

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLII - N° 5 MAGGIO 2011

IN QUESTO NUMERO

- **Conoscere se stessi: dall'entropia all'empatia**
Francesco Martani, pag. 3
- **Nuova Proposta di legge sulla professione dell'odontotecnico** Andrea Dugato, pag. 7
- **Gli ospedali e l'università a Bologna all'inizio dell'Ottocento nella narrazione di un medico francese** Alessandro Ruggeri e Nicolò Nicoli Aldini, pag. 8
- **Resistenza antimicrobica: l'esigenza di una collaborazione a livello internazionale**, pag. 10
- **Cassazione, no alle operazioni su pazienti senza speranza**, pag. 11
- **L'Istituto Superiore di Sanità traccia il profilo dei pazienti con disturbi psichiatrici gravi**, pag. 13

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 aprile 2011
è stato consegnato in posta
il giorno 31/03/2011

SOMMARIO

ANNO XLII - MAGGIO 2011 N° 5

ARTICOLI

Conoscere se stessi: dall'entropia all'empatia • 3

Nuova Proposta di legge sulla professione dell'odontotecnico • 7

Gli ospedali e l'università a Bologna all'inizio dell'Ottocento
nella narrazione di un medico francese • 8

Resistenza antimicrobica: l'esigenza di una collaborazione a livello
internazionale • 10

Cassazione, no alle operazioni su pazienti senza speranza • 11

L'Istituto Superiore di Sanità traccia il profilo dei pazienti con di-
sturbi psichiatrici gravi • 13

ODONTOIATRI

Attività della commissione Albo Odontoiatri • 15

NOTIZIE

Dalla pagina 16 alla 26

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 27

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 28

CONVEGNI CONGRESSI • 29

PICCOLI ANNUNCI • 31

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

www.odmbologna.it

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

Prof. FABIO CATANI

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

Dott. CARMELO SALVATORE STURIALE

Consiglieri Odontoiatri

Dott. CARLO D'ACHILLE

Dott. ANDREA DUGATO

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. ENNIO CARMINE MASCIELLO

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO

Dott.ssa CATERINA GALETTI

Supplente: Dott. ANDREA BONFIGLIOLI

Conoscere se stessi: dall'entropia all'empatia

Francesco Martani

La scienza dice che tutta la nostra conoscenza deriva dai nostri sensi, dai dati sensoriali che i nostri sensi ci forniscono. Tutto ciò avviene attraverso un apparato biologico molto attivo e selettivo che sa adattarsi ed aspettare, e che sa disporre di una conoscenza a priori delle situazioni più significative.

Tutto ciò è molto importante, perché permette di capire noi stessi e soprattutto di capire la nostra conoscenza come parte del nostro mondo.

Già nelle prime fasi della vita, il mondo del neonato deve essere condotto dai genitori, per evitare tanti dinieghi nell'età adolescenziale, per ridurre gli stress, che poi, quando i processi fisiologici del nostro organismo cominciano a volgere verso la senescenza, siano meno traumatizzanti per arrivare alla vecchiaia più sereni, e in buona salute sotto il profilo sanitario.

Mi sono spesso chiesto perché invecchiamo?, naturalmente la risposta che mi sono dato è la seguente: invecchiamo perché è il destino biologico di tutti gli organismi, ed è importante che avvenga in modo graduale, ed allora si entra in un equilibrio armonico di buona vita, ricco di memoria, di riflessioni, di comprensioni comuni all'esistenza e alla filosofia, di nuovi processi, di nuove intuizioni e di nuove ideazioni.

L'uomo non deve porre limiti alla longevità, poiché anche se già codificata nel suo gene, deve cercare di prostrarla il più a lungo possibile, in particolare dopo il superamento dell'età fertile, attraverso il continuo impiego delle sue capacità, coltivando sia le sue volontà che le sue illusioni; deve rivolgere l'idea del domani, del dopo menopausa od andropausa, del pensionamento, della vecchiaia, ad analizzare la sua interiorità, il suo sé, il suo Io più profondo, e dare forza al suo carattere a quel carattere che l'ha fatto lottare per i molti anni della vita.

Io insegno ai giovani, che già durante la loro

giovane età, quando ancora sono nella vigoria dei muscoli e della psiche, devono rivolgere qualche attenzione alla loro anima, a quell'idea di anima che è recondita in loro.

Io come medico, noi medici, non dobbiamo pensare alla vecchiaia come un periodo che ci prepara alla fine: essa è la fase più importante della vita che continua dopo la giovinezza e la maturità, e che rappresenta quella fase indeterminata nel tempo e nello spazio ricca di tante sensazioni, di tanti accorgimenti, di ideazioni, di esperienze, di consigli, di progettazioni, di sillogismi, di riflessioni plurime, di indagine comportamentale, di sensazioni musicali che permettono di considerarla l'età del vero appagamento.

Noi medici con la possibilità della nostra professione, rivolta ad un continuo rapporto con il paziente, abbiamo anche la possibilità di potenziare la nostra psiche, la nostra coscienza, la nostra cultura, per cui dobbiamo anche pensare che abbiamo anche un senso critico, una volontà, una razionalità ed anche un autorevolezza sul nostro corpo.

La senescenza è l'età nella quale si presentano maggiori segni di disagi psicologici e questi sono i primi a comparire, poiché l'uomo entra in momenti esistenziali nei quali viene a frantumarsi la capacità dell'organismo a mantenersi in un equilibrio stabile, nonostante il variare delle condizioni esterne: è l'inizio di dissociazione fra corpo e psiche spesso correlata a fattori di perdita di affettività e del proprio ruolo familiare e sociale; quindi ci addentriamo nei capitoli dei grandi problemi, delle modificazioni dell'anatomia del corpo e in tal caso del cervello, prodotte da modificazioni biochimiche.

Noi dobbiamo pertanto considerare la lenta e progressiva trasformazione del nostro corpo non come un decadimento ma come una normale modificazione della sua morfologia e dobbiamo rivolgere la nostra attenzione ponendoci quesiti, già nella fase della maturità,

per evitare recriminazioni e seguire il corpo e la sua psiche attraverso un autorevole indirizzo scientifico basato sull'attività fisica (il nostro corpo è una macchina che va continuamente lubrificata) e sull'alimentazione (i cibi ci aiutano a prevenire la maggior parte degli stress del nostro organismo, ed a prevenire e curare i tumori).

La vecchiaia è l'età della vera serenità, perché è quella parte della nostra vita più reale, quella lontana dalle falsità generiche, quella della predominanza della mente sul corpo.

Naturalmente per ottenere un rafforzamento delle nostre idee non dobbiamo lasciarci coinvolgere dagli eventi negativi che ci colpiscono e dobbiamo in questa età esercitare su di noi un po' di coercizione e di coraggio ed essere più curiosi ed animati da nuove ideazioni o pulsioni.

La vecchiaia è la perdita del tempo che ci rimane per vivere, è l'età in cui il nostro corpo si trasforma, gli affetti vanno perdendosi, la sessualità va spegnendosi, le attenzioni di chi ci circonda vanno in senso consolatorio: è l'età in cui diminuisce l'autonomia.

Tutte queste caratteristiche derivanti da una vita vissuta nel lavoro e ricca di esperienze, gettano l'individuo verso un destino tetto, mortificante, perché diventa persecutoria da parte della famiglia, e della società; l'uomo si sente ancora più vecchio ed entra in una crisi profonda riguardante l'integrità del proprio valore personale dei suoi progetti futuri, e dei propri investimenti.

Il presente dell'anziano è legato al passato, ma soprattutto è rivolto a nuove forme di progetti, a nuove speranze, a nuovi desideri.

La terza età, e la quarta età, è l'età dell'anziano, è l'età della grande esperienza e quindi della grande speranza di progettualità, è l'età nella quale, per la prima volta, l'anziano ha conoscenza della limitatezza del proprio tempo.

In questo periodo l'anziano affronta con dinamica inevitabile le traversie negative del periodo, la morte di un coniuge, di un familiare, di un amico caro, un tracollo economico, una lacerazione sentimentale, ma assai spesso inizia questo periodo accompagnato da vari disturbi somatici e psichici, primi rappresentati da dolenzie ai piedi, stanchezza, debolezza, seguiti poi dai secondi di carattere psichico, perdita

di memoria, perdita di sonno, ansia, nervosismo e poi stati di depressione.

Tu vecchio che sei arrivato al viale del tramonto che hai lottato una vita per la tua vita, per la conquista di tutti i beni materiali che desideravi, ora devi vedere il mondo con gli occhi della bellezza perché solo la bellezza è eterna, e tu continuerai il cammino verso un'eternità, quell'eternità che non può accomunare piante e animali perché solo l'essere umano ha la capacità dell'intelletto, della conoscenza, della riflessione, della comunicazione, dell'amore verso il prossimo e quindi verso l'infinito.

Il concetto di sé come autonomo è ormai vecchio, ed aveva valore quando gli individui vivevano in relativo isolamento.

In tempi passati essere padroni di sé rappresentava una strategia di sopravvivenza.

L'individuo, nel senso di sé autonomo, era la forma di coscienza più adatta per confrontarsi in un mondo di vari spazi fisici. La generazione attuale invece è coinvolta maggiormente nel tempo più che nello spazio.

Siamo letteralmente sommersi dalle relazioni virtuali e reali, a mezzo di telefonini, di cellulari, di segreterie telefoniche, di fax e di e-mail, di messaggi di pubblicità delle compagnie di marketing, dalla radio e dalla televisione e da ultimo dal ciber-spazio (spazio elettronico).

Non abbiamo mai un momento libero.

L'elemento centrale della nostra esistenza è l'attenzione dell'altro, la conversazione con l'altro.

Tutto ciò che ho scritto deriva dalle considerazioni scaturite dai tanti colloqui avuti sul trascorso della vita di tanti anziani, nei colloqui con tanti giovani e genitori.

Il vecchio pertanto deve essere un curioso e se diventa tale ha anche ideazione, ed ideazione vuol dire creatività e la creatività esiste a tutte le età.

Essere creativi nell'anzianità vuol dire avere vissuto intensamente tutte le fasi della vita dal primo vagito della nascita alle ulteriori fasi di sviluppo incosciente, sino alla comparsa poi, dell'uso della razionalità.

La creatività distingue l'uomo in tutte le fasi della sua vita dagli altri esseri viventi; chi è creativo è disposto alla buona vita poiché si for-

ma attraverso la conoscenza, l'evoluzione della sua logica, del pensiero.

La creatività, sia ereditata od acquisita, va incentivata, coltivata, innaffiata, concimata come la terra dalla quale proveniamo.

Nel cammino della mia vita ho avuto il piacere e l'onore di conoscere e lavorare con moltissimi artisti e soprattutto pittori e scultori.

Chi si occupa del problema degli anziani deve riflettere con attenzione sulla vita, e sulle opere degli artisti che non hanno soventemente notizie scientifiche o mediche, ma che hanno continuato in vecchiaia a produrre capolavori immortali. Questi creatori hanno smentito tutti gli stereotipi negativi che circolano ancora sull'ultima parte della vita; molti di loro erano malati, soli, spesso emarginati, e tuttavia hanno continuato a percorrere tra mille delusione e difficoltà il cammino che si erano prefissati ed hanno insegnato a tutti noi qualcosa, nonostante l'unicità e l'irripetibilità delle loro esperienze individuali.

Il primo insegnamento che si può ricavare dalla vita degli artisti è il ruolo altamente positivo della loro creatività nell'età avanzata.

Se una casalinga può essere creativa nelle attività domestiche o nei rapporti familiari, un pensionato lo può diventare nel giardinaggio e nei lavori di artigianato; addirittura ho conosciuto un anziano medico invalido che aveva perso qualsiasi capacità produttiva era rimasto creativo a livello mentale ed ha rivissuto e rielaborato dentro di sé pensieri, ricordi e sensazioni.

Ogni qualvolta che mi recavo ad un congresso scientifico in Italia o all'estero mi sono sempre documentato sulla possibilità di incontrare artisti, e quindi poter visitare i loro studi, onde stabilire rapporti culturali. Era per me sommo piacere parlare di un passato che ho creduto per lungo tempo di aver sacrificato in nome dell'indirizzo scientifico intrapreso su suggerimento pratico dei miei genitori, i quali non volevano un figlio che dopo la loro scomparsa decedesse per fame.

Se la scienza mi ha concesso molto e mi ha molto acculturato, l'arte, lo spaziare in quel mondo ricco di una cultura tanto positiva, mi ha permesso accessi ai molteplici spazi del vivere umano. Ogni qual volta conoscevo un artista allargavo la mia indagine al campo dell'estetica, con approfondimenti tecnologici

quali l'impiego del colore, del segno e della materia, i tre cardini consolidati nel mio credo artistico e rassicurati dalla bibliografia dei grandi artisti che personalmente ho conosciuto, soprattutto Morandi, Picasso, Chagall, Max Bill, Burri, Bacon, Mirò, e tanti altri.

L'uomo è definito un essere unico e individuale cioè un organismo vivente distinto da ogni altro della specie o del genere a cui appartiene e come tale ogni individuo ha una propria esperienza e va soggetto a propri cambiamenti e alle proprie modificazioni somato-psichiche in rapporto alla propria esistenza. Tutto ciò che gli accade in positivo e negativo appartiene alla sua vita, che non si disgiunge dalle storie della medesima, dal carattere della sua personalità, dal suo comportamento.

La razza umana va evolvendosi, sempre più la capacità di relazionare con gli altri attraverso i sentimenti e le sofferenze che un tempo primeggiava nel mondo agricolo poi nell'era industriale ora, nell'era della globalizzazione, la coscienza umana va orientandosi verso lo stato d'animo del suo prossimo: vedi neuroni specchio.

Al centro della storia vi è quindi la relazione tra entropia ed empatia.

Entropia: spogliazione sempre più dell'ambiente attraverso l'utilizzo di nuove fonti di energia con deterioramento delle risorse ambientali.

Empatia: immedesimarsi nello stato d'animo di un'altra persona attraverso i neuroni a specchio, messi in evidenza dalle nuove conquiste della biologia delle neuroscienze.

Noi sappiamo che l'ambiente è la natura delle piante con gli animali e che essa nella vita degli uomini è indispensabile per migliorarne la sua esistenza.

Il benessere quindi viene dalla natura. Le piante depurano costantemente l'aria inquinata e la arricchiscono di ossigeno; è il bene primario della certezza del nostro corpo.

