguendo e cerca, nei limiti della sua esperienza e della sua conoscenza, di integrarle nel progetto terapeutico complessivo.

### **10. Impegno sociale**

La medicina antroposofica origina da una visione dell'essere umano comune ad altre discipline come la pedagogia, le discipline sociali, l'agricoltura, l'arte. Perciò essa si presta ad un utilizzo nel campo della pedagogia curativa e dell'handicap, nella medicina scolastica e in senso igienico e di promozione della salute per un più vasto

pubblico. È, infatti, possibile trarre nozioni e pratiche di medicina familiare. In una condizione di frammentazione delle conoscenze specialistiche e del tessuto sociale, essa può costituire un naturale polo aggregante, restituendo interezza e centralità alla persona umana, riproponendo l'importanza della cura del bambino, ridonando interessi comuni a cerchie separate. Centrale risulta l'interesse per l'alimentazione e l'agricoltura, da cui dipende la qualità degli alimenti e la salute. In questo senso la medicina antroposofica può costituire un importante impulso di risanamento sociale e ambientale.

### **11. Conclusione**

Le linee guida presentate per una buona pratica professionale in medicina antroposofica hanno preso le mosse dalla situazione attuale e rappresentano una base per consentire un movimento dialettico tra aspirazioni e possibilità. La medicina antroposofica esiste perché esiste il medico. Riteniamo un vero ideale una comunità di medici e operatori sanitari che accolga senza pregiudizi ogni uomo bisognoso di cure. Non esiste il "medico antroposofico universale", esistono uomini che nel proprio lavoro aspirano ad accrescere le competenze individuali e le proprie abilità professionali stando a fianco del paziente indipendentemente dall'esito delle cure prestate. Solo dal rispetto dell'uomo nella sua unicità e nella sua storia esistenziale potrà maturare una medicina per l'uomo, una medicina antroposofica.

\*\*\*

Le presenti linee guida sono state elaborate nel corso di numerose sessioni di lavoro che hanno avuto luogo a Milano, con ritmo settimanale, dal mese di ottobre 2004 al mese di aprile 2005, a cui hanno partecipato i seguenti colleghi: Alessandro Bonino, Laura Borghi, Giancarlo Buccheri, Guido Cantamessa, Claudio Elli, Sergio Maria Francardo, Giuseppe Leonelli, Maria Letizia Marcovecchio, Marco Melone, Silvia Nicolato, Emilio Zavattaro.

Si ringraziano per i contributi fatti avere in svariate occasioni i colleghi: Andrea Basili, Remigio Cenzato, Giancarlo Cimino, Francesco Paolo Clementi, Maria Elena De Bellis, Angelo Fierro, Francesco Forcellini, Maria Pia Gius, Daniele Nani, Nicola Piscopo, Emanuela Portalupi.

# Arte medica nel periodo etrusco

Giovanni Pierini, Tiziana Balbi

In occasione del 150° anniversario dell'Unità d'Italia la Regione Toscana ha promosso eventi per mostrare i tesori della Civiltà degli Etruschi. Abbiamo approfondito le poche notizie disponibili riguardo la loro arte medica, studiando l'iconografia degli arredi funerari, importanti per ricostruire concetti e metodi di terapia.

Dalle scarse fonti rimaste possiamo dedurre quanto la medicina italica preromana fosse legata ai cicli naturali, un aspetto peculiare e immaginifico della più ampia Tradizione ciclica primordiale, degli aspetti ctoni della Grande Madre. Nei temi poetici ricorrenti in Esiodo e nelle opere di agricoltura di Catone e Columella notiamo si narra che il serpente Asclepio liberò Roma da una pestilenza (IV secolo a.C.). Il suo culto nell'isola tiberina non verrà dimenticato, anche nel mutare della temperie culturale orientata nel tempo su posizioni via via più vicine al razionalismo greco. L'arte della Medicina è testimoniata a tratti nei dipinti di Vulci (F. Messerschmidt, *Nekropolen von Vulci*, 1930), sulle figurazioni di vasi e crateri e in una iscrizione dell'imperatore Claudio (*Corp. Inscr. Lat. XIII 1668*), tenui rimembranze che non compensano la perdita della *Tyrrhenika*, l'enciclopedia claudiana in 20 volumi nella quale si dice fosse raccolto l'insegnamento della tradizione etrusca (*Tirreni* era il loro nome latino).

Il medico dell'epoca italica preromana era una figura non strutturata sul piano professionale, come invece lo sarà poi in Grecia e nella Roma repubblicana; non faceva parte della élite e nemmeno di una categoria, ma era forse inserito nelle caste sacerdotali come iniziato ai Misteri, per quanto almeno possiamo dedurre dall'importanza data all'aruspicina del fegato, ritenuto specchio del cosmo capace di veicolare energie guaritrici quanto di favorire sguardi sull'enigmatico futuro (*fegato di Piacenza*, bronzo del III sec., *foto copertina*).

La tradizione etrusca raccolta dai Latini testimonia che la volontà divina si conosca solo per rivelazione, da segni esterni (*Etrusca disciplina: Libri haruspici* o *Tagetici*; *Libri fulgurales*, *Libri rituales*). L'*Etrusca disciplina* aveva carattere esoterico e co-

stituiva anche base della formazione culturale dei giovani nelle famiglie romane più in vista.

Il mito della *Disciplina* narra come questa fosse stata insegnata nell'epoca arcaica da Tagete, fanciullo nell'aspetto ma vecchio di esperienza, nato da un solco appena arato; fu il primo ad insegnare all'uomo il computo del Tempo (*Teogonia* o *Grande Ciclo*) e l'organizzazione del calendario, scandito sul ciclo lunare. La leggenda di chiara fonte orientale (mito di *Mitra*) rimanda al tema del *Puer/Senex* e ai riti di iniziazione dell'area mediterranea precedenti al rituale di Eleusi e che probabilmente rappresentano miticamente il mistero del *Daimon* platonico e dell'elevazione dello spirito diviso tra lo sgorgare della vita (*Puer*) e il sapere conservatore della vecchiaia (*Senex*). Si tramanda che sul tempio primordiale ora sommerso fosse stata collocata una statua che raffigurava un vecchio con un bambino per mano, in modo da permettere anche la lettura inversa del bimbo che conduceva il vecchio. Il Medico era sacerdote per quanto riguarda l'aspetto dell'aruspicina e medico vulnerario in quanto curatore di ferite, mentre il dispensatore di farmaci fu sempre il *Pater Familias*. Il primo medico etrusco noto ai romani pare sia stato Arcagato (219 a.C.), proveniente dal Peloponneso, detto anche *Carnifex* (ovvero *vulnerarius* o chirurgo); dopo un secolo arrivò dalla Bitinia Asclepiade, poi *Pedanio Dioscoride* da Anazarbo (oggi Tarso in Turchia), il famoso autore del *De Materia medica* e quindi Galeno, entrambi chirurghi dell'esercito romano. La farmacopea del tempo non risulta fosse organizzata sistematicamente; il primo documento in tal senso sarà un prodotto della cultura medica greca ad opera di Teofrasto, autore di una storia delle piante, *De plantis*, che oltre al valore botanico conserva anche quello tossicologico avendo descritto il modo di preparare i veleni ad azione lenta. Questa medicina preromana presenta quindi due aspetti che ricorreranno in proporzioni diverse fino all'età imperiale: a) i riti ancestrali del mondo agricolo, con rituale di derivazione sciamanica patriarcale; b) l'aruspicina etrusca inserita nella religione di Stato, sotto la figura di Minerva, guida delle arti (in particolare

degli strumenti musicali), della medicina e della guerra. In suo onore si celebravano dal 19 al 23 marzo le feste delle *Quinquatria*, di probabile origine etrusca, aperte anche agli studenti delle arti, dove la dea era denominata *Menrva* poi *Menerva* e poi definitivamente assimilata ad *Athena*. Il culto di Minerva era associato in triade a Giove e Giunone, al vertice del pantheon religioso.

Come il teurgo aveva il potere di conciliare i due aspetti della realtà, intesa come manifestazione dell'unità divina, ponendo fine al conflitto e raggiungendo la pace e l'equilibrio, così la Medicina teurgica risanava dirimendo la contrapposizione fra salute e malattie. Il mondo era infatti concepito come derivante dai reciproci contrasti e dalle affinità, per opera dei quali la salute è il risultato del bilanciamento fra le forze che partecipano alla costituzione individuale (*crasis* o *complexio* in Ippocrate, poi "temperie").

Il compito dell'aruspice non era quello di *inspicere* (vedere i segni della Divinità), ma di *consulere exta*, ovvero di sezionare e indagare le forme e i colori dei visceri. Era un compito superiore a quello della formulazione di una risposta in base alla semplice osservazione perché presupponeva una qualche arte ragionata, quasi un inizio di quella che sarà il ragionamento medico nei secoli a venire. Il fegato rappresenta come detto la casa del cielo al pari del *temenos*, ovvero l'area in cui la Divinità si manifesta con segni (dal greco *temno*, tagliare gli alberi per creare una radura sacra, da cui *templum* e poi tempio). Fare spazio all'esterno comporta simbolicamente un fare spazio interiore per promuovere la manifestazione del divino, al quale spetta di portare la guarigione. Se un dio è presente la sua manifestazione è guaritrice. Guarire è quindi inteso sia come restituito alla condizione di salute, sia come un salire ad una dimensione spirituale superiore. La malattia ha di conseguenza il carattere di una metafisica, poiché segnala l'interruzione del rapporto tra micro e macrocosmo, fra l'umano e il divino, secondo specifiche proporzioni (i mattoni fondamentali di tutte le relazioni) denominate *affinità*. La Medicina viene intesa e praticata come una teurgia: i resti di trapanazione cranica, ad esempio, testimoniano la pratica di favorire l'uscita dell'anima al momento della morte, piuttosto che l'esito di un tentativo di apertura del tavolato a scopo terapeutico. L'archeologia ci ha messo a disposizione molti reperti inerenti la pratica me-

dica, fra questi ricordiamo manufatti a funzione ignota detti *Thumi*, e quelli per la pratica odontostomatologica. Poco si sa sulle eventuali conoscenze di anatomia, se non dai manufatti poliviscerali di ex-voto, spesso ben fatti e accurati nella rappresentazione degli esiti di malattia.

E veniamo adesso alle poche notizie circa la terapia: Teofrasto dice che Eschilo chiama l'Etruria terra ricca di *vegetazione di farmaci*. In assenza di documenti dobbiamo rivolgerci alla iconografia presente soprattutto negli arredi lapidari funerari e nei dipinti di Vulci. Le rappresentazioni degli elementi naturali legati alla farmacopea sono rare e perlopiù stilizzate, come un rimando a temi simbolici. Mentre le foglie dei lapidari e delle terracotte permettono quasi sempre di identificare la specie di appartenenza, i fiori appaiono invece stilizzati secondo canoni simbolici. Il tema del fiore dell'iconografia lapidaria si compone di tre elementi di disegno: le foglie, scandite in due livelli (analogia simbolica con la raffigurazione dell'albero sacro nella *stela di Bologna*), il calice che ferma e sostiene il fiore, infine il fiore stesso, a 5 o 7 elementi. I fiori nei dipinti di Vulci permettono invece di riconoscere un grande numero di varietà botaniche, quasi tutte dotate di proprietà terapeutiche. Sono stati identificati la capsula del papavero, la ghianda della quercia, il fiore del croco e del giglio, dell'alloro, del biancospino, del calamo aromatico, del convolvolo, del colchico autunnale, del larice, del melograno, del nardo, dell'olmo, del pioppo, del salice e del tiglio. Non mancano il ricino, la scamonea, l'artemisia, il coriandolo, il sambuco, il cavolo, il rabarbaro, la cicoria, la genziana, l'edera. Non si sa se venissero usati come corpi semplici, rimangono però molti unguentari e piccoli boccali per l'assunzione di liquidi macerati. La foglia dell'edera era impiegata come amaro stomachico, astringente, emmenagogo e vermifugo, strumento principe per i medici vulnerari. La foglia d'alloro serviva come carminativo e sudorifero, il suo frutto per ricavare un olio utile nelle frizioni, che secoli dopo entrò nella composizione del ben noto *Olio del Fioravanti*. Da non dimenticare l'*Atropa belladonna*: nell'avvelenamento si osserva la comparsa di deliri allucinatori di difficile inquadramento nella nosografia psichiatrica, non sappiamo se potessero quindi rientrare nei rituali dei Misteri.

Alcuni reperti sono poi estremamente interes-

santi, ovvero calici o coppe binate che per la loro forma rimandano ai basidiomiceti, una traccia residua del culto del Soma o Haoma o comunque dei funghi sacri. Non a caso già nel periodo classico stanziamenti e commerci etruschi erano ben presenti in Germania, terra di Amanite e di riti sciamanici muscarinici.

Tutte le pratiche antiche di terapia sono accompagnate dal canto e dalla danza (Istono, Varrone *De Re rustica*). La presenza di musicisti nelle terme romane sembra fosse un ricordo etrusco. È accertato soprattutto l'uso della medicina delle acque, tanto che l'idrologia medica nasce in area etrusca, come testimonia anche Plinio (*Naturalis Historia* XXXI, II); le sorgenti erano dette *medicatae venae*, e il fitto di un bosco che si apre su una fonte era sempre scelto e destinato ai riti di iniziazione ai Misteri, perché *dove sono le acque lì parla un dio* (L.A. Seneca *Lettere a Lucilio* XLI, I-3).

Si diceva che in Etruria le acque fossero sgorgate la prima volta per l'infissione di una verga di ferro nel terreno che nessuno poteva svellere per opera di Ercole, da lì sarebbero sgorgate le prime acque mediche sulfuree. L'*Aquilex* etrusco incaricato della ricerca delle vene acquifere era un raddomante, forse all'origine della grande tradizione di ingegneria idraulica che poi passò tutta ai romani sotto forma di ingegneria civile. Narra Tito Livio che la Cloaca Maxima fu fatta costruire da Tarquinio il Superbo (re etrusco) e pare che a fatica l'ingegneria di oggi potrebbe far di meglio. L'alimentazione sembra comune con quella dei Latini, forse fino a partire dal periodo classico (cioè dai reperti di Bolsena del IX sec.), dopo la transizione fra l'epoca del bronzo a quella del ferro. I semi repertati fanno riferimento al corniolo (*Cornus Mas*), al susino (*Prunum spinosa* e *Prunus insititia*), al nocciolo (*Corylus avellana*), alla quercia (*Quercus*), alla vite (*Vitis vinifera*); fra i cereali il grano (*Triticum dicoccum*); fra i legumi la *Vicia faba*. Nell'epoca arcaica (VI) aumenta il consumo di carni, come documentato dall'aumento dello Zn nei reperti ossei, che successivamente subisce in decremento a causa delle crisi economiche del V legate alla conquista romana. Si può concludere ritenendo che il concetto di malattia almeno fino alla fine del periodo demoiatrico rimanesse concepito metafisicamente come modificazione di una forza interna, che nella malattia manifesta dualisticamente il proprio lato oscuro.

La vita era immaginata indifferenziata e indistrit-

tibile, zòè, priva dei caratteri della contingenza tipici della vita umana, bion, il quale, ribellandosi alla trasformazione e alla morte e pretendendo la stabilità di una eternità che invece lo trascende, si apre al rischio di malattia.

Tentando di comporre i reperti archeologici con i temi mitici arrivati sino a noi possiamo percepire unioni e associazioni, identità di profondi significati e suggestioni, come già aveva anticipato il Vallisneri (1662-1730) nel suo *Trattato sull'origine delle fontane: Est vertigo quaedam, et circulus*.

## Bibliografia

- Aebischer A. *Il culto delle acque in Etruria*. Studi Etruschi, VI Olski, Firenze, 1932.
- Arisi F. *Il museo civico di Piacenza*. Piacenza, 1960.
- Bianchi ML. *Signatura rerum*. Ateneo, Roma, 1987.
- Bianchi Bandinelli R, Giuliano A. *Etruschi e Italici prima del dominio di Roma*. Rizzoli, Milano, 1973.
- Bloch R. *Gli Etruschi*. Garzanti, Milano, 1960.
- Brosse J. *La magia delle piante*. Pordenone, 1992.
- Cattabiani A. *Erbario*. Rusconi, Milano, 1985.
- Cristofani M. *Civiltà degli Etruschi*, Milano, 1985.
- De Toni E. *Il libro dei semplici di Benedetto Rino*. Mem. Pont. Acc. Sc., II, V-VIII, 1919-1925.
- Domenici V. *Archeologia e Medicina*. Corvi, Piacenza, 1986.
- Hillman J. *Saggio su Pan*. Adelphi, Milano, 1977.
- Kereny K. *Dioniso (Dionysos Urbild des unzerstorbaren Lebens)*. Adelphi, Milano, 1992.
- Mircea E. *Immagini e simboli*. Tea, Milano, 1993.
- Ott J. *La storia del Soma dopo le ricerche di R.G. Wasson*. Eleusis, I, 1998.
- Pallottino M. *Etruscologia*. Mondadori, Milano, 1984.
- Plinio Caio Secondo. *Naturalis Historia*. Einaudi, Torino, 1985.
- Ragazzini S. *Il manoscritto 106 della Biblioteca di Botanica dell'Università di Firenze. Un erbario del XV*. Firenze, 1983.
- Schonfelder P, Schonfelder I. *Atlante delle piante medicinali*, Muzzio, Padova, 1989.
- Sterpellone L. *La Medicina etrusca*. Ciba-Geigy Ed. 1990.
- Teirlinck I. *De Plant in de Demonologie*. Antwerpen, 1924.
- Zolla E. *Le meraviglie della natura*. Marsilio, Venezia, 1991.

## Autori

Tiziana Baldi Dirigente Medico - Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina di Laboratorio U.O. Anatomia e Istologia Patologica - Policlinico S. Orsola Malpighi Bologna Specialista in Anatomia Patologica e Medicina Legale.

Giovanni Pierini Prof. Ass. Tossicologia forense - Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica Università di Bologna.

\*\*\*

## Ministero della Salute - Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010

---

“Si tratta di una fotografia dell’esistente, non della situazione ottimale, con molti spunti per la programmazione. Bisogna passare dalle dichiarazioni di principio all’applicazione diffusa di buone pratiche sottoposte a valutazione continua”. Lo ha detto il Ministro della Salute prof. Renato Balduzzi, presentando la nuova Relazione sullo Stato Sanitario del Paese (RSSP) 2009-2010 il 13 dicembre 2011 presso l’Auditorium del Ministero di viale Giorgio Ribotta, a Roma.

La Relazione, un volume di oltre mille pagine, contiene una quantità impressionante di dati che fotografano lo stato di salute degli italiani nel biennio 2009-2010.

La Direzione generale della comunicazione e delle relazioni istituzionali – Ufficio V Portale, in collaborazione con la Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario, ha realizzato un sito tematico <<http://www.rssp.salute.gov.it/>> dedicato interamente alla consultazione e alla massima fruibilità della Relazione.

Per la prima volta, è possibile sfogliare on line la Relazione ma anche scaricare la App edicola Salute da Apple store per avere sempre disponibile sul proprio Ipad l’ingente patrimonio di informazioni e dati della Relazione. Il sito tematico permette inoltre di consultare gli oltre 350 grafici e figure della Relazione tramite un apposito indice oppure in correlazione con la navigazione della sintesi, in italiano e in inglese, del volume.

Alcuni dei punti chiave contenuti nella pubblicazione:

\* L’Italia raggiunge il traguardo storico dei 60 milioni di abitanti, tra questi il 20,3% ha più di 65 anni

\* Il nostro Paese tra i primi in Europa per incremento della speranza di vita

\* Quasi dimezzata dal 1980 la mortalità generale

\* In continua diminuzione la mortalità infantile, ridotta del 22% per i maschi e del 24% per le femmine

\* Le Malattie del sistema circolatorio e i tumori si confermano le principali cause di morbilità e mortalità

\* Ridotta del 60% dal 1980 la mortalità per malattie cardiocircolatorie

\* Dagli anni ’90 ridotta del 20% la mortalità per tumori

\* Registrata una diminuzione dei ricoveri ospedalieri degli anziani ultrasessantacinquenni e l’incremento dell’Assistenza domiciliare integrata.