Invece di vivere in una villa con piscina ho preferito dedicarmi ad un luogo di cultura, sulla collina emiliana, un ampio balcone sulla pianura senza confini, densa di vite umane; appena lontano il disegno delle Alpi.

Abito al centro di Bologna ma, tutti i giorni, nella mattinata esercito ancora la professione medica, e nelle ore pomeridiane mi dedico

all'arte, dipingo, scolpisco e dirigo un centro di cultura.

Nel luogo che vedrete proiettato e che io chiamo verziere, è stato realizzato attraverso un giusto equilibrio tra campi e boschi, utili all'uomo, dove sono state posizionate in dieci ettari di terreno trentacinquemila piante che colloquiano con 210 sculture di 110 scultori.

Le opere che sono presso la Fondazione di Ca' la Ghironda - Centro Culturale, nel comune di Zola Predosa, nell'hinterland bolognese, sono state scelte secondo criteri di ordine scientifico, filosofico, essendo il sottoscritto un medico che conosce l'anatomia e la fisiologia e che tenta di avventurarsi nella psiche dell'animo umano.

La opere sono state scelte dopo varie meditazioni e colloqui per dare alle generazioni future un nuovo modo di dialogare e di comunicare, aldisopra del corpo, ed affondare le proprie radici nell'animo e soprattutto nella spiritualità dell'amore.

Concludo: con questo mio criterio sullo studio delle note e dei colori dell'animo nella sene-

scenza, attraverso la conoscenza di sé stessi, educandomi ed educando alla salute, tento anch'io dopo 54 anni di professione medica, di portare la mia conoscenza dall'entropia all'empatia per avere salute e benessere che proviene dall'ambiente in cui l'uomo vive e come ci ricorda il collega Dott. Attilio Speciani, che ieri nella seconda sessione – “Come mantenersi in forma e fronteggiare le malattie del benessere tra cui l'obesità e i danni derivati dalla sedentarietà” – ha ricordato che una buona regola di vita corretta è rappresentata da: gradualità, individualità, flessibilità e tono, quattro termini scientifici che sono sorretti da affetto, voler bene, sentire, desiderio, piacere, giustizia, verità, natura, animali, musica, disegno, attrazione fisica, inclinazione, affettività, fare l'amore, nutrire un sentimento, e soprattutto dall'amore per sé stessi e per il prossimo.

Credetemi la mia vita è apparentemente travagliata ma è condotta in modo tale che mi dà ancora la sicurezza e la gioia di vivere nella bellezza.

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

Nuova Proposta di legge sulla professione dell'odontotecnico

Andrea Dugato

“Caro Consocio, sono tornato ieri sera da Roma, dove mi ero recato per incarico dei nostri due presidenti, Prof. Arlotta e Prof. Beretta (rispettivamente del nostro sodalizio e dell'Associazione stomatologica internazionale) per consegnare attraverso la competente autorità governativa un memoriale e la lettera della quale ti accludo copia nelle mani di S.E. il Capo del Governo e Duce del Fascismo.

Mi affretto a farti sapere con lietissimo animo che, dopo sole 24 ore dalla presentazione dei nostri voti sono stato chiamato a Palazzo Viminale, dove S.E. Mussolini, nume tutelare della stomatologia italiana, si è degnato di farmi comunicare che il disegno di legge n. 1711 è stato ritirato.”

Questa lettera firmata dal segretario generale della società italiana di chirurgia della bocca e ortopedia dento-facciale Corradi, tratta dalle “Forze Sanitarie” (organo ufficiale del sindacato nazionale fascista dei medici e degli ordini dei medici), anno III n. 1 del gennaio 1934, si riferisce al disegno di legge sulla sanatoria agli odontotecnici presentato nel 1933.

Nel corso degli anni dal fascismo ad oggi ci sono state svariate proposte in tal senso.

Il primo marzo di quest'anno è stata presentata una nuova proposta di legge intitolata “Disposizioni concernenti la disciplina della professione sanitaria di odontotecnico” da parte di otto firmatari (primo fra questi Marco Rondini). Tale proposta di legge (n. 4125) prevede una formazione universitaria triennale al termine della quale l'odontotecnico risulta un professionista sanitario con possibilità di eseguire atti di verifica di congruità dei dispositivi

medici su misura in campo odontoiatrico, allo scopo di ottimizzare le funzioni del dispositivo stesso. Tali atti di verifica di congruità possono essere eseguiti all'interno di strutture odontoiatriche autorizzate ai sensi della normativa vigente, alla presenza e sotto la responsabilità dell'abilitato all'esercizio della professione odontoiatrica.

Tale proposta di legge adduce come motivazione che solo chi fabbrica un dispositivo medico protesico può individuare con facilità gli eventuali interventi atti ad ottimizzare le funzioni del dispositivo.

Legittimi e autorevoli sono stati i dubbi manifestati dal presidente della maggiore associazione sindacale degli odontoiatri che in un comunicato stampa del 30 marzo evidenzia che tale progetto di legge renderebbe di fatto impossibile contrastare l'esercizio abusivo della professione. Attualmente, infatti, la presenza in uno studio odontoiatrico dell'odontotecnico, non giustificata dal proprio ruolo professionale, indica con facilità una situazione poco chiara che porta alla denuncia di esercizio abusivo della professione. Tali perplessità sono inoltre state segnalate anche al ministro della Salute.

Oggi in Italia le mansioni dell'odontotecnico sono ben precise a differenza di altre nazioni dove esistono odontotecnici che hanno rapporti col paziente e odontotecnici che lavorano solo per l'odontoiatra.

Gli interventi per ritoccare le protesi fanno parte delle competenze degli odontoiatri acquisite in un corso di laurea della durata di sei anni e di una specifica abilitazione.

Gli Ospedali e l'Università a Bologna all'inizio dell'Ottocento nella narrazione di un medico francese

Alessandro Ruggeri e Nicolò Nicoli Aldini

Un interessante reportage sulla situazione degli Ospedali e dell'Università a Bologna nel primo Ottocento viene dalla narrazione che il medico francese Louis Valentin (1758-1829) affida alle pagine del suo libro *Voyage Médical en Italie* pubblicato per la prima volta a Nancy nel 1822 e presto tradotto e stampato anche nella nostra lingua. Diciamo subito che la preoccupazione di offrire al pubblico una versione italiana dell'opera, curata a Torino dal dott. Giovambattista Fantonetti nel 1823, era stata certamente dettata anche dal desiderio di confutare molte delle affermazioni fatte dal viaggiatore straniero sulla situazione della medicina nella penisola italiana che presentava un quadro assai frammentato non solo politicamente, ma anche nella dimensione sociale ed in quella sanitaria.

Tutt'altro che raro all'epoca, ed anche nei tempi precedenti e per molto tempo ancora, era il fatto che i medici, dopo aver compiuto un viaggio diremmo oggi scientifico, ne dessero poi conto pubblicando un saggio della loro esperienza. Piuttosto che un soggiorno in una sola sede, era caratteristico questo modo itinerante di conoscere molteplici realtà, in tutta l'Europa, e gli scritti di Giuseppe Frank, Antonio Scarpa, Salvatore De Renzi, Eugenio Casati, per citare solo alcuni esempi, ne danno testimonianza.

Louis Valentin si era laureato in Medicina a Nancy nel 1787 e successivamente, in qualità di chirurgo militare, aveva soggiornato lungamente nei possedimenti francesi dei Caraibi e negli Stati Uniti. Rientrato in patria nel 1799 si era stabilito a Nancy. La sua attività pubblicitica è stata intensa, e raccoglie numerose opere frutto anche delle molteplici esperienze compiute nel lungo periodo trascorso lontano dalla Francia. Il viaggio in Italia, motivato, pare, dalla necessità di riprendersi da non me-

glio precisati problemi di salute, si colloca ormai a ridosso degli ultimi anni di vita del medico-scrittore. Partendo da Marsiglia raggiunge in nave Napoli ove ha modo di assistere ad un'eruzione del Vesuvio, nel maggio 1820. Il voyage attraverso la penisola inizia dunque dalla città partenopea, e prosegue con un percorso a tappe fra capitali e capoluoghi, per concludersi a Torino, da dove, attraverso la Savoia e la Svizzera, Valentin raggiunge nuovamente il proprio paese. Da un punto di vista medico, il contesto culturale entro cui si muove la narrazione del viaggio è quello del primo Ottocento, ove il perdurante "controstimolo" del Rasori e la Nuova Dottrina Medica Italiana del Tommasini si confrontano, oltralpe, con le idee della "Médecine Physiologique" di Francois Broussais. Proprio questo confronto emerge dalla lettura delle pagine, dove alle numerose affermazioni del Valentin sulla superiorità della medicina francese fanno da puntuale contappunto le molte annotazioni del traduttore Fantonetti impegnato a rivederne criticamente le osservazioni.

Ma veniamo allora alle notizie raccolte durante il soggiorno a Bologna "città grande, sempre ragguardevole per le scienze e per le arti" che ospita "meglio di 60.000 abitanti" e che può contare su "due spedali civili ed uno militare, una casa di lavoro per li miserabili ed una università di grande rinomanza".

Valentin definisce "l'ospedale della città, di ottimo spartimento, e ben arioso" ed aggiunge che "raccetta i febbricitanti e i feriti". Si tratta dunque dell'Ospedale Maggiore, nato dalla fusione degli antichi ospedali della Vita e della Morte e così denominato a partire dal 1809. Qui "per li sette mesi di lezioni alla Università, tiensi in magione da quello spedale dipendente una clinica di quaranta malati, venti di medicina ed altrettanti di chirurgia". La "magione

dipendente” verosimilmente si riferisce all’Ospedale Azzolini, o della Maddalena, situato presso la Porta San Donato ed allora sede temporanea delle cliniche.

Vi è poi “l’Ospedale Santa Orsola, fuori della porta a San Vitale” il quale “dà ricovero a’ cronici, sifilitici e mentecatti, i quali ultimi han sito a parte, senza altra comunicazione col resto dell’ospedale, che per una porta”. Secondo il Valentin “la magione dei matti è ben accolta e novanta sen noveravano. Il dottor Gualandi ne li visita tutti i dì, sendo lor medico [...]]. Sono i furiosi incatenati ai piedi; tuttavia s’usa da breve tempo la giubba di forza”. Vale la pena qui di ricordare come il ricovero di ammalati di mente all’Ospedale S. Orsola sia iniziato nel 1710 e come il Valsalva (1666-1723), che ne ebbe la direzione in quel periodo, sia stato un sostenitore dell’impiego di metodi umanitari nei confronti di questi ammalati. A partire dal 1867, durante la direzione di Francesco Roncati, i “pazzereelli” sarebbero poi stati trasferiti in via Sant’Isaia, nell’ex convento delle Suore Salesiane.

Quattrocento, sempre stando al Valentin, erano all’epoca gli indigenti ospitati del Ricovero di Mendicità, che era situato nell’edificio di San Gregorio [nell’attuale via Albertoni detta per questa ragione anche via del Ricovero], mentre l’Ospedale Militare “non contava che quarantacinque malati”. Infine ciascuna parrocchia stipendiava un medico ed un chirurgo per dare “ajuti nelle case”.

Passando all’Università, essa annoverava “per l’ordinario da 500 a 600 studenti, il maggior numero de’ quali di medicina”, guidati da trentasette Professori. “Bello e ampio n’è il suo edificio, e nel quale sono i gabinetti d’anatomia, storia naturale, mineralogia, fisica, anfiteatri per le scuole, l’osservatorio, e la pubblica biblioteca ricca di 150.000 volumi, e a gran numero di manoscritti, diretta dal distintissimo sapiente il sig. Mezzofanti, professore di lingue orientali nella università, uomo di prodigiosa erudizione, e che parla meglio di venti lingue”.

In effetti dal 1803, con il governo napoleonico, l’Università dal cinquecentesco Palazzo dell’Archiginnasio era stata trasferita a Palazzo Poggi, sede dell’Istituto delle Scienze, in via San Donato [attuale via Zamboni]. Riguardo al Mezzofanti (1774-1849), sacerdote e poi Cardinale oltre che professore universitario, il giudizio del Valentin non fa altro che aggiungersi ai molti di italiani e stranieri che si mostravano stupiti dalla sua eccezionale capacità di padroneggiare le lingue.

Colpiscono il visitatore, nell’Università, i gabinetti di anatomia che “van forniti di bellissimi preparati in cera del Lelli”. Valentin fra le molte opere ricorda “una testa da gigante, quale vedere puossi al suo busto di cera allato il quale serbasi ancora il suo cranio [...]” codesto uomo chiamavasi Luigi Marchetti Bottaro, e fu morto nel 1811”. Un caso di acromegalia, confermato dall’ingrandimento della sella turcica da processo espansivo dell’ipofisi, ben riconoscibile sulla base cranica ancora oggi conservata nel Museo delle Cere Anatomiche “Luigi Cattaneo”, ma del tutto oscuro, riguardo alla patogenesi, al visitatore francese che altro non può fare che riscontrarne le anomalie morfologiche.

Bibliografia

- L. Valentin *Viaggio medico in Italia fatto nell’anno 1820*. (Traduzione G. Fantonetti). Torino Tip. Pomba, 1823.
- G. Cosmacini *Storia della Medicina e della Sanità in Italia*. Laterza ed., 1987.
- AA.VV. *Sette secoli di vita ospitaliera in Bologna*. Cappelli ed., 1960.
- A. Vianelli *L’antica Università di Bologna*. Tamari ed., Bologna, 1978.

Autori

Alessandro Ruggeri - Professore di Anatomia Umana dell’Alma Mater – Curatore del Museo delle Cere Anatomiche “Luigi Cattaneo”, Università di Bologna

Nicolò Nicolò Aldini - Storico della Medicina. Istituto Ortopedico Rizzoli

Resistenza antimicrobica: l'esigenza di una collaborazione a livello internazionale

La resistenza antimicrobica (AMR) è una conseguenza dell'uso eccessivo o scorretto di antibiotici, nonché di inadeguate pratiche di controllo delle infezioni per prevenire il contagio. L'aumento dei livelli di resistenza antimicrobica rappresenta in tutto il mondo una delle principali minacce alla salute pubblica, poiché riduce l'efficacia delle terapie, comporta una maggiore morbilità e mortalità e aumenta i costi dell'assistenza sanitaria. Dato che la globalizzazione rende tutti i paesi vulnerabili alle patologie che hanno origine al di fuori dei loro confini, la resistenza costituisce un'importante minaccia alla salute pubblica mondiale. Nessun paese può adeguatamente proteggere la sua popolazione da solo. La natura mondiale della resistenza ai farmaci antibiotici richiede una risposta a livello mondiale. Un intervento collettivo sul piano internazionale è pertanto assolutamente indispensabile. L'Unione Europea e gli Stati Uniti hanno compiuto un importante passo verso la collaborazione internazionale in questo campo. La crescente minaccia mondiale è stata riconosciuta durante il vertice UE-USA del 2009, a seguito del quale è stata istituita la task force transatlantica sulla resistenza antimicrobica <<http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/TATFAR/Pages/index.aspx>> (TATFAR) per affrontare insieme aspetti urgenti come l'uso corretto degli antibiotici, la prevenzione delle infezioni resistenti ai farmaci e la definizione di strategie per agevolare l'introduzione di nuovi farmaci antibiotici. Il principale compito della task force è definire i settori in cui la collaborazione tra Unione europea e Stati Uniti potrebbe essere più proficua e segnalarli ai leader politici al prossimo vertice UE-USA che si

terrà quest'anno. La task force costituisce anche un'eccellente opportunità per accrescere la comprensione reciproca dei programmi condotti in questo campo su entrambe le sponde dell'Atlantico, approfondire il dialogo transatlantico e promuovere il coordinamento, la collaborazione e lo scambio di informazioni. La Presidenza Ungherese del Consiglio dell'UE ha avuto il piacere di ospitare la seconda riunione bilaterale della task force a Budapest, lo scorso 23 e 24 marzo. Dal canto suo, il Consiglio ha riconosciuto la crescente minaccia che la resistenza ai farmaci antibiotici rappresenta e sta esaminando la situazione nel tentativo di trovare soluzioni pratiche ed efficaci.

Trans Atlantic Task Force on Antimicrobial Resistance (TATFAR) <http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/TATFAR/Pages/index.aspx>

Antibiotic Resistance and Prescribing in European Children (ARPEC) <http://ec.europa.eu/eahc/projects/database.html?prjno=20091101>

WHO - Antimicrobial Resistance Antimicrobial Resistance <http://www.who.int/drugresistance/en/index.html>

WHO - Combat Drug Resistance <http://www.who.int/world-health-day/2011/world-health-day2011-brochure.pdf>
<http://www.who.int/world-health-day/2011/en/index.html>
http://www.who.int/topics/drug_resistance/en

International Federation of Infection Control <http://www.theifc.org/default.asp>

Cassazione, no alle operazioni su pazienti senza speranza

Condannati per omicidio colposo tre medici che hanno provocato la morte di una donna

Violano il codice deontologico i medici che sottopongono ad interventi pazienti 'inoperabili' e afflitti da patologie che lasciano loro solo poco tempo di vita, anche nel caso in cui sia stato proprio il paziente a dare il suo consenso informato all'operazione. Lo sottolinea la Cassazione confermando la condanna per il reato di omicidio colposo nei confronti di tre medici dell'ospedale San Giovanni di Roma che avevano operato, provocandone la morte, una donna di 43 anni che aveva solo 6 mesi di vita per un tumore al pancreas con metastasi diagnosticate e già diffuse ovunque.

La Suprema Corte, con la sentenza 13746 della IV Sezione penale, specializzata in colpa medica, ha confermato la responsabilità del chirurgo Cristiano Huscher, già finito nelle polemiche per altri interventi 'disperati' e i 'camici bianchi' Andrea M. e Carmine N. I supremi giudici hanno condiviso 'il prioritario profilo di colpa' individuato a carico dei sanitari dalla Corte d'Appello di Roma, con sentenza del 28 maggio 2009, per aver violato oltre alle regole di prudenza, anche le disposizioni 'dettate dalla scienza e dalla coscienza' di chi abbraccia la professione medica. 'Nel caso concreto – spiega la Cassazione – date le condizioni indiscusse ed indiscutibili della paziente (affetta da neoplasia pancreaticata con diffusione generalizzata, alla quale restavano pochi mesi di vita e come tale da ritenersi inoperabile) non era possibile fondatamente attendersi dall'intervento un beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita'. Anche se l'intervento, prosegue la Cassazione, era stato 'eseguito in presenza di consenso informato della donna 44enne, madre di due bambine e dunque disposta a tutto pur di ottenere un sia pur breve prolungamento della vita'. 'I chirurghi pertanto – sottolinea la Cassazione – avevano agito in dispregio al codice deontologico

che fa divieto di trattamenti informati a forme di inutile accanimento diagnostico-terapeutico'. Il dottor Huscher, infatti, è stato tratto a giudizio non solo per l'omicidio colposo della paziente, provocato dalla lesione della milza durante l'inutile tentativo di asportarle le ovaie, ma anche per aver preso la decisione 'di voler effettuare l'intervento chirurgico'. La signora, Gina L., morì all'ospedale San Giovanni di Roma la notte dell'11 dicembre 2001, in conseguenza dell'emorragia letale della quale il primario Huscher non si era nemmeno accorto di aver provocato. Poche ore dopo essere uscita dalla sala operatoria, Gina iniziò a stare male e fu necessario addirittura tentare di rianimarla. Nella concitazione della manovra le fratturarono anche lo sterno e due costole. Ad Huscher è stata inflitta la pena ad un anno di reclusione, a Carmine N. quella di dieci mesi e di 8 ad Andrea M.. Il reato però si è prescritto perché sono passati più di 7 anni e mezzo dal delitto. La Suprema Corte, però, ha confermato la colpevolezza dei tre dottori che dovranno, almeno, provvedere al risarcimento civile dei danni morali inflitti ai familiari della paziente privata anzitempo della pur breve vita che le rimaneva. 'Non entro nel merito della vicenda, ma la sentenza della Cassazione documenta ancora una volta la pericolosità del fatto che non ci sono, in Italia, leggi specifiche sull'atto medico. È assurdo che siamo ancora fermi al codice Rocco'. Lo afferma il professor Rocco Bellentone, segretario della Società Italiana di Chirurgia: 'Se le perizie sul caso specifico dimostrano che l'atto non è stato compiuto per fini non terapeutici ma di altro tipo – prosegue – non può che essere positiva'. Ma la sua 'interpretazione' rischia di essere 'devastante, perché toglie al chirurgo la possibilità del rischio calcolato in situazioni disperate' andando a 'ledere la vita

di migliaia di persone che si sono salvate proprio grazie a interventi temerari. Interventi che si sa, possono anche andare male'. Se così fosse, 'nessun chirurgo andrebbe più a operare in situazioni al limite tra il rischio di morte' 'sotto i ferri' e 'la salvezza' afferma il sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella. Si tratta, ha commentato Roccella, di una sentenza 'ragionevole'. Il punto, ha sottolineato il sottosegretario, è che 'comincia ad esserci un'idea dell'autodeterminazione del paziente che può finire per 'squilibrare' l'alleanza terapeutica medico-paziente, tra l'altro a danno del paziente stesso'. La sentenza cioè, ha rilevato Roccella, 'ci dice che il consenso informato del paziente non è tutto e che il medico non può essere solo esecutore della volontà del paziente, ma ha un margine di responsabilità elevato'. In altre parole, ha proseguito, 'il medico deve agire valutando in modo autonomo e non limitandosi ad eseguire ciò che il paziente chiede, dal momento che quest'ultimo non dispone di tutti gli strumenti per una valutazione corretta del suo caso clinico'. Emerge dunque, secondo Roccella, 'la delicata questione del rapporto tra consenso informato da parte del paziente e alleanza terapeutica medico-paziente'. Uno 'squilibrio' in tale alleanza, ha concluso il sottosegretario, 'potrebbe appunto risolversi paradossalmente in un danno per il paziente stesso'. Il 'richiamo' della Corte di Cassazione, dopo aver rilevato la responsabilità professionale tra la morte di una paziente e un errore medico, al codice deontologico è 'giusto', ma le valutazioni ora 'spettano all'ordine professionale' spiega Amedeo Bianco, presidente della FNOMCeO, sottolineando che 'prima di dare un giudizio definitivo bisogna leggere il dispositivo' e che 'bisogna fare attenzione alle sentenze e leggerle bene'. 'Non è la Cassazione, che infatti si limita a richiamare il codice - prosegue - che determina il giudizio disciplinare, che invece compete all'ordine'. Se un atto medico sia 'utile e proporzionato' ricorda Bianco va rilevato secondo 'le leggi delle arti mediche e secondo la responsabilità tecnica ed etica del medico' che deve 'sempre agire in scienza e coscienza sulla base delle migliori evidenze tecniche'. Non bisogna dimenticare però 'che si tratta di equilibri molto delicati' e che 'ogni relazione di cura

è un evento unico e irripetibile'. Bisogna allora indagare 'quale obiettivo si era dato il medico e quale obiettivo aveva illustrato alla paziente' per valutare se l'intervento 'era utile e proporzionato'. Succede spesso, aggiunge, 'che in casi di tumore al pancreas si facciano interventi di palliazione, come la derivazione biliare per evitare l'ittero'. E se a una paziente giovane si prospetta un intervento del genere, che potrebbe allungare di qualche mese la vita, interventi certo, 'su orizzonti molto arditì', è il ragionamento di Bianco, 'si tratta di intervento sproporzionato?'.
Ecco come si è consumato il drammatico intervento chirurgico della donna romana di 43 anni che sperava, così, di poter prolungare fino a tre anni il breve orizzonte di sei mesi di vita che le era rimasto dopo la diffusione di metastasi in tutto l'addome, polmoni compresi: 1) 10 dicembre 2001 - Sulla paziente, ricoverata nell'ospedale capitolino 'San Giovanni-Addolorata' viene eseguita dal primario Cristiano Huscher una laparoscopia per esplorare la cavità addominale della donna. L'equipe pensa di poter individuare nelle ovaie l'origine del tumore e di asportarle, allungando il margine di vita. Ma la situazione è drammatica, il male è ovunque. Per laparotomia, cioè aprendo l'addome, si decide comunque l'asportazione delle ovaie per calcolare il livello di invasività del tumore. Vengono lesi la milza e il legamento falciforme, senza che nessuno se ne accorga. A fine mattinata la donna viene riportata in corsia. 2) In serata, attorno alle 22.30, la paziente inizia a sanguinare nel drenaggio, accorre un altro dottore, Carmine N. Interviene chirurgicamente su di lei poco dopo la mezzanotte, sul letto in corsia, senza anestesia e senza avvisare la guardia medica chirurgica. Non capisce che la milza è da suturare. I valori dell'emoglobina scendono drasticamente. Sopraggiunge l'arresto cardiovascolare. Per venticinque minuti si tenta il massaggio rianimatorio. Invano. Con il solo risultato di fratturare lo sterno e due costole. 3) All'una del mattino dell'11 dicembre la donna muore.

L'autopsia appurerà che aveva una neoplasia pancreaticata con diffusione generalizzata. La lesione alla milza era di 1,5 centimetri e nell'area ristagnavano 200 cc di sangue. Se si

fossero tamponate le ferite provocate durante l'intervento, la paziente sarebbe potuta sopravvivere il breve tempo che le era stato pronosticato.

“Ho piena fiducia e totale rispetto nella magistratura ma credo sia difficile concepire la medicina senza interventi particolarmente difficili che possano garantire nel tempo importanti vantaggi ai pazienti in termini di sopravvivenza e di qualità di vita. E che sono stati sperimentati sempre su pazienti giudicati da tutti come inoperabili. A partire dal primo trapianto di cuore al mondo e dai primi tre trapianti di fegato al mondo. Senza dimenticare che la sperimentazione un certo signor Pasteur l'ha effettuata addirittura su suo figlio, regalando al mondo come sappiamo una delle più importanti scoperte scientifiche della storia”. Lo afferma in una nota il chirurgo Cristiano Huscher, in relazione alla sentenza della Cassa-

zione che ha confermato la colpevolezza di tre medici dell'ospedale S. Giovanni di Roma. Riferendosi al caso in particolare Huscher aggiunge: “Non ho effettuato alcun intervento chirurgico sulla paziente poi deceduta ma un intervento diagnostico in laparoscopia per capire l'origine del tumore che poteva essere alle ovaie oppure al pancreas”. “La paziente – afferma nella nota – è deceduta a causa di un'emorragia a seguito dell'asportazione dell'ovaio, non dalla milza la cui rottura si è verificata durante il massaggio cardiaco, che può avvenire in situazioni di emergenza. Non ho operato la paziente a testa in giù, nessun intervento al pancreas e in generale all'addome superiore viene eseguito facendo assumere al paziente quella posizione”. Inoltre il chirurgo sottolinea che “Il marito della paziente non lo ha mai denunciato ed è sempre stato dalla sua parte”.

L'Istituto Superiore di Sanità traccia il profilo dei pazienti con disturbi psichiatrici gravi

In psichiatria cure inadeguate e in ritardo per la metà dei casi

L'Istituto Superiore di Sanità ha tracciato un profilo dei pazienti con disturbi mentali gravi giunti per la prima volta all'osservazione di una rete di 22 Centri di Salute Mentale (CSM) che collaborano al progetto SEME, Sorveglianza Epidemiologica integrata in Salute Mentale. Dai dati emerge che il 48% dei pazienti individuati ha un grado di istruzione basso, il 47% vive con la famiglia di origine, il 40% è disoccupato mentre solo il 29% ha un'occupazione, l'87% vive in difficoltà economiche moderatamente gravi o gravi. Hanno un'età mediana di 37 anni e sono in lieve maggioranza donne (il 54%). I single sono il 58%.

Nel corso del primo anno di sorveglianza i CSM della rete, hanno segnalato via web al centro di coordinamento dell'ISS, 343 nuove

diagnosi di cui il 42% riguardano disturbi psicotici (schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo schizoaffettivo, disturbo delirante), il 30% disturbi bipolari, il 19% episodi depressivi maggiori con sintomi psicotici o con recente anamnesi di tentato suicidio, e il 9% anoressie nervose.