La RSSP è una componente essenziale del ciclo di pianificazione, programmazione e valutazione del Servizio Sanitario Nazionale e fornisce una periodica informativa, al Parlamento ed ai cittadini, sullo stato di salute della popolazione e sull’attuazione delle politiche sanitarie. L’edizione riferita al biennio 2009-2010 è il risultato di un lavoro cospicuo al quale hanno collaborato circa 300 tra specialisti, ricercatori e dirigenti del Ministero della Salute, dell’Istituto Superiore di Sanità, dell’AgeNaS, dell’AIFA, delle Università e degli IRCCS, coordinati da un Comitato editoriale e da un Comitato redazionale.

In particolare, dalla RSSP si evince che la popolazione residente in Italia continua il suo percorso di crescita, raggiungendo il traguardo storico dei 60 milioni di abitanti, ed è profondamente interessata dal processo di invecchiamento (i soggetti con più di 65 anni rappresentano il 20,3% della popolazione). Si invecchia di più sia per l’incremento della speranza di vita, che pone l’Italia tra i primi in Europa (78,8 anni per gli uomini e 84,1 anni per le donne), sia per la progressiva riduzione della mortalità, con riferimento non solo alla mortalità generale, che dal 1980 si è quasi dimezzata, ma anche a quella infantile, che continua a diminuire. Particolare attenzione nel biennio di riferimento è stata posta anche alla salute materna e neonatale, anche in considerazione dell’Accordo Stato-regioni, siglato nel 2010, sulle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo (Accordo Stato-Regioni siglato nel 2010).

Nello scenario demografico analizzato nella Relazione, le malattie del sistema circolatorio e i tumori si confermano le principali cause di morbilità e mortalità, pur registrandosi importanti

miglioramenti epidemiologici ascrivibili non solo al progresso dei trattamenti medico-chirurgici, ma anche all'adozione di stili di vita più salutari, grazie alle campagne di prevenzione primaria che hanno accresciuto nella popolazione la consapevolezza dell'importanza degli interventi di tipo preventivo. La mortalità per malattie del sistema circolatorio si è ridotta dal 1980 di circa il 60%, sia per gli uomini sia per le donne; la riduzione della mortalità per tumori, che ha avuto inizio più recentemente a partire dagli anni novanta, è del 20% circa fra gli uomini e del 10% fra le donne.

Nel campo della sicurezza alimentare, il modello organizzativo italiano appare oggi sicuramente il più adeguato ad operare in condizioni ordinarie, ma anche ad affrontare tempestivamente le emergenze alimentari. In poco più di un anno, si sono verificati tre crisi nel settore alimentare (le mozzarelle blu, la diossina nelle uova e nelle carni suine e la contaminazione da *Escherichia coli* vero citotossico dei germogli vegetali), alle quali l'Italia ha reagito bene, grazie anche alle specifiche competenze di enti ed istituzioni (Ministero della salute, ISS, NAS, Regioni, ASL e IZS), che rappresentano una rete di protezione del consumatore italiano e di supporto alle imprese del settore alimentare interessate all'esportazione. Per quanto concerne la sanità animale, attraverso un efficiente sistema di controllo e mediante un approccio focalizzato sull'attività di prevenzione, coerente con la strategia europea, si è garantito un livello elevato di salute pubblica, oltre che la promozione della salute degli animali e il sostegno dell'allevamento e dell'economia rurale.

La Relazione affronta anche le problematiche connesse al rapporto tra Ambiente e salute, agli Stili di vita, nonché gli aspetti relativi ai determinanti socio-economici, che dopo l'età, sono il singolo determinante più importante delle differenze di salute in una popolazione. In più occasioni l'Unione Europea ha sottolineato la necessità di muoversi, nel contrasto delle disuguaglianze nella salute, con un approccio di tutela ampio, che coinvolga non solo le politiche sanitarie ma tutte le politiche (Health in All Policies). L'Italia si presenta preparata ad affrontare le sfide sulla solidarietà nella salute, proposte dall'Unione Europea, potendo esibire un Servizio sanitario nazionale come il "complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio" (art. 1, legge n. 833 del 1978).

Nel biennio 2009-2010, un importante ambito di rinnovamento del SSN è rappresentato dalla riorganizzazione delle cure primarie e della continuità assistenziale, con particolare riferimento al ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) che svolge la propria attività attraverso aggregazioni funzionali territoriali di MMG con le altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Con riferimento all'assistenza ospedaliera, sono proseguiti gli interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera, volti a garantire l'appropriatezza clinica ed organizzativa, il raggiungimento degli standard dei posti letto ospedalieri e dei tassi di ospedalizzazione. Al fine di attuare, monitorare e valutare i processi di riqualificazione delle reti di assistenza ospedaliera e territoriali, notevole è stato l'impegno da parte del Ministero e delle Regioni di individuare strumenti efficaci di governance, pervenendo all'emanazione del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, in materia di costi e fabbisogni standard. Essi costituiscono il riferimento cui riportare il finanziamento integrale della spesa sanitaria, nel rispetto della programmazione nazionale e dei vincoli di finanza pubblica, e per la cui determinazione fondamentali sono gli elementi informativi presenti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute.

Per quanto concerne l'assistenza agli anziani e la presa in carico delle condizioni di fragilità e di non autosufficienza, si registra in tale ambito, rispetto al biennio precedente, una diminuzione dei ricoveri ospedalieri degli anziani ultrasessantacinquenni e l'ulteriore incremento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con una percentuale di anziani trattati in ADI che passa dal 3,3% del biennio precedente al 4,1% del 2010. Anche per i servizi relativi alle cure palliative e alla terapia del dolore, si sono conseguiti nel biennio di riferimento importanti risultati. La legge n. 38 del 2010, che rappresenta un punto di eccellenza del nostro Paese, ha il primato a livello europeo di offrire un quadro normativo per le cure palliative e la terapia del dolore per i malati di tutte le fasce di età, con particolare attenzione per l'età infantile, e per le relative reti assistenziali, con l'obiettivo di rendere omogenee le prestazioni su tutto il territorio. Il biennio 2009-2010 è stato caratterizzato anche dal miglioramento qualitativo del SSN, con ridefinizione

del governo clinico finalizzato ad una maggiore sicurezza dei pazienti e ad un coinvolgimento responsabilizzato delle diverse figure professionali, nonché da un'attenzione ancora più incisiva al tema delle liste d'attesa, uno degli aspetti critici di tutti i sistemi sanitari di tipo universalistico con un livello di assistenza avanzato, che ha registrato la convergenza dei livelli centrale e regionale nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012 (Intesa Stato- Regioni del 28 ottobre 2010).

Nello stesso biennio si è registrata una particolare attenzione al tema dell'eHealth, attraverso l'attuazione di interventi prioritari per favorire la realizzazione di sistemi informativi territoriali di supporto alla cura del paziente oltre che al governo del SSN (Sistemi CUP, Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE, dematerializzazione della documentazione sanitaria, trasmissione telematica delle ricette mediche e dei certificati di malattia, telemedicina).

Con riferimento alla ricerca sanitaria, il Bando 2010 relativo alla ricerca finalizzata, ha rafforzato le capacità di collaborazione tra il sistema di ricerca nazionale e i nostri ricercatori all'estero.

\*\*\*

## Nel mondo 43,8 mln aborti all'anno - Studio dell'OMS e Guttmacher Institute pubblicato su *Lancet*

---

Una gravidanza su cinque nel mondo finisce con l'aborto, e nel 2008 ci sono state 43,8 milioni di interruzioni di gravidanza, il 49% delle quali clandestine e non sicure per le mamme. Sono i numeri raccolti dall'OMS e dal Guttmacher Institute e pubblicati su "Lancet". Il tasso di aborti pericolosi è variabile: altissimo in Africa (97%) e nel sud dell'Asia (65%), mentre in Europa quasi tutti gli aborti non sicuri sono nei paesi dell'Est (13%). Sotto la media i numeri in Italia.

Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. doi:10.1016/S0140-6736(11)61786-8

Abortion: what is the problem? doi:10.1016/S0140-6736(12)60038-5

\*\*\*

## Nessun obbligo di formazione per le Asl - Corte di Cassazione Sezione Lavoro Civile - Sentenza n. 21817/2011, depositata il 20 ottobre

---

La Suprema Corte stabilisce innanzitutto che non c'è una potestà esclusiva della Regione in materia di formazione medica: il Dlgs 502/1992, agli articoli 16 e 16 quater, «vede interagire lo Stato e le Regioni, ma non attribuisce direttamente alle Asl alcuna autonoma titolarità, autoreferenziale, in ordine alla promozione di iniziative idonee a essere ricomprese nella suddetta formazione». Le aziende sanitarie sono invece «strumento attraverso il quale la Regione provvede all'erogazione dei servizi sanitari». La stessa legge 244/2007 - fa notare la Cassazione - ha stabilito che il sistema ECM è disciplinato dall'Accordo Stato-Regioni 1° agosto 2007 ed è gestito dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali. Pertanto «le Asl, analogamente ai possibili organizzatori e produttori di formazione ECM (quali Università, Irccs, Ordini) devono essere accreditate» ai sensi del nuovo sistema ECM (G.U. n. 288/2009) e l'accreditamento può essere revocato se non si rispettano le indicazioni dell'ente che accredita (Commissione nazionale, Regioni, Province).