“Il dato più rilevante da un punto di vista di salute pubblica – dice Antonella Gigantesco, coordinatore del Reparto Salute Mentale dell'ISS – è il riscontro di una latenza molto lunga (mediana: 4 anni), tra la comparsa dei primi sintomi dei disturbi e la presa in carico dei pazienti da parte dei servizi di salute mentale pubblici. Una presa in carico precoce dei disturbi mentali gravi potrebbe con buona probabilità migliorare la prognosi e l'adattamen-

to sociale”. SEME è il primo progetto ad aver sperimentato un sistema informativo che potrà consentire di monitorare nel tempo i casi di specifici disturbi mentali gravi di particolare rilevanza che riguardano pazienti che si rivolgono per la prima volta a una rete sentinella di CSM. Da un punto di vista di salute pubblica, i disturbi mentali, in particolare quelli gravi, costituiscono uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale. L’OMS ha recentemente sottolineato la necessità di raccogliere ed analizzare dati epidemiologici nazionali su questi disturbi, sulla loro diffusione e sui fattori psicosociali ad essi associati. Tali dati permetterebbero agli amministratori e ai servizi di prendere decisioni informate per rispondere più puntualmente ai bisogni di salute della popolazione e migliorare la qualità delle cure. “È la prima volta – prosegue Antonella Gigantesco – che le informazioni relative ai pazienti affetti da disturbi gravi che giungono all’osservazione di una rete di servizi, sono raccolte con una procedura diagnostica standardizzata e riguardano inoltre molti aspetti della storia del paziente, relativi ad esempio alla storia clinica, alla comparsa dei primi sintomi del disturbo e alla fonte di invio ai servizi di salute mentale”.

Solo il 50% delle cure di salute mentale sono veramente adeguate, in particolare per i disturbi gravi. L’identikit del paziente che soffre di questi problemi è quello di persone giovani, che vivono ancora nella famiglia di origine e che vive in difficoltà economica. “Sono soprattutto i casi nuovi – ha spiegato Antonio Lora, presidente della Società italiana di epidemiologia psichiatrica, durante un convegno sulla salute mentale all’Istituto superiore di sanità – quelli che ricevono un trattamento non sempre adeguato e spesso in ritardo. Pro-

tabilmente perché è solo recentemente che ha iniziato ad affermarsi la cultura di un intervento tempestivo nei nuovi casi”.

Un aiuto in tal senso potrà venire dal nuovo sistema di informatizzazione per la raccolta dei dati, ha concluso Lora, “a cui ora ogni Regione dovrà inviare le proprie informazioni e riferirsi. Raccogliendo i dati e monitorando la situazione, sarà più facile organizzarsi e intervenire più tempestivamente”. Nella fotografia dei pazienti con disturbi di salute mentale gravi seguiti dai Centri di salute mentale (Csm) pubblici italiani – realizzata nell’ambito del progetto Seme (Sorveglianza epidemiologica integrata in salute mentale), promosso dall’Istituto superiore di sanità (Iss) e che ha coinvolto 22 CSM in 15 regioni – è emersa che i disturbi colpiscono i giovani (l’età media è di 37 anni), che vivono con la famiglia d’origine (48%), in difficoltà economiche (87%), con una lieve maggioranza donne (54%). Il quadro che emerge racconta di pazienti con un basso grado di istruzione (48%), disoccupato (40%) o in difficoltà economiche (87%) e che ha un impiego solo nel 29% dei casi. Il 58% di loro è single. Nel corso di questo primo anno di sorveglianza la rete dei CSM ha segnalato 343 nuove diagnosi (con un’incidenza di 17,7 casi per roomila) di disturbi mentali gravi: in particolare il 42% è stato di disturbi psicotici, come schizofrenia e disturbo delirante, il 30% di disturbi bipolari, il 19% di episodi depressivi maggiori con sintomi psicotici o un recente tentativo di suicidio, e il 9% di anoressia nervosa. ‘Il dato più rilevante, da un punto di vista di salute pubblica – ha continuato Gigantesco – è che in media trascorrono 4 anni tra la comparsa dei primi sintomi dei disturbi e la presa in carico dei pazienti da parte dei servizi di salute mentale pubblici. Se avvenisse prima, la prognosi sarebbe migliore’.

Attività della Commissione Albo Odontoiatri

Quest'anno rappresenta un momento molto importante per la nostra Commissione, dal momento che si chiude il mandato triennale ordinistico 2009-2011 e si apre il triennio formativo 2011-2013. L'attività formativa è entrata a pieno regime con diversi eventi formativi accreditati. In data 5 febbraio us si è tenuto, presso il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche, organizzato in collaborazione con l'Università di Bologna, l'incontro con il Dr. Domenico Ricucci, nell'ambito del Master di Endodonzia Clinica organizzato dal Dipartimento stesso.

In data 18 marzo us, presso l'Aemilia Hotel si è tenuta la prima sessione del corso pratico dal titolo Hybrid Concept, un nuovo approccio alla sagomatura del sistema canalare. Il 25 marzo si è poi tenuta la prima esercitazione pratica, nelle date 01-04, 08-04, 15-04, 06-05, 13-05, 20-05, 27-05, 10-06, 24-06, 01-07 e 08-07 si terranno le successive, in gruppi di 12 persone ciascuno.

In data 2 aprile us, presso il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche si è svolto un incontro dal titolo "LA CHIRURGIA ESTRATTIVA DEI TERZI MOLARI MANDIBOLARI AD ALTO RISCHIO DI DANNO NEUROLOGICO: LA CORONECTOMIA COME POSSIBILE ALTERNATIVA", sempre organizzato in collaborazione con il Dipartimento stesso.

La Commissione Albo Odontoiatri, ancora una volta desidera ringraziare gli organizzatori, il Dr. Emanuele Ambu ed il Prof. Gian Andre Pelliccioni, nonché tutto il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche, nella persona del suo Direttore, il Prof. Roberto Scotti e del Presidente del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Prof. Carlo Prati.

Tutto questo testimonia come la collaborazione fra Istituzioni, Ordini Professionali ed Università, rappresenti un elemento di grande importanza al fine di garantire la continuità formativa del Dentista dalla laurea alla professione.

Inoltre, ci si desidera complimentare con tutti i Colleghi che numerosissimi frequentano gli incontri formativi, a conferma del desiderio di incrementare le proprie capacità professionali, al fine di garantire un servizio sempre più qualificato a tutela della salute della cittadinanza Bolognese. Siamo convinti che lo sforzo congiunto delle Istituzioni, Ordini ed Università, con i Sindacati, AIO e ANDI, le Associazioni culturali, Cenacolo Odontostomatologico Bolognese, e le Associazioni Scientifiche, possa ulteriormente innalzare il livello professionale dei Dentisti della nostra Provincia di Bologna, venendo a costituire un riferimento di eccellenza per il nostro Paese.

In data 21 marzo us, è entrata in vigore la Lg. 28/2010 la quale impone il tentativo di conciliazione fra Cittadino e Professionista prima di poter accedere ad una causa di merito in ambito civilistico. Il nostro Ordine, in tempi che speriamo molto brevi, dovrebbe ottenere l'autorizzazione ministeriale per poter diventare sede di conciliazione. Appare ovvio che la competenza tecnica dell'Ordine Professionale, congiuntamente alla terzietà di giudizio che deriva dallo stesso ruolo istituzionale degli Ordini, sono garanzia di equità di giudizio, a tutela del Professionista e del Cittadino.

Si esortano i Colleghi a verificare che la polizza assicurativa stipulata in campo di RC professionale preveda la copertura in ambito di conciliazione obbligatoria.

La Commissione, inoltre, ha svolto le proprie mansioni istituzionali: opinamento delle notule, audizione dei Colleghi, conciliazioni stragiudiziali ed audizione dei Cittadini.

La Commissione Albo Odontoiatri

FEDER.S.P.EV.

Pensionati Sanitari

Sede Bologna: 051/614.53.65

Più valore alla tua pensione

I numeri del personale sanitario

La fotografia scattata dal Conto annuale 2009 della Ragioneria generale dello Stato (il rapporto che ogni anno registra numero, caratteristiche e costi del personale pubblico italiano) indica in 734.183 gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale, a fronte dei 732.390 registrati nel 2008. Sul totale del personale, quelli con contratti a tempo indeterminato rappresentano la maggioranza con 693.730 unità, contro le 40.453 unità con rapporti di lavoro flessibili e quindi precari (tempo determinato, interinali, lavori socialmente utili, formazione lavoro e telelavoro). La dirigenza (sia a tempo indeterminato che a rapporto flessibile) con i suoi diversi profili (medici e odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi, infermieri, tecnici e amministrativi non sanitari) conta 157.807 unità a fronte dei 585.377 addetti non dirigenti. La categoria più numerosa della dirigenza (considerando sempre tutti i tipi di contratto) è quella medica con 119.369 unità, seguita dai veterinari con 5.909 addetti e poi dal complesso della dirigenza non medica che conta 21.861 unità. Gli infermieri, invece, con 290.278 unità sono la categoria più numerosa tra i non dirigenti. Entrando nello specifico dell'analisi per il 2009, per quanto riguarda i medici sono 112.861 quelli con un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, ai quali si aggiungono 6.508 unità con rapporti di lavoro flessibili. Le donne medico sono 45.640, pari al 38% del totale, ma la quota rosa raggiunge oltre il 90% tra i medici in part-time (903 su 985), il 57% per i medici a tempo determinato (3.709 su 6.493). Inoltre, solo il 13% dei camici rosa è primario (1.284 su 9.692). Il Conto Annuale conferma poi che il 94,5% dei medici ha un rapporto esclusivo con il SSN e che resta inoltre alta l'età dei camici bianchi: la maggior parte di loro (circa 60mila), siano essi uomini o donne, ha tra i 50 e i 59 anni di età, mentre sono solo 13.500 i medici tra i 30 e i 39 anni. Tra le fila dei farmacisti si contano 2.604 unità, di cui 1.958 donne. Sono 42 i farmacisti part-time, praticamente tutte donne. L'età media diminuisce un po' rispetto ai medici: forte, infatti, tra i farmacisti, è la presenza dei 40enni e anche la quota di professionisti tra i 30 e i 39 anni è consistente. Per avere una vera inversione di età e genere bisogna però arrivare agli infermieri. Su 276.648 infermieri a contratto a tempo indeterminato, ben 212.620 sono donne. I contratti a tempo determinato sono solo una piccola parte, cioè 11.348, anche se con 8.790 anche in questo caso ad avere più instabilità nel lavoro sono le donne. Scende ancora l'età media. La maggior parte degli infermieri, infatti, ha tra i 35 e i 49 anni. Uno spazio a parte occupano infine i direttori generali, sanitari, amministrativi e dei servizi sociali di Asl e ospedali. In tutto 876 unità che possiamo considerare come i veri managers in senso stretto del settore, ai quali è affidata la gestione del complesso delle strutture e dei servizi del Ssn. Poche anche in questo caso le donne manager che complessivamente risultano essere solo 163, pari al 18,6% della categoria. Per quanto riguarda le retribuzioni, la media del Servizio Sanitario Nazionale è di 38.335 euro annui, dove spiccano i 72.036 euro dei medici e i 62.821 euro degli altri dirigenti non medici, a fronte di una retribuzione media annua del complesso del personale non dirigente di 29.977 euro.

* * *

Sperimentazione clinica e professioni sanitarie

Approvato, su proposta del Ministro Ferruccio Fazio, dal Consiglio dei ministri del 10 marzo, un disegno di legge per la riforma della sperimentazione clinica dei medicinali, riordino degli albi e degli ordini professionali, avvio del fascicolo sanitario elettronico per tutti i cittadini. L'attuazione delle norme sulla sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano dovrà attuarsi entro nove mesi dall'entrata in vigore della legge delega, attraverso l'emanazione di uno o più decreti legislativi, acquisito il parere della Conferenza delle Regioni. I decreti dovranno prevedere il riordino, l'individuazione, nonché la riduzione, del numero dei comitati etici con predisposizione di criteri di certificazione, prevedendo in ogni caso almeno un comitato etico per ogni Regione e tenendo in considerazione il numero di Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico presenti; meccanismi di valutazione delle performance delle aziende sanitarie pubbliche nell'ambito delle sperimentazioni cliniche; l'istituzione di un portale di consultazione per il cittadino. Sulle professioni sanitarie, si prevede, con una delega al governo, il riordino della disciplina degli Albi, degli Ordini, e delle relative Federazioni nazionali, dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei farmacisti e dei medici veterinari che saranno soggette alla vigilanza del ministero della Salute. Saranno rafforzati i codici deontologici, la formazione e l'aggiornamento professionale. Si prevede infine il riordino delle attività idrotermali e la promozione del turismo termale.

Verrà istituito per ogni cittadino il Fascicolo sanitario elettronico (Fse), fino ad oggi non disciplinato a livello nazionale da norme di carattere primario o secondario. Il Fascicolo, definito come “l’insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l’assistito”, verrà istituito dalle Regioni nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali a fini non solo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ma anche di studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico.

http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/professioni_sanitarie/

* * *

On line registro europeo trials clinici

Lanciato dall’EMA il registro telematico europeo dei trials (www.clinicaltrialsregister.eu). Lo strumento assicura per la prima volta il pubblico accesso alle informazioni sugli studi di sperimentazione dei farmaci approvati nei 27 Paesi membri dell’UE più Islanda, Liechtenstein e Norvegia. Il database – sottolinea l’EMA – consente anche al pubblico di ricercare informazioni sui trial clinici autorizzati al di fuori dell’Europa, se fanno parte di un progetto di sperimentazione pediatrica. Le informazioni contenute nell’EU Clinical Trials Register* sono estratte da EudraCT, il database europeo dei trials clinici. I dati forniti dagli sponsors degli studi vengono inseriti nel database EudraCT dalle autorità regolatorie nazionali. Gli enti aggiungono a tali informazioni quelle sulle autorizzazioni degli studi e l’opinione dei comitati etici. Lise Murphy, componente del gruppo di lavoro sui rapporti con le associazioni dei pazienti dell’EMA, commenta: “Accogliamo il lancio del registro dei trials clinici, che aumenterà la trasparenza della ricerca e renderà più facile ai pazienti trovare informazioni sugli studi che hanno luogo in Europa. Continuiamo a lavorare con l’EMA per sviluppare ulteriormente il sistema in modo che diventi sempre più utile”.

* * *

Terapie ormonali, articoli e conflitti d’interesse - Uno studio del Georgetown University Medical Center

La terapia ormonale sostitutiva per le donne in menopausa è efficace e sicura? Secondo uno studio del Georgetown University Medical Center di Washington D.C. (Usa) pubblicato su ‘Plos Medicine’, se i medici ricevono dall’industria inviti a intervenire come speaker a eventi, a prestare consulenze oppure ottengono fondi per la ricerca, c’è più possibilità che questi trattamenti vengano poi ‘promossi’ nelle pubblicazioni che firmano questi esperti. In più questi articoli possono influenzare l’attività prescrittiva di altri medici. Negli ultimi 30 anni gli ormoni sostitutivi per la menopausa sono stati al centro del dibattito scientifico e uno studio del 2004 (Women’s Health Initiative) su oltre 26 mila donne ha mostrato i loro rischi, fra cui ictus, trombosi, demenza, incontinenza e anche tumori. Due anni dopo la pubblicazione di questa indagine, però, un sondaggio su oltre 700 ginecologi ha evidenziato che quasi la metà degli specialisti non considerava i risultati della Women’s Health Initiative attendibili. Questo nuovo studio mira invece a capire se negli articoli scientifici sia possibile rintracciare un atteggiamento ‘promozionale’ nei confronti di queste terapie. Gli autori hanno identificato 340 articoli rilevanti, pubblicati fra il luglio 2002 e il giugno 2006, focalizzandosi sugli autori che avevano firmato quattro o più pubblicazioni sul tema. Anche se la maggior parte degli articoli è apparsa scientificamente accurata, in 50 testi veniva suggerito che i trials clinici non dovrebbero essere la base su cui si costruisce il trattamento dei singoli pazienti, che i rischi associati con la terapia ormonale sostitutiva sono stati descritti con esagerazione, e che i benefici sono stati o saranno comunque provati. Sui 10 autori più produttivi, è emerso che otto avevano ricevuto pagamenti per congressi o consulenze da aziende produttrici di questi farmaci. E che 30 dei 32 studi che promuovevano il trattamento sono stati firmati da autori con potenziale conflitto d’interesse. In sintesi, gli articoli che promuovono la terapia sostitutiva hanno il doppio delle possibilità di essere scritti da autori con potenziali conflitti d’interesse. “Potrebbe esserci una connessione tra i fondi dell’industria per la ricerca, i congressi, le consulenze – sottolinea gli esperti – e la pubblicazione di articoli promozionali sulla terapia ormonale. I medici devono quindi fare attenzione quando li leggono”.

* * *

Rapporto Oasi 2010 sulle aziende sanitarie italiane

Presentato a Napoli il rapporto 2010 dell'Osservatorio sulla funzionalità delle aziende sanitarie italiane (Oasi) del Cergas Bocconi. Dallo studio emerge che il disavanzo medio nazionale pro capite (54 euro) è stato solo leggermente inferiore a quello 2008-09, confermando l'incapacità del Ssn di rispettare i tetti di spesa, con una situazione molto eterogenea a livello regionale. Lazio, Campania e Sicilia hanno generato 2/3 dei disavanzi accumulati nel periodo 2001-09. Friuli, Lombardia e Provincia di Trento presentano i disavanzi più contenuti. Leggermente inferiore rispetto alla media nazionale la spesa in Campania (3,9% rispetto al 4,4). Il finanziamento del Ssn ha intanto raggiunto il 7% del Pil (6,6% nel 2008), comunque insufficiente a coprire interamente la spesa.

* * *

Rapporto del Ministero della Salute: ricoveri ospedalieri -1,77% nel 2009

Il Rapporto del Ministero della Salute sull'andamento dei ricoveri ospedalieri in Italia nel 2009 segnala un significativo calo. Nel 2008 i ricoveri acuti erano stati 7.721.823, mentre nel 2009 sono stati 7.686.269 con una riduzione pari all'1,77%. Calano i day hospital (-8,74%) e quelli riabilitativi (-13,27%). Stabili le lungodegenze (+0,33%), mentre aumentano i ricoveri in regime riabilitativo (+3,50%). La Lombardia si conferma la Regione che assiste il maggior numero di malati provenienti da tutta Italia (157.383, di cui 60.606 dal Sud). La Campania segna l'esodo di massa più elevato (89.119 cittadini).

* * *

Obesità: incide sul rischio di morte. Se la durata è di oltre 5 anni raddoppia il rischio

L'obesità e la sua durata incidono sul rischio di morte. Se prolungata tra i cinque e i 15 anni raddoppia il rischio. E addirittura triplica tra i soggetti con più di 15 anni di obesità. Lo rivela una ricerca australiana analizzando i dati del Framingham Heart Study, un database che raccoglie i dati di oltre 5mila individui seguiti per 48 anni, a partire dal 1948. Il gruppo di studio è riuscito a calcolare anche che ogni 2 anni aggiuntivi di obesità la mortalità risulta aumentata del 6-7%.

* * *

Trasmissione telematica dei certificati di malattia - Particolari disposizioni per la Polizia di Stato

Comunicazione FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri). Nota del Ministero dell'Interno: Ai Presidenti degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, ai Presidenti delle Commissioni per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri. Cari Presidenti, si ritiene opportuno trasmettere la nota inviataci dal Ministero dell'Interno inerente alla trasmissione per via telematica dei certificati di malattia e alle particolari disposizioni previste dalla normativa vigente per la Polizia di Stato (All. n. 1). Con la sopraccitata nota il Ministero dell'Interno ha segnalato a questa Federazione "comportamenti difformi" da parte dei medici convenzionati in ordine alla certificazione rilasciata al personale appartenente alla Polizia di Stato. È bene subito ribadire che ai sensi della normativa vigente al personale appartenente alla Polizia di Stato deve essere rilasciato esclusivamente il certificato medico in forma cartacea, con prognosi e diagnosi. I medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale nel caso di specie, quindi, non debbono inviare il certificato per via telematica. Come noto, infatti, l'art. 55-septies del D.Lgs. 165/01, introdotto dall'art. 69 del D.Lgs. 150/09

recante "Controlli sulle assenze", dispone che in tutti i casi di assenza per malattia la certificazione medica inviata per via telematica direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria che la rilascia all'Istituto nazionale della previdenza sociale, secondo le modalità stabilite per la trasmissione telematica dei certificati medici nel settore privato dalla normativa vigente. L'inosservanza degli obblighi di trasmissione per via telematica della certificazione medica concernente assenze di lavoratori per malattia costituisce illecito disciplinare e, in caso di reiterazione, comporta l'applicazione della sanzione del licenziamento ovvero, per i medici in rapporto convenzionale con le aziende sanitarie locali, della decadenza dalla convenzione in modo inderogabile dai contratti o accordi collettivi. La normativa inerente ai certificati di malattia sopraccitata è stata estesa ai sensi dell'art. 25 della legge 183/10 anche ai dipendenti dei datori di lavoro privati al fine di uniformare il regime legale del rilascio e della trasmissione dei certificati in caso di assenza per malattia. Restano escluse dal campo di applicazione di tali disposizioni il personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del D.Lgs. 165/01 (magistrati, avvocati dello Stato, professori universitari, personale appartenente alle forze armate e alle forze di polizia, corpo nazionale dei vigili del fuoco, personale delle carriere diplomatiche e prefettizie e le altre categorie che ai sensi del citato art. 3 sono disciplinate dai propri ordinamenti). Per queste categorie i medici compilano i certificati ancora nella forma cartacea e le amministrazioni accettano i relativi documenti nella stessa forma con le consuete modalità di produzione o trasmissione da parte del dipendente interessato. Inoltre il Ministero dell'Interno nella nota allegata pone in evidenza la previsione di cui all'art. 61 del DPR n. 782 del 1985 che dispone che "Il personale della Polizia di Stato che per ragioni di salute non ritenga di essere in condizione di prestare servizio deve darne tempestiva notizia telefonica al capo dell'ufficio, reparto o istituto da cui dipende, trasmettendo, nel più breve tempo possibile, il certificato medico da cui risulti la diagnosi e la prognosi". Ciò detto, nell'invitare tutti gli Ordini provinciali a dare nell'ambito della propria competenza territoriale la massima diffusione alla nota del Ministero dell'Interno, è parere di questa Federazione che problemi di difformità sul territorio nazionale in ordine alla fattispecie indicata in oggetto non derivino da una errata interpretazione della legge da parte dei medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, ma nella gran parte dei casi dalla mancata richiesta del certificato medico cartaceo da parte dei dipendenti sopraccitati esclusi dal campo di applicazione della nuova normativa.

Cordiali saluti

All. n. 1

Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale di Sanità

OGGETTO: Trasmissione per via telematica dei certificati di malattia. Particolari disposizioni per la Polizia di Stato.

*Alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri
e per conoscenza: Alla Segreteria del Dipartimento della Pubblica Sicurezza*

Come è noto il Dipartimento della Funzione Pubblica con la Circolare n. 2 del 28 settembre 2010, nel fornire indicazioni operative relativamente all'avvio del sistema di trasmissione telematica dei certificati di malattia, ha precisato che la applicabilità dell'articolo 55 septies del DLgs 165/01, introdotto dall'articolo 69 del DLgs 27 ottobre 2009, n. 150, riguarda il personale ad ordinamento privatistico e che pertanto la norma non riguarda direttamente il personale in regime di diritto pubblico di cui all'articolo 3 del medesimo decreto (magistrati e avvocati dello stato, professori universitari, personale appartenente alle forze armate e di polizia, corpo nazionale dei vigili del fuoco, personale delle carriere diplomatiche e prefettizia, categorie che, ai sensi del menzionato articolo 3 sono disciplinate dai propri ordinamenti), per il quale rimane vigente la tradizionale modalità cartacea.

Tanto premesso, numerosi uffici di questa Amministrazione, preposti alla trattazione delle assenze per malattia, segnalano comportamenti difformi, dalle disposizioni contenute nella predetta Circolare, da parte di medici convenzionati con il SSN, i quali, anche in presenza di esplicita richiesta dei loro assistiti appartenenti alla Polizia di Stato, adottano la procedura di trasmissione telematica, rilasciando, come previsto per altre categorie di lavoratori, esclusivamente il modulo a stampa, costituente ricevuta di trasmissione, privo di firma e timbro e, talora, anche di diagnosi.

In proposito, si rappresenta che, per il personale della Polizia di Stato, tali documenti non possono essere accettati per la giustificazione della assenza per malattia, stante l'obbligo che la certificazione medica riporti l'indicazione di diagnosi e prognosi come previsto dall'articolo 61 del DPR 28 ottobre 1985, n. 782 e dalle "Linee guida in materia di trattamento dei dati personali di lavoratori per finalità di gestione del rapporto di lavoro in ambito pubblico" emanate dalla competente Autorità Garante in data 14.06.2007.

In relazione a quanto sopra, si richiede un cortese intervento di codesta Federazione affinché, attraverso le modalità di comunicazione ritenute più idonee, sensibilizzi gli iscritti agli Ordini provinciali ad attenersi alle direttive della succitata Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica rilasciando ai propri assistiti, appartenenti ai ruoli della Polizia di Stato, le certificazioni di malattia nella tradizionale forma cartacea. Si ringrazia per la collaborazione.

Il Direttore Centrale - O. Cuomo

* * *

Ministero della Salute - Statistiche, Personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Il Ministero rende nota la monografia sul Personale dipendente del Servizio sanitario nazionale (anno 2008), a cura della Direzione generale del Sistema informativo, Ufficio di Direzione statistica. Nel 2008 il personale ammonta a 638.459 unità, in diminuzione rispetto alle 649.248 unità del 2007, e risulta così ripartito: il 70,0% ruolo sanitario, il 18,1% ruolo tecnico, il 11,7% ruolo amministrativo e lo 0,2% ruolo professionale. Nell'ambito del ruolo sanitario, il personale medico è costituito da 105.792 unità e quello infermieristico da 160.787 unità; il rapporto fra infermieri e medici, a livello nazionale, si attesta sul valore di 2,5 infermieri per ogni medico. Nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate operano 98.898 medici e 246.691 unità di personale infermieristico (non è compreso il personale universitario). Per quanto riguarda la distinzione del personale del SSN per sesso, 239.614 sono gli uomini che vi lavorano, divisi nei diversi ruoli e 398.845 (63,4%) le donne. Il personale dipendente del SSN è costituito dal personale delle Aziende Sanitarie Locali, compreso quello degli istituti di cura a gestione diretta, dal personale delle Aziende Ospedaliere e dal personale delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1489_allegato.pdf

* * *

Sul sito del Ministero della Salute tutte le consulenze, i curricula e le retribuzioni

Curricula e compensi dei dirigenti; indirizzi di posta elettronica dei diversi uffici; incarichi retribuiti e non retribuiti e curricula dei collaboratori e membri delle commissioni; contratti integrativi e premi distribuiti ai dipendenti; servizi erogati agli utenti finali; dati su lavori, servizi, forniture, compresi bandi di gara e tempi medi di pagamento ai fornitori. Sono alcuni dei dati che il ministero della Salute pubblicherà in maniera organica sul proprio portale in base al "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità". E per trasparenza si intende, spiega una nota, "l'accessibilità totale delle informazioni relative ad ogni aspetto dell'organizzazione, agli indicatori relativi agli andamenti gestionali, ai risultati dell'attività di misurazione e valutazione e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali". Come afferma anche il ministro della Salute, Ferruccio Fazio: "Sono sempre stato un convinto assertore dell'importanza di garantire la massima trasparenza dell'Amministrazione. Si tratta di un processo di apertura ai cittadini, alle loro esigenze, che implica cambiamenti organizzativi, sviluppo tecnologico e un nuovo modo di comunicare. Questo processo si sta sviluppando principalmente grazie ad internet e alle possibilità di dialogo e partecipazione che offre il web". "La promozione della partecipazione - continua il ministro - consentirà a tutti l'accesso alle informazioni del ministero, consentendo anche l'esercizio di forme di controllo nel rispetto dei principi enunciati nell'art. 97 della nostra Carta Costituzionale". In questo contesto il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, che è stato elaborato con la partecipazione dell'intera Amministrazione sanitaria, "è lo strumento principale - si legge nella nota - per garantire a tutti un adeguato livello di informazione e di legalità, tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità. Il ministero della Salute è stato tra le prime Amministrazioni ad acquisire il previsto parere favorevole espresso dal Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti".