\*\*\*

## Oseltamivir, efficacia discutibile secondo Cochrane e BMJ

---

Molte domande sulla reale efficacia dell'antinfluenzale oseltamivir sarebbero rimaste inevase, nonostante ripetute richieste da parte di organi scientifici esterni all'azienda produttrice Roche, di dati clinici per svolgere studi indipendenti e arrivare a conclusioni certe su di esso. La denuncia arriva da un report della Cochrane condotto da Tom Jefferson, coordinatore del Cochrane Acute

Respiratory Infections Group di Roma, secondo il quale il rifiuto dell'azienda di dare pieno accesso a tutti i suoi dati lascia irrisolte domande critiche su quanto realmente il farmaco funzioni. A rafforzare le perplessità, come riportato dall'Ansa, un'inchiesta del "British Medical Journal" solleva ulteriori dubbi sull'accesso ai dati clinici, sull'uso di *ghost writers* e infine sul processo di approvazione del farmaco. Roche, secondo la denuncia Cochrane non avrebbe consegnato tutti i dati dei trial clinici, arrivati, peraltro, al gruppo Cochrane dell'Emea con incongruenze evidenti rispetto ai report pubblicati dall'azienda, e con la possibilità che gli effetti avversi del farmaco siano sotto-dichiarati. Mancano pure dati per dimostrare che il farmaco impedisca la diffusione del contagio, motivo per cui molti stati hanno deciso di acquistare grosse quantità di oseltamivir da usare in caso di emergenza. «Una questione di grande importanza» sottolineano i ricercatori del Bmj «perché non è possibile prendere decisioni terapeutiche buone, se non si conosce con precisione il meccanismo d'azione del farmaco e la sua efficacia». Le agenzie internazionali, perciò, avrebbero preso decisioni cruciali senza conoscere con chiarezza i fatti. «Finché maggiori informazioni non saranno disponibili sul meccanismo d'azione del principio attivo del farmaco», dichiara Cochrane, «medici, pazienti e decisori istituzionali dovrebbero riflettere su queste incongruenze e limitazioni prima di qualsiasi decisione sull'uso del farmaco». Per ora nessuna risposta ufficiale di Roche che però sul suo profilo Twitter invita a consultare tutti gli studi su sicurezza ed efficacia del farmaco e ribadisce la sicurezza e tollerabilità di oseltamivir, confermate da ricerche cliniche ed esperienze reali.

\*\*\*

## Segreto intelligenza sempreverde in DNA

---

È nascosto nel DNA il segreto di un'intelligenza 'sempreverde', cioè che resti giovane e scattante anche in tarda età. Uno studio scozzese ha infatti messo gli scienziati sulle tracce dei geni che garantiscono lunga vita all'intelligenza. Secondo quanto riferito sulla rivista "Nature", sono state individuate delle sequenze genetiche che garantiscono all'intelligenza che abbiamo da giovani di accompagnarci senza declinare anche in età anziana.

\*\*\*

## Salute. Anziani. Oltre 35 mila presenti in 646 strutture residenziali e centri diurni - Indagine dello SPI e FP-CGIL. Le liste d'attesa? Una odissea

---

Sono oltre 35 mila gli anziani presenti nelle 646 strutture residenziali e nei centri diurni italiani monitorati dallo Spi Cgil e dalla Fp Cgil: 31 mila unità nelle strutture residenziali e 4.400 nei centri diurni. È il dato emerso da una ricerca del sindacato secondo cui nelle strutture residenziali le donne sono in maggioranza, il 70%, mentre nei centri diurni gli uomini con il 56% degli utenti. Hanno un'età più avanzata gli anziani delle strutture residenziali: il 49% degli utenti appartiene ad una fascia di età compresa tra i 76 e i 95 anni di età e il 50% supera gli 86 anni. In quelle a ciclo diurno semiresidenziale, invece, la maggior parte degli utenti sono nella fascia compresa tra i 61 e gli 85 anni.

Nelle strutture residenziali, spiega la ricerca, l'80% degli anziani ha delle fragilità, il 63% è del tutto non autosufficiente, il 17% lo è solo parzialmente mentre solo il 19% risulta essere autosufficiente. Questa ultima percentuale sale al 39% per gli anziani utenti dei Centri diurni semiresidenziali. Secondo la ricerca, inoltre, nel 70% dei casi avviene il trasferimento dell'anziano da strutture residenziali per autosufficienti a quelle per non autosufficienti a causa del peggioramento delle condizioni di salute, ma solo il 50% delle strutture segnala alla Asl di competenza tale esigenza.

Le liste d'attesa per accedere a strutture residenziali o semiresidenziali sono una vera e propria odissea. "Per quelle rivolte agli utenti non autosufficienti questi possono raggiungere di media anche dai 90 ai 180 giorni. Solo nel Lazio le liste di attesa arrivano fino ad 11 mesi. Per le residenze rivolte ad anziani autosufficienti, invece, il periodo di attesa va dai 30 ai 45 giorni mentre per quelle semiresidenziali diurni si arriva fino a 25 giorni". Tutte le strutture, spiega la ricerca, prevedono

la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi, che varia di caso in caso, a seconda della Regione o del Comune e dal reddito dell'assistito. La media compartecipazione in una struttura residenziale va da 1.100 euro fino a 1.400 euro al mese per quello di tipo socio-sanitario. Per i Centri diurni, invece, il costo varia dai 250 euro fino agli 800 euro al mese previsti per quelli dedicati ai malati di Alzheimer.

\*\*\*

## Salute. Meno decessi per tumori e malattie circolatorie - I tassi sono sotto la media UE in entrambi i casi

---

Calano in Italia i decessi causati dalle malattie del sistema circolatorio e quelli dovuti ai tumori. Lo certificano i dati dell'Istat inseriti nella pubblicazione *Noi Italia* che contiene 100 statistiche sul paese.

**LE MALATTIE CIRCOLATORIE** - Rappresentano la principale causa di morte in Italia e nel gruppo dei 27 paesi dell'Ue. Negli ultimi anni, la mortalità per queste malattie è in diminuzione in tutti i paesi europei. In Italia è tra i più bassi in Europa. I tassi di decesso sono diminuiti in modo diffuso su tutto il territorio raggiungendo nel 2008 il valore di 32,1 decessi ogni diecimila abitanti rispetto al 32,6 osservato nel 2007. Gli uomini, con un tasso di 39,4 decessi per diecimila abitanti, risultano svantaggiati rispetto alle donne (27). Nel 2008, con 17,4 decessi ogni diecimila abitanti (tasso standardizzato per confronti europei), l'Italia si colloca tra gli ultimi posti nell'Ue27, dove il tasso medio è di 22,7. I paesi in cui i livelli di mortalità per malattie del sistema circolatorio sono ancora più bassi che in Italia sono la Francia (12,5), la Spagna (15,1), i Paesi Bassi (15,9), la Danimarca (16,6). Per tutti i paesi i tassi di mortalità risultano in diminuzione se confrontati con i livelli del 2003. Per l'Italia la diminuzione del tasso è stata di 4,6 per diecimila.

**I TUMORI** - Nel 2008 il tasso standardizzato di mortalità per tumori in Italia è pari a 26,2 decessi ogni diecimila abitanti, in calo rispetto al valore di 26,6 del 2007. I livelli di mortalità per tumori sono maggiori fra gli uomini (36,1) rispetto alle donne (19,4). Nel 2008, il livello italiano della mortalità per tumori si colloca al di sotto del valore medio europeo (16,8 contro 17,8 decessi per diecimila abitanti). Tra i paesi con i tassi di mortalità più alti, con valori superiori ai 19 decessi per diecimila abitanti, si trovano quelli dell'Europa orientale e la Danimarca. La mortalità più elevata si registra in Ungheria (24,6 decessi per diecimila abitanti), mentre Cipro, Finlandia e Svezia si distinguono per la mortalità per tumori più bassa con valori inferiori a 15,5 per diecimila abitanti. Tra il 2003 e il 2008 la maggioranza dei paesi europei mostra una diminuzione dei tassi di mortalità (mediamente -1,0 ogni diecimila abitanti) particolarmente accentuata nella Repubblica Ceca (-3,2). Un aumento si rileva per la Bulgaria (+2,0) e uno molto modesto per Romania, Lituania e Belgio.

\*\*\*

## Sonno 'registra' ricordi negativi

---

Il sonno protegge i ricordi, anche quelli traumatici, quindi può rafforzare la memoria di eventi negativi. Restando svegli, invece, dopo aver vissuto un trauma (ad esempio un brutto incidente), la valenza emotiva dell'episodio si ridimensiona. Lo dimostra una ricerca della University of Massachusetts Amherst pubblicata sul "Journal of Neuroscience". Il sonno è una fase in cui i nostri ricordi sono scremati e registrati in una memoria indelebile; in questa memoria possono finire anche i traumi.

\*\*\*

## Verso nuove terapie per l'epatite C

---

Ricercatori della University of British Columbia (UBC) hanno individuato un nuovo sistema per bloccare le infezioni da Epatite C (virus Hcv) nel fegato. La scoperta, pubblicata sulla rivista "PLoS Pathogens", potrebbe portare a nuove terapie. Nel mondo oltre 170 milioni di persone soffrono di

Epatite C causata da infezione cronica da Hcv. La patologia attacca il fegato ed è una delle principali cause di tumore al fegato e di trapianto. Viene trasmessa attraverso il sangue e non esiste un vaccino per prevenirla, inoltre le terapie finora in uso sono relativamente efficaci e possono causare seri effetti collaterali. Francois Jean, Professore Associato del Dipartimento di Microbiologia e Immunologia, nonché Direttore scientifico del Facility for Infectious Disease and Epidemic Research (FINDER) dell'UBC spiega: "L'Hvc muta continuamente e questo rende più difficoltoso sviluppare terapie antivirali capaci di colpirlo. Per questo abbiamo deciso di tentare un nuovo approccio". Il professore e il suo team hanno praticamente agito bloccando il ciclo vitale del virus e impedendogli di espandersi causando ulteriori danni al fegato. Una strada che potrebbe portare a terapie similari anche nella cura di altri virus ri-emergenti, come il 'Dengue', endemico in oltre 100 Paesi con approssimativamente 2,5 mld di persone a rischio infezione.

<http://www.plospathogens.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.ppat.1002468>

\*\*\*

## Usa: medici-aziende farmaceutiche, rapporto con obbligo di trasparenza

---

I medici statunitensi in contatto con le aziende farmaceutiche e del settore biomedicale, d'ora in poi, dovranno rendere questi rapporti trasparenti ai loro pazienti. Anzi, saranno le società a dover pubblicare una lista dettagliata di spese per consulenze tecniche e professionali, investimenti promozionali, organizzazione di congressi medici, fino ad arrivare alla contabilità del cibo offerto ai dipendenti di un ambulatorio dal rappresentante di commercio che va a incontrare un medico. Sono norme già previste dalla riforma sanitaria di Barack Obama, ma solo ora l'Amministrazione Usa sta cominciando a definirle in concreto perché la legge ne aveva previsto un'applicazione differita nel tempo. In base ai nuovi standard, ad esempio, le società che realizzano prodotti per le cure mediche pagati dai sistemi Medicare e Medicaid dovranno comunicare ogni versamento a medici o loro dipendenti. Poi il governo metterà queste informazioni su un sito web consultabile dal pubblico.

\*\*\*

## La ricerca Censis: Se per assistere un parente si rischia di perdere il posto di lavoro

---

I familiari finiscono in prima linea per l'assistenza. La malattia grave «danneggia» tutte le persone legate da affetti.

Sono le famiglie, e soprattutto le donne, a sostenere la gran parte delle attività di supporto ai pazienti oncologici: assistenza in casa, accompagnamento, visite in ospedale. E, di questo impegno, pagano le conseguenze (ancora molto sottovalutate), sia sul lavoro che sulla propria salute. L'impatto del tumore sulla vita non solo del malato ma anche di chi si prende cura di lui, i cosiddetti *caregivers*, emerge chiaramente dall'indagine del Censis «Ad alta voce, i bisogni e le aspettative dei malati di cancro e delle famiglie», condotta in collaborazione con la Federazione italiana delle Associazioni del Volontariato Oncologico-Favo (con il sostegno di Roche), su un campione di oltre mille pazienti oncologici e di 700 *caregivers*. Secondo gli esiti della ricerca, nella maggioranza dei casi (56%) sono le donne (mogli, figlie, sorelle, altre parenti e persino amiche) il primo riferimento dei malati per risolvere le tante esigenze e criticità che la malattia mette all'ordine del giorno. Oltre la metà dei *caregivers* sono coniugi o conviventi; in un caso su tre hanno più di 60 anni e in uno su quattro hanno un'età tra i 40 e i 59. «Soprattutto, — dice Francesco De Lorenzo, presidente Favo — più della metà di queste persone ha un lavoro a momento della diagnosi di cancro del loro parente, ma finiscono in prima linea nell'assistenza, giorno e notte, con un'impennata delle assenze lavorative e uno stress enorme che mette a dura prova la loro condizione fisica e psicologica». Il 29% degli intervistati dichiara infatti di avere riscontrato impatti negativi sulla propria salute, come stati di ansia, tristezza e alterazioni del sonno. Un mix esplosivo: oltre il 59% dei familiari di

malati di tumore deve a sua volta assumere farmaci, poco più del 29% ha bisogno di rivolgersi a specialisti, il 4% ha subito ricoveri.

Familiari e malati vanno incontro a peggioramenti in ufficio e sul conto in banca: l'8% dei caregivers ha una diminuzione di reddito (in media del 30%), il 5,5% perde il posto, il 2% chiede di andare in pensione. Le spese, invece, aumentano, pesando sul bilancio di casa. «Esistono precise leggi a tutela dei lavoratori malati e dei loro familiari, — ricorda l'avvocato Elisabetta Iannelli, presidente di Aimac, associazione di malati da anni impegnata a sollecitare norme a garanzia dei diritti di chi deve fare i conti con il cancro — ma troppo spesso gli interessati stessi non ne sono informati. Ci sono norme che prevedono, ad esempio, il passaggio al part time, avvicinati di sede, permessi e congedi straordinari che consentono di mantenere la retribuzione e di riuscire ad affrontare con un po' più di serenità le fasi critiche della malattia». Manca invece completamente una prassi aziendale "standard" che agevoli la gestione di questi casi in ufficio. «Le storie che malati e caregivers raccontano parlano spesso di sofferenze e pregiudizi subiti in ambito professionale — dice Lucia Giudetti Quarta, presidente della Fondazione Giancarlo Quarta Onlus, che indaga da tempo sulle problematiche aziendali nella gestione dei malati critici e di chi li accudisce —. Avrebbero invece bisogno di poter parlare apertamente con i "capi" dei problemi legati alla malattia e delle loro necessità. Basterebbero un colloquio iniziale e verifiche successive per valutare la situazione insieme e decidere come organizzare turni e prestazioni, con maggiore tranquillità per tutti».

\*\*\*

## Le cure palliative in età pediatrica: Stato dell'arte e istruzioni per l'uso

---

In Italia vi sono 11.000 bambini con patologia inguaribile e/o terminale e di essi, ogni anno, ne muoiono più di mille. Con l'approvazione della legge 38 del 15 marzo 2010 l'Italia ha riconosciuto ai bambini affetti da malattia inguaribile il diritto di accedere ai servizi di terapia del dolore. Tra gli aspetti che caratterizzano le cure palliative pediatriche, differenziandole da quelle dell'adulto, oltre al numero esiguo di casi attesi vi sono quello della rilevanza del nucleo familiare e quello relativo al periodo della storia naturale della malattia su cui esse incidono: le cure palliative, infatti, iniziano con la diagnosi e proseguono, anche dopo la morte del soggetto, secondo un modello olistico sviluppatosi in Oncologia Pediatrica negli ultimi 30 anni. L'approccio al minore che necessita di cure palliative deve tener conto delle sue peculiarità biologiche, psico-relazionali, sociali e cliniche. Un bambino che non potrà guarire è comunque sempre un bambino, quindi ogni suo bisogno e ogni sua azione conseguentemente svolta vengono a inserirsi in un quadro di sviluppo, di evoluzione e di maturazione del soma e della persona, coinvolgente e richiedente la mediazione della famiglia. Per approfondire la tematica si è tenuto un Convegno, organizzato dall'Associazione Moby Dick onlus, che si terrà a Roma il 3 febbraio 2012, presso l'Aula Convegni del CNR. L'iniziativa, alla quale hanno partecipato specialisti provenienti da varie regioni d'Italia, si inserisce nel quadro delle attività dell'Associazione che promuove la formazione, la specializzazione e l'aggiornamento continuo degli operatori sanitari attraverso percorsi formativi ECM accreditati presso il Ministero della Salute, offre sostegno psicologico specialistico gratuito a malati oncologici e organici gravi e ai loro familiari, sostiene l'affermazione di un modello di assistenza sanitaria che pone la "persona" al centro dell'intervento e si prende cura della sua sofferenza psicofisica ed esistenziale. Il Convegno, patrocinato dalla Regione Lazio, da Roma Capitale e dall'Ordine degli Psicologi del Lazio, ha trattato delle Cure Palliative Pediatriche, intese come interventi che in ogni fase di malattia mirano a ridurre il dolore fisico e la sofferenza psicologica superflua nel bambino e nella sua famiglia.

L'iniziativa si è avvalsa degli interventi di relatori molto qualificati, quali il prof. Gianni Biondi, docente di Psicologia clinica, il dottor Maurizio Cianfarini, presidente dell'Associazione "Moby Dick" per le Unità di Cura Continuativa, il dottor Luigi Ciavattini, presidente dell'Associazione "Davide Ciavattini", la dott.ssa Luigia Clarici, medico palliativista e responsabile della Fondazione Roma Hospice, il dottor Mimmo Iadanza, responsabile delle Cure Palliative Pediatriche Domiciliari di Lagonegro, il prof. Momcilo Jankovic, dell'Università degli Studi Milano Bicocca, il dottor Giuseppe Milano, del Dipartimento Materno-Infantile dell'Azienda ospedaliera di Perugia, il dottor Andrea

Pession, direttore del corso di alta formazione in cure palliative pediatriche a Bologna, la dottoressa Mascia Plevin, psicologa supervisore dell'Istituto italiano di Expressive Art Therapy, la dottoressa Patrizia Paglia Rubbini, coordinatrice del servizio psicologico di Oncologia Pediatrica del Policlinico Gemelli di Roma e la dottoressa Flaminia Vitali, psicologa e psicoterapeuta e collaboratrice all'Unità Pediatrica dell'Ospedale "Bambino Gesù".

E presentando esperienze da anni portate avanti con competenza e alta specializzazione il convegno accenderà i riflettori su una tematica spesso relegata in luoghi oscuri, proprio per la criticità dell'argomento, per la sofferenza che comporta il pensiero stesso di un bimbo gravemente malato.

\*\*\*

## **Pani (Aifa), allo studio regolamento su conflitto interessi - Fondamentale per valutazione puntuale di qualunque nuovo medicinale**

---

Quello di cui stiamo discutendo in questi giorni in stretto contatto con il Ministero della Salute è un regolamento articolato che ci consenta di affrontare in modo trasparente questa tematica, che è uno dei fondamenti per una valutazione puntuale e precisa del profilo rischio-beneficio di qualunque nuova entità chimica o biotecnologica". È quanto ha affermato il direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), Luca Pani, intervenendo a Roma al simposio internazionale 'The Bipolar Spectrum from somatic illness to manic-depressive illness', riferendosi al conflitto d'interesse nel mondo medico e farmaceutico. "Può accadere infatti - ha aggiunto Pani - che clinici eminenti e di grande esperienza abbiano avuto nella loro vita professionale contatti con le aziende produttrici di medicinali, perché sono stati, per esempio, investigatori principali o coordinatori di grandi studi multicentrici e multinazionali; ma allora proprio questa grande esperienza sul campo rende paradossalmente impossibile coinvolgerli nelle nostre procedure regolatorie, costringendoci a volte a non poterci mai servire di queste altissime professionalità. L'Italia da questo punto di vista si uniforma ai criteri dell'Agenzia europea dei medicinali e a quelli di molte altre agenzie europee simili all'Aifa, ma sappiamo che questa problematica è attualmente dibattuta anche dalla Fda negli Stati Uniti e non è di facile soluzione. Vi informo che è in atto in Aifa, come in molte altre agenzie, una 'rivoluzione silenziosa', il tentativo di portare la scienza, quella con la S maiuscola, nel mondo regolatorio, riducendo gli aspetti amministrativo-burocratici al minimo indispensabile. Senz'altro tra gli obiettivi principali vi è quello di riposizionare proprio i clinici, coloro cioè che vedono i pazienti regolarmente tutti i giorni, in punti chiave del processo registrativo in modo da rendere i criteri di inclusione e di esclusione dei malati negli studi clinici maggiormente rispondenti alle situazioni che si verificano nella vita reale.