<http://www.salute.gov.it/ministero/sezMinistero.jsp?label=trasp>

* * *

Cassazione, ricetta in bianco è reato

Stop alle ricette in bianco anche per i malati cronici. Lo dice la Cassazione: la prescrizione in bianco costituisce falsità ideologica in quanto "il farmaco non è un comune bene di consumo poiché oltre a essere utile è un prodotto pericoloso anche in condizioni normali di utilizzazione, il cui acquisto deve pertanto essere effettuato sotto il controllo del medico". La vicenda ha come protagonisti un medico convenzionato con la Asl di Frosinone, e due farmacisti. Come ricostruisce la sentenza 13315 il medico consegnava ricettari di prescrizioni mediche a lui intestati e dallo stesso firmati e timbrati in ogni foglio in bianco ai titolari di due farmacie che provvedevano di volta a volta a riempire le ricette in ogni loro parte e con l'indicazione dei farmaci a carico del Ssn. In seguito a una perquisizione, sono state rinvenuti ricettari in bianco già firmati e timbrati dal medico, nonché agende con annotati i nomi dei pazienti in carico al dottore e il relativo codice sanitario regionale. In pratica, questi ultimi per cortesia e a fronte dell'esibizione di scatole vuote si recavano nelle due farmacie per avere la consegna di medicinali in regime di convenzione, alla cui regolarizzazione avrebbero poi provveduto i farmacisti, facendo firmare al medico di base la prescrizione già da loro compilata.

* * *

Dai sepolcri del Policlinico di Milano la mappa delle malattie dal 1400

Vita, morte e malattie dei milanesi sepolti nel cuore della città dal 1473 al 1695, sulle tracce della prima vittima dell'epidemia di peste del 1630, narrata dal Manzoni nei Promessi Sposi. Ricostruire la mappa della salute della Milano che fu, fino a ridare un volto simulato in 3D a chi vi ha abitato in oltre 2 secoli di storia, è la nuova sfida del medico legale Cristina Cattaneo. Dal Dna di Yara a quello (tutto da cercare) di almeno 500 mila pazienti deceduti nel primo ospedale della Lombardia. Luogo di indagine i sepolcri del Policlinico, una vera e propria città dei morti – l'unico esempio italiano di necropoli cittadina rinvenuta – che si estende per decine di metri quadrati sotto la cripta della Chiesa di Santa Maria dell'Annunciata. Un tappeto di ossa spesso 2 metri nel ventre della Ca' Granda. L'ambizioso progetto è stato presentato oggi nella Chiesa dell'Annunciata, a conclusione dell'edizione 2011 della Festa del Perdono della Fondazione Policlinico. "Una maratona", così come l'ha chiamata il presidente Giancarlo Cesana, che dopo l'inaugurazione solenne di venerdì scorso con l'arcivescovo di Milano, cardinale Dionigi Tettamanzi, ha ripercorso la storia della Ca' Granda fino ai suoi albori, passando dagli anni di piombo che per l'ospedale Maggiore si riassumono tutti in una data: il 17 febbraio 1981, quando il direttore sanitario Luigi Marangoni fu ucciso dalla Brigate rosse.

Gli studi sui sepolcreti, "una sorta di registro sanitario laico", li definisce Cesana, coinvolgeranno "un team multidisciplinare di esperti in parte ancora da arruolare", spiega Cattaneo, docente di medicina legale e antropologia dell'Università Statale milanese, a capo del Labanof (Laboratorio di antropologia e odontologia forense). L'impresa, infatti, è appena cominciata. "La prima esumazione ufficiale è di circa un mese fa" e le ossa analizzate finora appena "una ventina". Resti che però hanno già una storia tutta da raccontare. L'idea di Cristina Cattaneo – che per ora sta lavorando al progetto insieme a Francesca Vaglianti, docente di Storia medievale dell'ateneo Statale milanese, e all'archivista Paolo Galimberti, responsabile del Servizio beni culturali della Fondazione Irccs Ca' Granda – è quella di incrociare i dati che emergeranno dalla 'lettura' delle salme del cimitero del Policlinico con quelli dei 'Mortuorum libri' conservati nell'Archivio di Stato di Milano: 287 in tutto, che censiscono circa un milione e mezzo di morti segnalate in città fra il 1452 e il 1801. Una miniera dal valore storico inestimabile, "il primo e il più completo esempio in tutta Europa di registrazione civile di decessi – precisa Vaglianti – che gli inglesi ci hanno 'copiato' compilando i 'Bills of Mortality' di Londra, dai quali è nata la scienza demografica moderna". Quella avviata dagli studiosi milanesi è quindi un'operazione "Liber mortuorum versus Record

osteologico”, dice Cattaneo: da un lato il libro dei morti, redatto grazie al lavoro autoptico del medico necroscopo, che porta a porta entrava nelle case esaminando cadaveri per definire le cause di morte, dall’altro l’analisi dei resti – “un po’ ordinati per forma, ossa lunghe da un lato e teschi dall’altro, ma in stragrande maggioranza mescolate alla rinfusa” – dai quali capire di che malattie avevano sofferto i ‘proprietari’ anche prima di morire.”Con ogni mezzo a nostra disposizione, da quelli di base più economici fino alle più sofisticate ricostruzioni in 3D – promette la ‘regina’ dei gialli da risolvere – cercheremo di stimare l’età e il sesso dei corpi sepolti sotto questo pavimento, di ricostruirne la corporatura e se possibile anche il volto, di indagare sulle loro malattie” e persino – ecco il sogno – di trovare “corrispondenze” o quantomeno “parallelismi” fra il cimitero e l’archivio. Tra i corpi tornati polvere e le vite raccontate dai registri. Al lavoro già ‘certosino’ delle indagini paleodemografiche e paleopatologiche, Cattaneo e colleghi cercheranno di affiancare anche analisi genetiche e tossicologiche, per capire addirittura come si curava la Milano di 6 secoli fa. Risalire al ‘codice della vita’ partendo dalle ossa sarà un’impresa ardua, premette l’esperta, perché il Dna potrebbe non essere sopravvissuto al tempo e all’umidità. Ma sono state trovate anche ciocche di capelli, e forse qualche analisi genetica sul Dna mitocondriale nascosto nelle vecchie chiome sarà possibile.”Uomini e donne, adulti e bambini, persino qualche animale domestico. Qui sotto c’è proprio di tutto”, assicura Cattaneo. “Ossa ammassate tra il 1473, quando la Ca’ Granda iniziò la sua attività assistenziale – ricorda Galimberti – e il 1695, quando anche per le proteste dei cittadini che si lamentavano di miasmi e ‘mal’aria’, il cimitero si spostò all’attuale Rotonda della Besana e poi a fine Settecento fuori dalle mura di Milano”. Dal sepolcro del Policlinico sono passati anche i ribelli delle 5 Giornate del 1848, prima di essere traslati in quella che è ancora l’omonima piazza. E secondo i cronisti del tempo continuerebbe a riposare qui, ossa fra le ossa, il soldato Pietro Antonio Lovato o Pier Paolo Locati, ‘paziente zero’ della peste manzoniana, ricoverato al Maggiore nel 1629, lì morto e sepolto. Il primo untore. ‘Voci’ da un passato ancora più lontano arrivano dai circa 15 mila casi finora analizzati nei registri dell’Archivio di Stato. Come quella del “medico della peste Dionigi da Norimberga, che sopravvisse all’epidemia per 3 anni pur visitando ogni giorno”, puntualizza Vaglianti. Il segreto? Si cambiava la palandrana, oggi camice, almeno due volte al giorno. Ma ritrovano il loro passato anche alcuni dei 20 resti già analizzati dall’équipe di Cristina Cattaneo, come il gomito anchilosato che si pensa appartenne a un bimbo di 8-10 anni con una forma avanzata di artrite reumatoide o psoriasica. O come il cranio femminile visibilmente contuso che forse, spulciando il libro dei morti, potrebbe corrispondere a quello di un’anziana 90enne con la mente ormai annebbiata dal tempo, uccisa nel 1452 con una pietra o forse caduta. “Nuovi particolari fra qualche mese”, chiude Cattaneo. L’appuntamento con la storia è per mercoledì 22 giugno, dalle 9:30 nell’Aula Milani della Fondazione Ca’ Granda. www.antropostoria.unimi.it

* * *

In Usa arriva la “app” scova-trial dedicata a iPhone e iPad collegata al database ClinicalTrials.gov

Un’applicazione per iPhone e iPad che consente di visualizzare tutti i trial clinici in corso negli Stati Uniti. Uno strumento, gratuitamente scaricabile da iTunes, particolarmente utile per i pazienti in cerca di una sperimentazione alla quale partecipare, in varie aree terapeutiche. La novità, chiamata ‘Clinical Trials Mobile’, è stata messa a punto da Ppd, un’organizzazione che offre servizi di vario genere nel settore della ricerca scientifica. La stringa di ricerca per parola chiave consente agli utenti di passare in rassegna le risorse del database ufficiale ClinicalTrials.gov, dove vengono registrati tutti gli studi in atto su nuove cure. In totale contiene oltre 100 mila trial clinici che si svolgono in Usa, ma anche in altri Paesi del mondo, quando si tratta di indagini multicentriche. La ricerca con la nuova ‘app’ è possibile per luogo, genere, età e altri criteri. ‘Clinical Trials Mobile’ fornisce inoltre dettagli specifici come i criteri di eleggibilità per la sperimentazione e i contatti dei centri coinvolti. Le varie ricerche possono essere salvate o inviate per email. Sia ricercatori che pazienti possono infine registrarsi sul database di Ppd ClinicalTrials.com database, che li avvertirà quando saranno disponibili nuovi studi che rispondono alle loro esigenze.

* * *

Italiani su BMJ, paletti per pubblicità on line - Esperti Università di Firenze, rischio messaggi ingannevoli e fuorvianti

'Paletti' ad hoc contro pubblicità ingannevoli sui motori di ricerca in tema di salute e medicina. Utilizzandoli, infatti, gli utenti del web rischiano di incappare in pubblicità "ingannevoli e fuorvianti", proposte da industrie che operano in ambito sanitario. L'allarme a tutela dei cybernauti arriva da un articolo pubblicato sul 'British Medical Journal' BMJ 2011; 342:c5778 da Marco Masoni, Maria Renza Guelfi e Gian Franco Gensini, preside della Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze. "A partire da febbraio 2009 - spiega Masoni - abbiamo monitorato per mesi gli annunci sponsorizzati restituiti da Google utilizzando le parole chiave *laetrile* ed *essiac*, due sostanze spesso chiamate in causa come possibile cura nei confronti di patologie oncologiche e per le quali non esiste alcuna evidenza di efficacia. I dati hanno evidenziato che, talvolta, i link sponsorizzati provenienti da industrie che operano in campo sanitario indirizzano a pagine web contenenti informazioni non pertinenti rispetto alle parole chiave. Abbiamo così individuato una particolare modalità con cui le industrie farmaceutiche attraggono gli utenti della rete, per aumentare il numero di accessi ai loro siti web. Questa tecnica, che privilegia l'etica del marketing rispetto all'etica medica, non è affatto rara". "È tempo - dice Guelfi - che le agenzie di regolamentazione si muovano da un approccio reattivo a uno proattivo nei confronti di Internet, e considerino non solo l'annuncio ma anche la parola chiave che ne produce la visualizzazione".

* * *

Ministero della Salute - Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale

I recenti e profondi cambiamenti dello stile di vita delle famiglie e dei singoli hanno determinato per un numero sempre più crescente di individui la necessità di consumare almeno un pasto fuori casa, utilizzando la ristorazione collettiva (scuolastica, ospedaliera, aziendale, commerciale). Nella ristorazione collettiva è, dunque, di fondamentale importanza sia elevare il livello qualitativo dei pasti, mantenendo saldi i principi di sicurezza igienica, di qualità nutrizionale e organolettica, di corretto utilizzo degli alimenti sia, allo stesso tempo, favorire scelte alimentari nutrizionalmente corrette, tramite interventi di valutazione dell'adeguatezza dei menù e la promozione di alcuni piatti/ricette. A riguardo, l'OMS nel piano d'azione 2008-2013 Strategia globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, pone come obiettivi primari quelli di esortare gli Stati membri a sviluppare cornici di riferimento per le politiche nazionali, a definire programmi, a scambiare le proprie esperienze, ad implementare e integrare gli interventi e le strategie di prevenzione nelle politiche dei Governi, con il coinvolgimento di tutti i Ministeri. L'OMS e l'UE, alla luce della notevole incidenza e prevalenza delle patologie cronico-degenerative a carattere nutrizionale, hanno sinergicamente pianificato una politica internazionale finalizzata all'adozione di abitudini di vita salutari da parte della popolazione. Rientrano tra le principali iniziative: promozione di attività di comunicazione, accordi, interventi mirati a gruppi di popolazione ad alto rischio, nonché l'adattamento dei sistemi sanitari per garantire cure efficaci e continuità assistenziale. Il Ministero della Salute è attivamente impegnato nella definizione di una strategia globale volta alla promozione degli stili di vita salutari e alla riduzione delle malattie non trasmissibili. Tra le problematiche di interesse vi sono anche quelle legate alla ristorazione collettiva. Nel merito il Ministero si è già interessato della ristorazione scolastica con l'istituzione di un gruppo di lavoro specifico che ha definito le linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1248_allegato.pdf.

Nel documento, pubblicato in G.U. n. 134 del 11 giugno 2010, vengono presi in considerazione temi quali: la ristorazione come sistema gestionale, ruolo e responsabilità delle varie istituzioni coinvolte, criteri per la definizione del capitolato, aspetti nutrizionali, caratteristiche del menù, valutazione della qualità nutrizionale. Le linee di indirizzo partono dall'esperienza maturata da realtà locali: regioni, comuni, SIAN. Altra tematica di rilievo e grande attualità è la ristorazione ospedaliera e assistenziale. Il Consiglio d'Europa ha recentemente ribadito che la ristorazione ospedaliera è parte integrante

della terapia clinica e che il ricorso al cibo rappresenta il primo e più economico strumento per il trattamento della malnutrizione. La malnutrizione, problema misconosciuto e/o sottovalutato, spesso presente già all'inizio del ricovero, aumenta durante la degenza, particolarmente negli anziani e nei lungodegenti, e comporta elevati costi, sia diretti (correlati alla patologia), sia indiretti (in termini socio-psicologici, aumentata vulnerabilità alla malattia, ricoveri ripetuti, ecc.). Le problematiche connesse alla ristorazione negli ospedali e nelle strutture assistenziali sono state affrontate da un tavolo tecnico appositamente istituito presso la Direzione Generale per la Sicurezza degli Alimenti e della Nutrizione che si conclude con l'elaborazione delle Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1435_allegato.pdf.

Il documento, approvato in Conferenza Stato Regioni il 16 dicembre 2010, pubblicato in G.U. n. 37 del 15 febbraio 2011, si prefigge lo scopo di stabilire i principi generali per la ristorazione ospedaliera e assistenziale e di presentare un modello da proporre a livello nazionale, al fine di rendere omogenee le attività connesse con la ristorazione, intese a migliorare il rapporto dei pazienti ospedalizzati con il cibo (ad esempio favorendo l'utilizzo di prodotti che esprimano la tipicità delle produzioni agroalimentari del territorio e che rivalutino il rispetto dei criteri di stagionalità, qualità e delle abitudini alimentari dei pazienti e con ripercussioni positive sulle economie locali e sull'impatto ambientale) e riconosce quali elementi portanti la centralità del paziente ospedalizzato e il rispetto delle sue esigenze nutrizionali specifiche. L'attuale situazione italiana vede infatti una disomogeneità marcata tra le Regioni e, spesso, tra le diverse strutture nell'ambito della stessa Regione. Tale disomogeneità non si manifesta soltanto a livello di qualità nutrizionale, ma anche nell'approccio alle varie problematiche quali, ad esempio: modalità di distribuzione del pasto, livello di conoscenza degli operatori, figure professionali impiegate, diversa consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella promozione della salute, mentre la Nutrizione deve essere inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura. La ristorazione in ospedale deve divenire un momento di educazione alimentare e di cura vera e propria. Per questo occorre sensibilizzare e formare il personale delle cucine e dei reparti di degenza e renderlo consapevole della delicatezza della materia, anche per i suoi risvolti di sicurezza degli alimenti.

È intenzione del Ministero occuparsi anche di altri aspetti della ristorazione collettiva, quali la ristorazione aziendale e commerciale nell'ottica di rendere attuabili, anche consumando i pasti fuori casa, le indicazioni dietetiche atte a contrastare patologie largamente diffuse quali: sovrappeso e obesità www.salute.gov.it/nutrizione/paginaInternaMenuNutrizione.jsp?id=1462&lingua=italiano&menu=patologie, diabete www.salute.gov.it/nutrizione/paginaInternaMenuNutrizione.jsp?id=1463&lingua=italiano&menu=patologie, ipertensione, dislipemie, allergie www.salute.gov.it/nutrizione/paginaInternaMenuNutrizione.jsp?id=1460&lingua=italiano&menu=patologie e intolleranze alimentari www.salute.gov.it/nutrizione/paginaInternaMenuNutrizione.jsp?id=1461&lingua=italiano&menu=patologie.

* * *

Cure palliative, la legge un anno fa ma si soffre ancora troppo. Aumentano gli hospices

Realizzazione a metà per la legge sulle cure palliative dalla sua entrata in vigore un anno fa, nell'aprile del 2010, dopo essere stata approvata alla Camera dei Deputati all'unanimità, in un'occasione di rara concordia. La norma prevedeva la realizzazione di due network, quello sulle cure palliative e un secondo sulla terapia del dolore per l'accesso alle cure delle oltre 250 mila persone che ogni anno giungono alla fase finale della vita. Oggi, le due reti non sono ancora costituite e i due rami della riforma viaggiano a diverse velocità: gli hospice per le cure palliative aumentano, soprattutto al Nord, mentre i centri per la terapia del dolore non sono in rete, anzi, non sono neanche abbastanza perché quelli in grado di fornire prestazioni complete sono solo 54 in tutta Italia.

Un bilancio in chiaroscuro quello che emerge da due corposi documenti che hanno effettuato una ricognizione della situazione: la relazione al Parlamento presentata dal Ministero della Salute e la Seconda Rilevazione sugli hospice in Italia, realizzata dalla Società italiana di Cure Palliative, la Fondazione Isabella Seragnoli e Fondazione Floriani. "Ad un anno dalla legge era impensabile che fossero attivate entrambe le reti – afferma Marco Spizzichino, direttore dell'ufficio dedicato al monitoraggio della legge sulle cure palliative e la terapia del dolore, presso il Ministero della Salute – invece l'avvio è stato dato. Con le cure palliative eravamo già più avanti, mentre per la terapia del dolore oggi pos-

siamo dire che i medici di medicina generale sono formati per indirizzare i pazienti verso un percorso di trattamento e cura". Chi si occupa quotidianamente di terapia del dolore come Paolo Notaro, responsabile della struttura di Terapia del Dolore all'Ospedale di Niguarda di Milano e presidente della onlus Nopain non è dello stesso avviso, pur condividendo il positivo contributo che arriva dalla legge. "Nella realtà manca ancora molto perché alcuni standard diventino pratica operativa in ospedale e poi ancora più difficile sarà fare il link con il territorio – sottolinea Notaro. In ospedale siamo ancora lontani dalla standardizzazione della misurazione del dolore e non c'è chiarezza su quali e quanti sono i finanziamenti previsti per la creazione della rete del dolore cronico, rete ancora lontana dall'essere creata". È proprio Notaro che rileva come in Italia esistano oggi "solo 54 strutture in grado di fornire prestazioni complete in questo campo". Un anno non è abbastanza per fare un bilancio completo su una legge che ha avuto il merito di "portare l'Italia ai più alti livelli in Europa", come ha commentato il ministro della Salute, Ferruccio Fazio all'indomani della sua approvazione. Un anno, però, è sufficiente, secondo Adriana Turriziani, presidente della Società Italiana di Cure Palliative a riconoscere che "si è in presenza di un processo culturale molto avviato". Si tratta di gestire "una fase di transizione" ma si può certamente dire che "le cure palliative sono una realtà concreta anche in Italia". Cresce in Italia la presenza di hospice, le strutture sanitarie residenziali destinate ad accogliere malati in fase terminale. Aumentano anche i posti letto mentre la rete della terapia del dolore non è ancora in fase avanzata di sviluppo e inoltre c'è un divario nell'offerta tra il Nord e il Centro-Sud dell'Italia. Un gap evidente nel numero e nella qualità del servizio ai cittadini e per il quale il Ministero della Salute auspica una soluzione "nei prossimi 2-3 anni", come sottolineato nella relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge (38/2010) sulle cure palliative e la terapia del dolore, ad un anno dalla sua emanazione. HOSPICE: il loro numero è passato dai 114 del 2006, ai 165 nel 2009, ai 229 del 2010, su 256 strutture totali programmate, secondo quanto riportato dalla Seconda Rilevazione ufficiale sugli hospice in Italia fatta dalla Società italiana di Cure Palliative, la Fondazione Isabella Seragnoli e la Fondazione Floriani. È aumentato anche il numero posti letto, passato da 55 nel 1999 a 1.888 nel 2009, a 2.592 nel 2011 ed aumenteranno ancora fino a 2.615, pari a 0,48% posti letto per 10mila abitanti. Le regioni più avanti nell'attuazione del programma sono Lombardia, Emilia Romagna e Basilicata.

* * *

Nasce "Giustacausa", associazione per difendere i cittadini dalla malasanità: ne fanno parte anche medici

Una vera e propria 'task force' che riunisce i migliori professionisti d'Italia nella medicina e nella tutela legale, insieme per assistere e consigliare i cittadini vittime di inefficienze in ambito medico-sanitario. La nuova iniziativa, presentata a Firenze, si chiama 'Associazione Giustacausa', attraverso la quale ogni cittadino potrà trovare, nella sua regione, uno dei migliori studi legali e medici che, basandosi su criteri di eticità e solidarietà, lo supporterà nel contenzioso. L'ex procuratore nazionale antimafia Piero Luigi Vigna è presidente onorario dell'associazione, che ha tra i testimonial che hanno dato adesione all'iniziativa, anche Giorgio Panariello, Marcello Lippi, Piero Chiambretti e Paolo Brosio. Trattandosi di tematiche sanitarie, i legali saranno affiancati da medici specialisti nella branca d'interesse della vertenza. Tra i professionisti che partecipano all'iniziativa quelli degli studi legali La Russa (Lombardia), Ugo Ruffolo (Emilia Romagna), Luminoso (Sardegna) e Bin (Piemonte). Oltre a sostenere le azioni di coloro che ne avranno diritto, 'Giustacausa', è stato spiegato, svolgerà anche opera di dissuasione nei confronti di quei cittadini che, una volta esaminata la documentazione sanitaria, non presentassero i presupposti per intraprendere l'azione legale.

* * *

Resistenza antibiotici, piano OMS per ministri UE - Tema lanciato in occasione della Giornata Mondiale della Salute

Dall'Organizzazione Mondiale della Sanità un nuovo piano d'azione strategico per contrastare la resistenza agli antibiotici in Europa, dove il fenomeno è in allarmante crescita. L'iniziativa, lanciata ieri in occasione della Giornata Mondiale della Salute, verrà presentata a tutti i ministri della Sanità eu-

ropei all'assemblea annuale OMS che si terrà nel settembre 2011. Lo ha annunciato la sezione Europa dell'organizzazione internazionale a Roma, dalla sede della FAO, dove si tenuto un seminario sul tema, focalizzato soprattutto sulle super infezioni da cattivo uso dei farmaci, trasmesse attraverso l'alimentazione. Gli antibiotici, sottolineano gli esperti "sono una delle più importanti difese contro i batteri e l'OMS Europa lavora insieme ai Paesi membri sulla sorveglianza dell'antibiotico-resistenza, l'uso razionale degli antibiotici, la prevenzione e il controllo delle infezioni, la ricerca e l'innovazione". E in occasione della Giornata Mondiale della Salute, oltre all'incontro di Roma sulla resistenza agli antibiotici nel campo della sicurezza alimentare, l'OMS ha organizzato eventi sul tema in tutta Europa a Mosca (dedicato ai Paesi di lingua russa), Londra (sui nuovi meccanismi di resistenza antibiotica), Strasburgo (sul bisogno di affrontare la mancanza di antibiotici), Kiev (sull'urgenza di affrontare la tubercolosi antibiotico-resistente) e Copenhagen (sull'uso prudente degli antibiotici e la prevenzione delle infezioni).

* * *

La Francia vieta tutte le forme di lisi adipocitaria a fini estetici

Il decreto, già in vigore, cui si devono attenere "medici, paramedici, estetiste e pazienti", vieta tutte le forme di lisi adipocitaria a fini estetici. La Francia mette al bando le cure 'soft' anticellulite: mesoterapia, laser, carbossiterapia, infrarossi, ultrasuoni, radiofrequenze. Molte tecniche soft 'sciogligrasso' sono infatti vietate da oggi nel Paese d'oltralpe dove, con un decreto molto restrittivo, sono stati messi fuori legge tutti i sistemi basati sulla 'lipolisi adipocitaria', ovvero la distruzione delle cellule grasse, che "presenta rischi di danni gravi per la salute umana". Il bando, in pratica, riguarda la maggior parte delle tecniche utilizzate oggi per combattere l'ineestetismo più temuto dalle donne: le francesi ora potranno liberarsene solo con sport, creme o, a limite, con la chirurgia. Prima di emanare il decreto il ministero della Sanità, guidato da Xavier Bertrand, aveva chiesto all'Alta autorità della salute (Has) un parere sulla pericolosità delle tecniche. E l'Has, sentite le società scientifiche e le associazioni dei pazienti, aveva dato un giudizio netto: "Le tecniche di lisi adipocitaria non invasive (e invasive) presentano rischi di danni gravi per la salute umana". Il decreto, pubblicato oggi e già in vigore, a cui si devono attenere "medici, paramedici, estetiste e pazienti" vieta, quindi, tutte le forme di lisi adipocitaria a fini estetici che utilizzino iniezioni di prodotti lipolitici, osmotici e mesoterapici, carbossiterapia, laser transcutaneo senza aspirazione e altre tecniche basate su agenti fisici esterni.

* * *

Studio USA, i medici prescrivono terapie a cui non si sottoporrebbero

Due pesi e due misure. Molti medici prescrivono ai pazienti terapie alle quali non si sottoporrebbero se solo fossero loro a fare i conti con malanni e acciacchi. Quel che scrivono sulla ricetta, in altre parole, varia notevolmente se è lo stesso camice bianco ad aver bisogno di cure. Lo rivela uno studio Usa condotto su circa 1.000 medici, realizzato chiedendo ai camici bianchi di prescrivere una terapia e successivamente ipotizzare un'auto-cura. Ebbene, come mostra il sondaggio pubblicato su un report degli 'Archives of Internal Medicine', le decisioni cambiano sensibilmente quando il dottore è dall'altra parte della barricata. I medici, stando per lo meno alle risposte fornite, sono molto più propensi a scegliere per loro stessi terapie che comportano una mortalità più elevata ma che offrono, dall'altro lato, maggiori probabilità di sopravvivere senza dover fare i conti con temibili effetti avversi. Per i loro pazienti, invece, prediligono trattamenti che mostrano indici di sopravvivenza maggiori, badando tuttavia meno alla qualità di vita. Qualche esempio? Messi davanti alla scelta di un intervento per rimuovere un cancro intestinale per loro stessi, due quinti di 242 medici hanno scelto una procedura chirurgica con una maggiore incidenza sul fronte dei decessi, ma con un tasso più basso di effetti avversi. Tuttavia, solo un quarto dei camici bianchi restava fedele alla scelta se c'era da prescrivere l'intervento a un loro paziente. Discorso simile per un nuovo ceppo di influenza aviaria ipotizzato nel sondaggio. "Quando i medici decidono per i propri pazienti - conferma Peter Ubel, della Duke University, in North Carolina - pensano diversamente rispetto a quando fanno delle scelte per loro stessi".