\*\*\*

## **Eurispes: 60% giovani pronti a fuga da Italia per lavoro - Rapporto Italia 2012 di Eurispes: per 53% utili sacrifici per far uscire Italia da crisi**

---

Quasi il 60% dei giovani tra 18 e 24 anni, seguiti a poca distanza dai 25-34enni, si dice disposta, oggi, ad intraprendere un progetto di vita all'estero: è quanto emerge da un sondaggio contenuto nel Rapporto Italia 2012, appena pubblicato dall'Eurispes.

Più precisamente, il 59,8% dei giovani (18-34 anni) si dichiara disponibile a lasciare il Paese, così pure 57,1% tra i 25-34enni. Il dato scende al di sotto del 50% tra i 35-44enni (45,2%) per poi calare in maniera più decisa tra i 45-64enni (35%) e ancor tra gli over65 (20,5%). Sulle motivazioni alla base di un ipotetico trasferimento all'estero, non ci sono dubbi: a prevalere nettamente sono le maggiori opportunità lavorative (22,9%), seguite a molta distanza dalle opportunità più genericamente intese (14,1%) e dal minore costo della vita (11,8%).

Quanto invece a spendersi in prima persona per le sorti collettive, gli italiani, dal sondaggio, non sembrano molto propensi a farlo: la maggioranza del campione (59,6%) si è infatti detto "poco"

[42,9%) o "per niente" [16,7%) stimolata ad impegnarsi per la ripresa del Paese; a fronte di un 38,3% che si è invece definito "abbastanza" (30%) o "molto" (8,3%) spronato in tal senso.

Il quadro cambia, almeno parzialmente, quando si chiede se valga la pena fare sacrifici per superare l'attuale momento di difficoltà dell'Italia: oltre la metà (53,1%) si esprime in questo caso in senso positivo, giudicando "abbastanza" (41,3%) o "molto" (11,8%) utili i sacrifici richiesti per far fronte allo scenario di crisi attraversato dal Paese.

L'Eurispes comunque segnala che gli scettici arrivano a circa il 45% (il 32% è poco d'accordo con l'idea che sia utile fare sacrifici e il 13,1% non lo è per niente). I più convinti dell'utilità dei sacrifici richiesti risultano gli elettori di centro-sinistra; i meno convinti si dimostrano, rispettivamente, coloro che non hanno saputo indicare un'area politica di appartenenza (45%) e infine gli elettori di destra, che comunque si sono detti abbastanza o molto convinti dell'utilità dei sacrifici nel 44,9% dei casi.

\*\*\*

## Un Paese a corto di speranza, i giovani i più sfiduciati. Più ottimisti al sud e nelle isole

Se si chiede agli italiani di guardare alla situazione del Paese, e di esprimere in merito un sentimento prevalente, ben il 63,2% si dice "spesso" (45,5%) o "sempre" (17,7%) sfiduciato. Altrettanto diffusa è poi una sensazione di impotenza, cioè di incapacità o impossibilità di incidere attivamente per migliorare l'attuale condizione, condivisa (spesso 33,8% e sempre 23,9%) dal 57,7%. Circa un terzo dichiara, inoltre, di non sentirsi "mai" né ottimista (35,1%) né sereno (32,8%) guardando al presente dell'Italia. L'immagine di un Paese a corto di speranza e di ottimismo emerge da un sondaggio contenuto nel Rapporto Italia 2012 dell'Eurispes. Ancora più preoccupante è il fatto che sono soprattutto i giovani tra i 25 e i 34 anni, ovvero le classi "biologicamente" più proiettate verso il futuro, a dichiararsi, in oltre il 75% dei casi, "spesso" o addirittura "sempre" sfiduciate, seguite dai 45-64enni (63,8%), dai 35-44enni (60,5%), dai 18-24enni (58,9%) e infine da chi ha 65 anni o più (56,6%). Quanti poi hanno dichiarato di non sentirsi rappresentati da alcuna area politica, nel 73,2% dei casi si sono anche definiti "spesso" o "sempre" sfiduciati, seguiti dal 68,1% di coloro che non hanno saputo indicare un'area politica di appartenenza. Nelle restanti situazioni, sono i potenziali elettori dei partiti più estremi, di sinistra (66,7%) e di destra (63,2%), ad esprimere con più frequenza questo sentimento. Chi invece si riconosce nelle forze schierate al centro appare coinvolto "a metà" nella sensazione di sfiducia: il 52,6% dei potenziali elettori di centro-sinistra, il 50,6% di quelli di centro-destra e il 49,4% di quelli di centro si è infatti dichiarato sfiduciato. Così come il sentimento di sfiducia, anche quello di impotenza coglie "spesso" (33,9%) o addirittura "sempre" (26,8%) soprattutto i giovani tra 18 e 24 anni (60,7%). Incoraggiante è invece vedere che nel Sud e nelle isole gli intervistati si dimostrano ben più inclini all'ottimismo rispetto alle regioni del Nord e soprattutto del Centro. Nelle isole, in particolare, c'è la percentuale minore di quanti dicono di non sentirsi mai ottimisti. E nel sud c'è una decisa prevalenza di persone disposte a definirsi 'spesso' o 'sempre' ottimiste.

### *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](http://www.aicolli.com) - E-mail: [casadicura@aicolli.com](mailto:casadicura@aicolli.com)

## MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 13 marzo 2012

Cognome - Nome	Indirizzo	Te lefono
ALVISI STEFANIA	V.le Oriani, 50/2 - Bologna	051/39.95.25
ABD ALATIF RANIA	Via Libia, 4 - Bologna	339/65.61.037
ALVISI STEFANIA	V.le Oriani, 50/2 - Bologna	051/39.95.25 339/85.88.810
AMBROSINO MANUELA	Via Meucci, 4 - Bologna	329/20.76.722
ANDRUCCIOLI CRISTIANA	V.lo Monticelli, 3 - Bologna	334/32.81.818
ANTONACCI NICOLA	Via Friulia Venezia Giulia, 8 - Bologna	051/54.56.23 348/53.17.427
BACCARO CINZIA	Via Bellaria, 8 - Bologna	34793.02.918/
BAGNATO FRANCESCA	Via G.Papini, 26 - Bologna	349/56.38.510
BERTONCELLI MARCO	Via Mondolfo, 9 - Bologna	339/22.98.893
BERTUSI CRISTINA	Via Cento, 44 - S.Giovanni Persiceto	051/82.64.65 349/61.38.245
BIAZZO DANIELA	Via Corticella, 192 - Bologna	349/56.64.115
CAROBALANTE RICCARDO	Via Ferrarese, 167 - Bologna	333/33.32.340
CASTIELLO EMANUELA	Via de' Gombruti, 3 - Bologna	328/13.61.422
COCCOLINI ELENA	Via P. Bonafede, 41 - Bologna	342/16.48.012
D'ECCELESIA ANNA RITA	Via Orlandi, 3 - S.Lazzaro di Savena	051/04.10.327 348/95.00.814
DEGLI ESPOSTI CLAUDIA	Via B.Gigli, 14 - Bologna	051/58.73.902 328/72.03.370
DI FEDERICO CRISTINA	Via Cialdini, 17 - Ancona	338/33.52.467
DI PIETRO ELENA	Via De' Gombruti, 16 - Bologna	335/74.94.956
ESPERTI VINCENZO	Via Rubizzano, 1902/c - S.Pietro in Casale	327/53.40.055 335/18.18.648
GIROTTI GAIA	Via della Cà Bianca, 3/8 - Bologna	051/63.41.218 349/66.17.114
GUALANO CHIARA	Via C.Cattaneo, 1/2 - Bologna	349/87.13.430
LONGO ROSITA	Via del Raccolto, 4 - Ravenna	328/07.09.399
MARRA ROSA FRANCESCA	Via S.Vitale, 42/2 - Bologna	051/23.73.77 347/60.68.501
MEJIA LARA ELSY DE JESUS	Via degli Ortolani, 37 - Bologna	393/98.96.516
MINELLI GIULIA	Via Oberdan, 21 - Bologna	347/17.80.063
MONALDI ALICE	Via S.Donato, 80/3 - Bologna	0734/67.75.65 333/38.63.322
NIKOLAKAKI MARIA	Via Lino Gucci, 4 - Bologna	388/60.44.969 051/56.06.67
NIKOLLAU NIKOLETA	Via Barozzi, 4 - Bologna	320/67.75.921
PALAIA VINCENZO	Via Massarenti, 43 - Bologna	340/66.86.310
PALAMA' CHIARA	Via Libia, 60 - Bologna	051/62.17.622 339/49.82.802
PERGOLES ANNA CHIARA	P.zza Trento Trieste, 3/3 - Bologna	051/39.11.49 339/14.85.636
PLANTERA PAMELA	Via A.Saffi, 16/3 - Bologna	380/63.49.252
PORTUNATO ALESSANDRO	Via del Cavaletto, 271 - La Spezia	328/42.13.573
RAMACIERI ANGELA	Via A.De Carolis, 29 - Bologna	349/43.46.866
RICCIARDELLI ROSSANA	Via Giuseppe Nadi, 18 - Bologna	340/97.54.053
ROCCARO DAVIDE	Via Lago Patria, 69 - Napoli	340/67.18.189
ROSSI MARTINA	Via A.Protti, 12 - Bologna	328/89.74.249
SCARPINI GAIA	Via Palestro, 23 - Bologna	051/64.49.130 338/13.11.994
SERENA TIZIANA	Via S.Felice, 51 - Bologna	349/60.58.835
SOLINAS DANIELA	Via Orfeo, 29 - Bologna	340/79.80.319
SPASARI EZIO	Via P.Fabbri, 100 - Bologna	328/49.87.840
TADDIA MARTINA	Via Asia, 37 - Pieve di Cento	051/97.32.95 349/87.78.818
TESTA GABRIELLA	Via Melloni, 13 - Bologna	328/45.77.138
TRUNFIO VINCENZO	Via Piella, 14 - Bologna	349/00.94.086
VALERIANI GIORGIO	Via Siepelunga, 1 - Bologna	051/62.37.105
VANINO ELISA	Via Torriane, 14 - Bologna	051/58.93.53



## MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

<b>Cognome - Nome</b>	<b>Specializzazione/Annotazioni</b>	<b>Telefono</b>
ABOUK NOSRATOLLAH	Corso di Formazione in Medicina Generale	339/42.60.185
ANTONACCI NICOLA	Chirurgia Generale d'Urgenza	348/53.17.427
BOSCHI SABINA	Scienza dell'Alimentazione	347/43.28.278
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16 340/85.50.870
CUPARDO MARCO	Corso di Formazione in Medicina Generale	338/34.27.985
DEGLI ESPOSTI CLAUDIA	Oncologia	051/58.73.902 328/72.03.370
DE SANTIS GISELLE	Odontoiatra	051/39.82.09 347/33.47.194
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
FERRARI GOZZI	Psichiatria	328/98.10.011
FERRI SIMONA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	328/21.82.754
GABUSI ANDREA	Odontoiatria e Protesi Dentaria	051/61.43.275 347/17.48.430
GASPARI VALERIA	Dermatologia e Venerologia	051/25.44.89 339/83.49.236
KATSINAS GIOVANNA	Oncologia	051/56.62.105 333/23.24.390
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MARASCO RITA	Radiodiagnostica	349/74.84.073
MELIOTA LORENZO	Odontoiatria e Protesi Dentaria	338/86.28.764
OLMI RUGGERO	Ortopedia e Traumatologia	338/76.74.267
PERRONE LILIANA GIGLIOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	339/33.41.277
PICCOLI LIDA	Chirurgia Generale	347/59.17.472 072/82.33.30
PUGLIESE SILVIO	Geriatrics e Gerontologia	051/62.30.844 393/52.42.452
RUGHI MORENA	Dermatologia e Venerologia	333/47.48.242
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

**Aggiornamenti In Oftalmologia 1-2012**

**12 aprile, 31 maggio,  
13 settembre 2012 - Bologna**

EDUCAZIONE CONTINUA  
IN OFTALMOLOGIA 2012

**Ottavo anno**

Responsabile Prof. Emilio C. Campos

**12 aprile 2012**

**RUOLO DELL'INDAGINE  
ELETTROFISIOLOGICA OGGI**

L'ERG: tecniche di esecuzione e parametri di interpretazione - *Sig.ra Paola Fiorini*

I PVE e l'EKG: tecniche di esecuzione e parametri di interpretazione - *Sig.ra Maria Mottes*

Elettrofisiologia e glaucoma - *Dr.ssa Lucia Ziccardi*

Elettrofisiologia come tool per l'efficacia di trattamenti neuroprotettivi - *Prof. Benedetto Falsini*

Valutazione elettrofunzionale della conduzione post-retinica - *Dr. Vincenzo M. Parisi*

Elettroretinogramma multifocale: applicazioni cliniche - *Dr. Mauro Cellini*

**31 maggio 2012**

**TERAPIE DI PATOLOGIE  
DELLA SUPERFICIE OCULARE.**

Gli emoderivati - Utilizzo degli emocomponenti in terapia topica: metodiche e normativa - *Dr. Pasquale Paolo Pagliaro*

Ruolo del Centro Regionale Sangue della Regione Emilia Romagna nel coordinamento dei servizi ai pazienti - *Dr.ssa Vanda Randi*

Ruolo del Centro di Riferimento Trapianti della Regione Emilia Romagna nel coordinamento delle donazioni di cellule e tessuti - *Dr.ssa Lorenza Ridolfi*

TAVOLA ROTONDA INTERATTIVA CON I PARTECIPANTI

Indicazioni al trattamento con emoderivati in patologie della superficie oculare

Quando, dove e come trattare i pazienti? Utilizzo degli emoderivati in oftalmologia - L'autosieroterapia, vantaggi e limiti - *Dr. Vincenzo Profazio, Dr. Giuseppe Giannaccare*

Utilizzo del PRP (Platelet Rich Plasma) in oftalmologia - *Prof. Alessandro Lambiase*

Trattamento con collirio da sangue cordonale in pazienti affetti da gravi cheratopatie - *Dr. Vincenzo Profazio, Dr. Giuseppe Giannaccare*

Utilizzo di colliri liofilizzati da membrane amiotiche - *Dr. Paolo Bonci*

**13 settembre 2012**

**CHIRURGIA DELLA CATARATTA  
ED ADVANCED TECHNOLOGY IOLS**

Epidemiologia dell'astigmatismo- Inquadra-

mento preoperatorio e procedura chirurgica - *Dr. Giorgio Oddo Bravetti*

Biometria e calcolo delle IOLs - *Prof. Paolo Perri*

Controllo dei risultati e margine di errore (controllo del disallineamento) - *Dr. Corrado Gizzi*

Aspetti economici - *Prof. E. C. Campos*

Nuove soluzioni: torica + multifocale - *Dr. Matteo Piovella*

Nuove soluzioni: IOLs aggiustabili alla luce - *Dr. Federico Badalà*

**Informazioni sulle modalità di iscrizione  
e di pagamento sui siti:**

[www.med3.it](http://www.med3.it)

[www.oftaunibologna.it](http://www.oftaunibologna.it)

info: [ecm.oftalmologia@aosp.bo.it](mailto:ecm.oftalmologia@aosp.bo.it)

**Sede**

Aula-Polo di Ematologia "M.T. Chiantore"

Istituto di Ematologia "L. e A. Seràgnoli"

Padiglione 8 - Policlinico S.Orsola-Malpighi

Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna

**Trattamento multidisciplinare del paziente con carcinoma uroteliale avanzato**

**13 aprile 2012 - Bologna**

**Accademia Nazionale di Medicina**

**Sezione di Oncologia & Sezione di Urologia**

Con il patrocinio: Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica) - Società Italiana di Urologia Oncologica (SIURO)

*Programma*

9:30 Introduzione - L'importanza della multidisciplinarietà - *Andrea Martoni, Giuseppe Martorana*

10:00 Fattori prognostici del carcinoma uroteliale infiltrante - *Maurizio Brausi*

10:30 Fattori prognostici nella malattia avanzata - *Sebastiano Buti*

10:45 Malattia localmente avanzata: il punto di vista dell'urologo - *Giuseppe Martorana*

11:15 Malattia localmente avanzata: terapia neoadiuvante ed adiuvante - *Giorgio Cruciani*

11:45 Discussione

12:30 Pausa pranzo

14:00 Novità terapeutiche in ambito di malattia avanzata - *Andrea Martoni*

14:30 Ruolo della radioterapia nel carcinoma uroteliale avanzato e metastatico - *Renzo Mazzarotto*

15:00 La qualità di vita del paziente con carcinoma della vescica (stent, urostomie e al-

tro): Ruolo dell'oncologo - *Maurizio Mineo*;  
Ruolo dell'urologo - *Simonetta Bracci, Fabio Manferrari*

15:30 Discussione

16:00 Presentazione e discussione di tre casi clinici - *Corrado Boni, Piergiorgio Di Tullio, Cristiano Ferrario*

17:00 Chiusura e questionario di valutazione dell'apprendimento

### Modalità di iscrizione

Il corso è riservato a un numero limitato di partecipanti.

Per iscriversi è necessario inviare a Accademia Nazionale di Medicina - Via Massarenti 9 - 40138 Bologna Fax 051 6364605 entro il 22 febbraio 2012:

- scheda di iscrizione, debitamente compilata, anche nel caso in cui l'iscrizione sia offerta da uno sponsor

- consenso al trattamento dei dati personali riportato nel retro della scheda di iscrizione. In alternativa è possibile effettuare l'iscrizione on-line all'indirizzo [www.accmed.org](http://www.accmed.org)

Non saranno considerate valide le domande pervenute con scheda incompleta.

L'iscrizione sarà confermata a mezzo posta elettronica, si chiede pertanto di riportare sulla scheda di iscrizione il proprio indirizzo.

### Sede del Corso

Aula Magna Polo Murri

Policlinico S.Orsola-Malpighi - Viale Ercolani, 4

Bologna

### Segreteria Organizzativa

Forum Service

Via Martin Piaggio 17/6 - 16122 Genova

**Simposio: Indagine epidemiologica su gozzo e carenza iodica in età scolare nella provincia di Bologna: risoluzioni del problema dopo 15 anni di iodoprofilassi**

**14 Aprile 2012 ore 10,30**

### Sala Eolo

**S. Benedetto Val di Sambro- Bologna**

Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna

Azienda Usl di Bologna

Dipartimento Medico

Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Endocrinologia

**Direttore:** Dott. Domenico Meringolo

In collaborazione con il Comune di S. Benedetto Val di Sambro

**Ne parlano:** Bartolomeo Bellanova, Bologna - Davide Bianchi, Bentivoglio - Elena Dalle Donne, Bologna - Domenico Meringolo, Bentivoglio - Elio Roti, Suzzara - Emanuela Ruggeri, S. Benedetto Val di Sambro.

**Conclude:** Aldo Pinchera, Pisa - Lettura magistrale: La iodoprofilassi in Italia oggi.

Agli intervenuti verrà rilasciato attestato di partecipazione e ECM Regionali.

Con il Patrocinio AIT.

### Segreteria Scientifica -Organizzativa

Dott. D. Meringolo, D. Bianchi

Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Endocrinologia

Ospedale Bentivoglio, Azienda USL di Bologna

Tel. 051.6644355/358 Fax 051 6644161

[domenico.meringolo@ausl.bo.it](mailto:domenico.meringolo@ausl.bo.it)

[davide.bianchi@ausl.bo.it](mailto:davide.bianchi@ausl.bo.it)

## IX Corso Nazionale di Aggiornamento sulle Osteopatie Metaboliche

**19-21 aprile 2012**

**Hotel B4 Boscolo Tower - Bologna, Programma**

**Giovedì, 19 aprile**

*I SESSIONE*

Osteopatie metaboliche

Moderatori: Emilio D'Erasmus, Ranuccio Nuti

**Venerdì, 20 aprile**

*II SESSIONE*

Patologia cardiovascolare e osteoporosi

Moderatori: Renata Caudarella, Giovanni Luisetto

*III SESSIONE*

Osteopatie metaboliche e glucocorticoidi

Moderatori: Giancarlo Isaia, Giovanni Minisola

**Sabato, 21 aprile**

*IV SESSIONE*

Osteoporosi: diagnostica strumentale e algoritmi

Moderatori: Cristiano Maria Francucci, Bruno Frediani

*V SESSIONE*

Osteoporosi: focus sulla terapia

Moderatori: Stefano Gonnelli, Maurizio Maz-zantini

**Sede**

Hotel B4 Boscolo Tower

Viale Illic Uljanov Lenin, 43

Bologna

Tel 051 6005239

**Informazioni e iscrizioni:**

[www.accmed.org](http://www.accmed.org)  
Tel 0516364898 -6360080  
Fax 0516364605  
[info.bologna@accmed.org](mailto:info.bologna@accmed.org)

**Decennale dell'Associazione ANIPI: stato dell'arte dell'assistenza ai pazienti con patologia ipofisaria in Emilia-Romagna. incontro fra medici e pazienti**

**22 Aprile 2012 ore 10,30**

**Oasi La Rizza**

Via Bassa degli Albarelli 13, Bentivoglio - Bologna

Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna  
Azienda Usl Di Bologna  
Dipartimento Medico  
Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Endocrinologia

**Direttore:** Dott. Domenico Meringolo  
In collaborazione con Associazione Nazionale Italiana Patologie Ipofisarie  
Regione Emilia Romagna

**Ne parlano con i pazienti:** Davide Bianchi, Bentivoglio - Marco Faustini, Bologna - Domenico Meringolo, Bentivoglio - Teresa Nasi, Cesena - Berto Pagotto, Bologna - Valeria Urbinati, Rimini

**Conclude:** Gaetano Lombardi, Napoli - Lettura Magistrale: Lo stato dell'arte della patologia ipofisaria.

Agli intervenuti verrà rilasciato attestato di partecipazione.

Seguirà visita guidata dell'Oasi.

**Segreteria Scientifica -Organizzativa**

Dott. D. Meringolo, D. Bianchi  
Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Endocrinologia

Ospedale Bentivoglio, Azienda USL di Bologna  
Tel. 051.6644355/358 Fax 051 6644161  
[domenico.meringolo@ausl.bo.it](mailto:domenico.meringolo@ausl.bo.it)  
[davide.bianchi@ausl.bo.it](mailto:davide.bianchi@ausl.bo.it)

**Giornate Medico-Scientifiche Gynepro 2012 - Medicina della Riproduzione e Diagnosi Prenatale: Una decade di progressi**

**18 maggio 2012**

**Royal Hotel Carlton - Bologna**

**DIECI ANNI DI MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE: COSA È CAMBIATO?**

*SESSIONE 1*

La procreazione medicalmente assistita

*SESSIONE 2*

L'apparato riproduttivo femminile

**DIECI ANNI DI DIAGNOSI PRENATALE: COSA È CAMBIATO?**

*SESSIONE 3*

Tecniche invasive e nuove metodiche diagnostiche

*SESSIONE 4*

Evoluzione delle indagini ecografiche

**Iscrizione**

La partecipazione è gratuita ma limitata a 300 iscritti. Il termine per l'iscrizione è il 14 maggio 2012.

**Segreteria organizzativa:**

*GynePro Educationa*  
Via Lame 44 - 40122 Bologna  
Tel. 051.223260 - Fax 051.222101  
[educational@gynepro.it](mailto:educational@gynepro.it) - [www.gynepro.it](http://www.gynepro.it)

**Segreteria scientifica**

Fanny Infante - Cristina Tabarelli - Enzo Troilo  
*GynePro Medical*  
Via T. Cremona 8 - 401327 Bologna  
Tel. 051.442094 - Fax 051.441135  
[info@gynepro.it](mailto:info@gynepro.it) - [www.gynepro.it](http://www.gynepro.it)

**FEDER.S.P.EV.**

Pensionati Sanitari

Sede Bologna: 051/614.53.65

**Più valore alla tua pensione**

Fittasi stanza arredata per uno o due giorni a settimana in via Montebello, 7 (BO) a 230 euro menili. Per info tel. 347/0352623.

Cedesi studio odontoiatrico sito in Castiglione delle Stiviere. Telefonare solo se interessati allo 0376/632728.

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.

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

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. Per info: tel.: 3355431462.

Studio medico in Bologna centro, cerca Dermatologo e Chirurgo Plastico con clientela propria per condivisione ambulatorio con servizi di segreteria ed utilizzo apparecchi laser. Per info Tel. 051.246824.

Affittasi studio medico con parti comuni in condivisione con 2 medici, centrale, arredato, con parcheggio 2 giorni settimana escluso specialisti scienza alimentazione. Per info Tel. 347/8760161.

Affittasi ad.ze S. Orsola luminosa mansarda 4° piano con ascensore vista colli - Ampia sala - Cucina - 2 camere letto - Bagno - Ripostiglio. Disponibilità giugno 2012. Per info tel. 338/8707253.

Affittasi appartamento in zona S. Lazzaro/Rastignano - Piano rialzato composto da ingresso, 2 camere matrimoniali, bagno,

soggiorno, cucinotto. Zona verde e tranquilla. per info Tel. 333/6996348.

Affittasi posto auto coperti e/o garage via Zanolini 38/a. Per info Tel. 051/5884818.

Viale Masini, primo piano affittasi studio dentistico di pregio già autorizzato, adatto a studio associato. Composto da reception e sala attesa, 3 studi, sala sterilizzazione, sala con ortopantomografo digitale, ufficio privato, spogliatoio e 2 bagni. Disponibili anche 3 posti auto. Ambiente ampio adatto anche come poliambulatorio. Tel. 335/5615625. Foto visibili su <http://www.flickr.com/photos/studiomed>.

Studio di psicoterapia a Bologna centro storico, mette a disposizione di uno psicoterapeuta un'ampia e luminosa stanza con possibilità di utilizzo di una sala per gruppi o riunioni. L'importo richiesto per l'utilizzo della stanza ad uso esclusivo è di 600,00 euro, spese comprese. È valutabile l'utilizzo della stanza anche solo per una o più giornate alla settimana. Per informazioni rivolgersi al n. 051/239336 lasciando un messaggio in segreteria.

All'interno di uno studio di psicoterapia, sito nel centro storico di Bologna, si affitta una stanza a medico internista e/o nutrizionista, ad uso esclusivo o per singole giornate. Telefono 051/239336.

Cedesi Studio Odontoiatrico, piano terra (no muri), zona Centro, fuori ZTL, n. 1 riunito con possibilità di aggiungere il 2°, sala attesa e servizi, a norma, autorizzato, avviamento trentennale. Per info Tel. 339/5934071 oppure 337/477012.

Studio odontoiatrico autorizzato zona Ospedale Maggiore affitta unità operativa o in alternativa locale vuoto da attrezzatura a colleghi con clientela propria. Per info Tel. 333/4647597.

Studio odontoiatrico dr. Merci dr. Zaccarelli in via Provinciale Bologna n. 1 a Pieve di Cento - BO. Offre a medici specialisti e collaboratori spazi arredati in contesto funzionale e dotato di ampio parcheggio. Per contatti 051/974834.

Vendo attrezzatura completa ambulatorio di ginecologia e ostetricia in ottime condizioni: colposcopio Zeiss OPM 99 con fibra ottica nuova, rilevatore doppler BCF, lettino ginecologico, carrello acciaio a due ripiani, strumentario vario, tutto come nuovo. Per info Tel. 051/581700.

Poliambulatorio Medico Agorà (ginecologia, odontoiatria, dietologia, flebologia...) autorizzato, dentro Porta Lama, cerca dermatologo per avviare un nuovo servizio di dermatologia, sono disponibili anche ambulatori per altri medici specialisti. Per informazioni Tel. 051/557366 - Cell. 348/6712133 [e.mail coop.agoramedica@gmail.com](mailto:coop.agoramedica@gmail.com).

Affittasi garage per auto in via Zaccherini Alvisi n. 3. Per informazioni telefonare al 051/551143 oppure 051/552066.

Fronte S. Orsola, affittasi luminoso appartamento arredato, 2° piano in piccolo condominio: ingresso, 2 camere, soggiorno, cucinotto, disimpegno, bagno, riscaldamento autonomo. Solo referenziati. Per info 335/6352373.

Fronte S. Orsola, affittasi a specialista studio medico di nuova ed accurata ristrutturazione, arredato, condizionato, in signorile con-

dominio, possibilità affitto anche posto moto in garage. Per info 335/6352373.

Ambulatorio, centro Castel San Pietro Terme, autorizzato non accreditato, ampio e luminoso con possibilità di parcheggio antistante gratuito, affittasi a medici, ginecologi, odontoiatri o specialisti. Sala di sterilizzazione disponibile. Possibilità di personale ausiliario. Offresi e richiedesi massima serietà. Per info tel. 335/306439.

Odontoiatra con esperienza, veloce ed organizzata, master universitario in parodontologia ed implantologia Unibo, si offre per collaborazione in parodontologia, chirurgia mucogengivale ed implantologia. Assistenza ed attrezzatura propria a richiesta. Casi clinici documentati. Massima serietà. Per info tel. 335/306439. Preferibilmente dalle 19,00 alle 20,00.

Vendesi ufficio nuovo 1° piano, parziale mutuo cooperativa, 4 ambienti, doppi servizi, garage + cantina. Via Zaccherini Alvisi - No agenzie. per info Tel. 339/7928906.

Vendesi colline di Zola Predosa casa unifamiliare di circa 250 mq costruita nel 2006. Splendido panorama, comoda ai servizi. Tel. ore serali 348/7803905.

## Norme editoriali

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

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

**Notizie:** testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

**Congressi/convegni/seminari** (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)

Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.

Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nominativi, telefoni, e-mail)

**Annunci:** testo di massimo 500 battute

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