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 6 aprile 2011

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ANTINORI ROSSELLA	Via Sartiano, 136/A – Novafeltria (RN)	0541/92.22.92 339/44.11.264
ANTONACCI NICOLA	Via F.V.Giulia, 8 – Bologna	051/54.56.23 348/53.17.427
APRILE SILVIA	Via Pietralata, 39 – Bologna	340/37.30.085
ARCURI LUCIANA	Via Larga, 52 – Bologna	347/31.00937
BAGNATO FRANCESCA	Via G.Papini,26 – Bologna	051/63.32.387 349/56.38.510
BEGHELLI DAVIDE	Via Salgari, 11 – Casalecchio di Reno	051/57.04.67 339/85.73.075
BERTONCELLI SARA	Via Moldolfo, 9 – Bologna	051/45.26.17 340/54.22.324
BONIFACCI SILVIO	Via Bendini 1/A – Imola (BO)	333/48.60.987
CAIO GIACOMO	Via Savigno, 7 – Bologna	051/62.32.556
PIETRO ISMAELE		329/98.26.263
CAMILLI MELETANI SIMONE	Via A.Costa, 121/4 – Bologna	051/61.44.507 393/11.18.789
CIVIDINI RICCARDO	Via Andrea Costa, 7 – S.Giorgio di Piano	333/29.25.188
DE SANDO VALERIA	Via Marx, 1 San Pietro in Casale	349/21.20.406 0968/79.272
DI CIOMMO MARIA LUISA	Via Fondazza 89 – Bologna	347/23.03.113
DRAGONI FRANCESCO	Via Oberdan, 4 – Malalbergo	348/86.55.672
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	338/16.14.287
GUIDASTRI MONICA	Via da Palestrina – Bologna	051/47.63.42 334/25.96.951
HEPOVA LUCIA	Via Lume, 1738 – Mordano	338/99.44.985
IMERI ALBIONA	Via L.Fasoli,11 – Bologna	340/05.04.485
KEUZETA TCHANNA KEVY	Via Liguria, 41 – Castelfranco Emilia	348/38.22.756
LEONARDI SARA	Via Montecalvo, 31/3 – Pianoro (Bo)	051/62.69.110 339/10.54.120
LENZI BARBARA	Via Albertoni, 9 – Bologna	339/89.39.816
MARTINI ANNA LISA	Via L.Bassi, 1 – Bologna	051/30.54.93 339/88.73.484
MARTONE CHIARA	Via P.F.Calci, 20 – Bologna	051/31.04.49 349/73.67.925
MILANDRI AGNESE	Via D.Creti, 53/2 – Bologna	051/48.42.965 347/98.14.427
MORISI LISA	Via Bellini, 21 – S.Giovanni in Persiceto (BO)	051/82.69.61 347/69.86.013
NGUEDIA A. ROGER	Via Giuseppe Albini, 7 – Bologna	340/70.60.876 340/70.60.876
ORTOLANI ALESSANDRO	Via F.Ardeatine, 9 – Ozzano dell'Emilia	051/19.98.06.29 392/27.62.453
PAGOGNA SILVIA	Via Castiglione, 41 – Bologna	331/35.02.321
PALAIÀ VINCENZO	Via Libia, 60/2 – Bologna	051/28.15.922 340/66.86.310
RACCAGNI CECILIA	Via San Donato, 21 – Bologna	0542/41.102 333/93.38.716
REGGIANI CAMILLA	Via Agnesi, 31 – Bologna	051/30.59.41 333/37.71.334
RIVA SERENA	Via Cavallo – Tiggiano	328/20.42.905
RIZZO RAFFAELLA	Strada Maggiore, 70 – Bologna	051/22.73.19 380/79.43.223
ROMANTINI MATTEO	Via F.Acri, 11 – Bologna	320/80.09.573
SACCHETTI FEDERICO	///////	388/34.54.159
SALAMON PETAR	Via Don L.Guanella, 11 – Bologna	320/83.64.002
SCIUTO ROBERTA	Via Masini, 30 – Bologna	051/30.96.25 333/69.87.903

SCORZONI RAFFAELLA	Via Ferrarese, 10/2 – Bologna	051/35.25.51 340/39.36.916
SERGIO EMANUELA	Via Piave, 30 – Casalecchio di Reno (BO)	347/84.95.058
SGRO' FEDERICA	Via Gaspare Nadi, 6 – Bologna	338/74.87.968
SOLINAS DANIELA	Via G.Sieni, 2/A – Sassari	079/27.32.67 340/79.80.319
SPADA VALENTINA	Via Palagi, 6 – Bologna	320/64.68.455
SPIGHI ALESSANDRO	Via Matteotti, 36/2 – Bologna	051/18.89.98.24 339/78.03.511
STELLINO MARGHERITA	Via Mengoli, 1 / 2 – Bologna	328/57.97.911
STIPA CARLOTTA	Via Palmieri, 7 – Bologna	329/58.66.089
TAMBURINI MARIA VITTORIA	Via Battindarno, 35 – Bologna	051/38.31.77 349/50.27.064
TORELLA RITA	Via Manzoni, 33 – Imola	0542/30.866 340/99.01.253
VALLI VITTORIO	Via San Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23
VALLICELLI CARLO	Via Massarenti, 95 – Bologna	333/85.77.581

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ALTINI CHIARA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/64.48.350 347/51.48.008
BARONI MILENA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/35.20.75 339/80.20.217 333/79.94.150
BELLINI FEDERICA	Pediatra	338/40.17.730
BERTOLETTI ERIK	Neurologia	051/84.91.977 339/40.46.386
BONIFACCI SILVIO	Ortopedia e Traumatologia Fisiokinesiterapia Ortopedica Medicina dello Sport	333/48.60.987
BOTTOLI ELENA	Corso di Formazione in Medicina Generale	347/60.99.205
CANELLA PIERO	Ortopedia e Traumatologia Fisioterapia	338/14.06.026
DE MARTINO ANNACHIARA	Odontoiatria	051/30.78.59 347/33.66.819
DE PASCALIS ROSALBA	Fisioterapia	051/71.52.91 335/34.13.68
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
GABUSI ANDREA	Odontoiatria	051/61.43.275 347/17.48.430
GIUNTI MARCO	Reumatologia	338/45.47.631
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva Medico Competente Medicina del Lavoro	051/44.32.41 339/48.19.676
MELIOTA LORENZO	Laureata in Odontoiatria e Protesi Dentaria	051/62.33.682 338/86.28.764
PAGOGNA SILVIA	Chirurgia Generale	331/35.02.321
PAZIENZA PAOLA ELENA	Gastroenterologia	347/61.67.144
PERNETTI REMIGIO	Urologia	339/29.99.532
PERRONE LILIANA GIGLIOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	339/33.41.277
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

L'Agopuntura Tradizionale Cinese all'indomani del riconoscimento di "patrimonio intangibile dell'umanità" da parte dell'UNESCO e la "sham" agopuntura

Mercoledì 18 maggio 2011

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna - Via Zaccherini Alvisi, 4 - ore 9-13,30

Associazione per la Medicina Centrata Sulla Persona Onlus

Patrocini

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
 Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna
 Centro Collaborante OMS per la Medicina Tradizionale, Università di Milano
 Centro per la Medicina Integrativa, Università di Firenze
 Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca
 Società Italiana di Agopuntura
 Accademia di Medicina Tradizionale Cinese di Bologna

PROGRAMMA

Ore 9:00 - Saluto del Presidente dell'Ordine dott. Giancarlo Piza
 Ore 9:10 - Introduzione del dott. Paolo Roberti di Sarsina
 Ore 9:20 - Relazione del prof. Emilio Minelli, Vice Direttore del Centro Collaborante dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Medicina Tradizionale, Centro di Ricerche in Bioclimatologia, Biotecnologie e Medicine Naturali, Università Statale di Milano.
 Ore 10:00 - Relazione del dott. Alfredo Vannacci, PhD, Centro Interuniversitario di Medicina Molecolare e Biofisica Applicata (CIMM-BA), Università di Firenze; Centro per la Medicina Integrativa, Università di Firenze; Coordinatore del Modulo di Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese del Master in Medicina Naturale dell'Università di Firenze.
 Ore 10:40 - Relazione del dott. Francesco Cardini, Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna.
 Ore 11:20 - Relazione del dott. Roberto Gatto, Presidente della Società Italiana di Agopuntura, Milano.

Ore 12:00 - Relazione del dott. Renato Crepal-di, Accademia di Medicina Tradizionale Cinese, Gruppo Studio Società e Salute So Wen, Bologna.

Ore 12:40 - Discussione

Ore 13:30 - Conclusioni

Partecipazione gratuita, non occorre preiscrizione

Sede Legale Via San Vitale 40/3, 40125 Bologna - Tel. 3358029638

www.medicinacentratasullapersona.org

info@medicinacentratasullapersona.org

Corso di aggiornamento - PIASTRINOSI & PIASTRINOPENIE - Argomenti di fisiopatologia, clinica, laboratorio

Bologna 25 maggio 2011

Aula Magna, Ospedale Maggiore

PROGRAMMA

Prima Sessione: Piastrinopenie

8:30 - Registrazione dei partecipanti
 8:45 - Introduzione - Carlotta Rovinetti (Bologna)
 9:00 - Piastrinopoiesi - Lucia Catani (Bologna)
 9:20 - Aggregazione piastrinica. Il ruolo del laboratorio - Mirella Frascaro (Bologna)
 9:40 - Conteggio piastrinico ed aspetti morfologici - Anna Maria Cenci (Modena)
 10:00 - Piastrinopenie. Inquadramento, classificazione - Marco Ruggeri (Vicenza)
 10:20 - Piastrinopenie congenite. Inquadramento, diagnosi differenziale - Carlo Balduini (Pavia) - Caso clinico
 11:00 - Piastrinopenia in corso di terapia eparinica - Cristina Legnani (Bologna)
 11:20 - Piastrinopenia immune. Aspetti fisiopatologici, clinici e management - Nicola Vianelli (Bologna) - Caso clinico
 12:00 - Clinico e trasfusionista: i due approcci al tema - Antonio de Vivo (Bologna), Annarita Silvestri (Bologna)
 12:40 - Discussione
 13:00 - Brunch

Seconda Sessione: Piastrinosi

14:00 - Trombocitosi. Inquadramento e diagnostica differenziale - Francesca Palandri (Bologna) - Caso clinico
 14:30 - Piastrinosi: rischio trombotico e rischio emorragico - Guido Finazzi (Bergamo)

14:50 - La funzionalità piastrinica nella valutazione del rischio cardiovascolare - Maria Grazia Silvestri (Bologna), Marilisa Bove (Bologna)

15:10 - Trombocitemia essenziale. Inquadramento e strategie terapeutiche - Luigi Gugliotta (Bologna) - Caso Clinico

15:40 - Trombocitosi e gravidanza - Nicola Rizzo (Bologna)

16:00 - Discussione

16:20 - Questionari ECM

16:30 - Conclusioni e chiusura dei lavori

Segreteria Scientifica

Dr. Mauro Martelli - Dott.ssa Antonella Guidi. Laboratorio di Patologia Clinica - Sett. Ematologia - Ospedale Maggiore, Bologna

Sede

Aula Magna, Ospedale Maggiore - Largo Nigrisoli 2, Bologna

Crediti Formativi ECM

È stata inoltrata al Ministero della Salute la richiesta di accreditamento per le figure di
- Medico Chirurgo specializzato in Patologia Clinica, Ostetricia/Ginecologia, Medicina Interna, Medicina Trasfusionale, Ematologia, Medici di Medicina Generale;

- Biologo specializzato in Patologia Clinica
- Tecnico sanitario di laboratorio biomedico

Modalità di iscrizione

Deadline dell'iscrizione: 16 Maggio 2011

Quota di iscrizione 20,00 iva inclusa.

L'iscrizione si effettua on line:

www.duecipromotion.com → **Congressi Medici**

→ **Registrazione on-line**

Il pagamento può essere effettuato o in loco o con bonifico bancario. In quest'ultimo caso si prega di inviare copia dello stesso unitamente alla stampa dell'avenuta registrazione on line all'indirizzo:

DueCi Promotion srl, Piazza dei Martiri 1, 40121 Bologna; oppure al fax: 051.247165

Dati bancari per il bonifico:

Unicredit Banca, Filiale 03182 di Via Indipendenza, Bologna - C/C N°: 000002857197

IBAN-CIN-ABI-CAB: IT-Q-02008-02450

IT/06/Q/02008/02450/000002857197

SWIFT/BIC: UNCRITB1NU

Segreteria Organizzativa

DueCi Promotion srl

Piazza dei Martiri 1, 40121 Bologna

tel. 0514841310 e fax 051247165

ggrillenzoni@duecipromotion.com

www.duecipromotion.com

Casa di Cura **Ai Colli**

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE MENTALI**

Direttore Sanitario e Primario:

Dott. Paolo Baroncini - Medico Chirurgo
Specialista in Psichiatria e Psicologia Medica

40136 BOLOGNA

VIA SAN MAMOLO, 158 - TEL. 051 581073 - FAX 051 6448061

Sito internet: www.aicolli.com - E-mail: casadicura@aicolli.com

Per la tua casa al mare www.casainriviera.it il nuovo portale di riferimento per i tuoi investimenti immobiliari by a.f@immobiliarelaresidenza.com oppure 348/6507965.

Affittasi in zona fiera appartamento di c.a. 130 mq adatto sia come studio associato che come civile abitazione. Per info tel. 051/6760214.

Cedesi studio dentistico autorizzato (con i muri). 1 Riunito Kavo, 1 apparecchio radiologico, 2 Autoclavi B. Per info tel. 335/8058714.

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

Affittasi ampio e luminoso locale arredato in studio medico in via Dagnini al primo piano. Comodo parcheggio auto e fermata bus. Ideale come studio per psichiatria- psicoterapeuta. Per info Tel. 051/6152171 / 335/6267507 / 339/4499136.

Studio dentistico quartiere S. Vitale, via Guelfa, rende disponibili unità operative per odontoiatri per singole o mezze giornate. Mattino e pomeriggio. Struttura autorizzata. Per info tel. 347/3731793 - 051/4075977 - 051/4076261.

Poliambulatorio specialistico privato sito in Castel San Pietro Terme (BO) e dotato di ambulatorio chirurgico rende disponibili ambulatori per medici specialisti. Per info tel. 051/943330 - Fax 051/6942477 - email: info@castellano-med.it

A medici specialisti affittasi studio medico adiacente via Rizzoli, libero, sia mattina che pomeriggio, anche per singole giornate. No servizio segrete-

ria. Costo 160 euro/mese per un giorno a settimana. Per informazioni tel. 333/2265862.

Affittasi ufficio ambulatorio zona Ospedale Maggiore, ottimo stato, piano terra 55 mq. Luminoso, due ingressi, bagno fenestrato, antibagno, zona archivi, fronte strada, riscaldamento autonomo, aria condizionata, impianti a norma Ce, due cantine. Volendo posto auto e moto in cortile interno. Spese condominiali basse. Libero. Euro 600,00 (seicento). Per info 333/2826668.

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.

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

Vendita appartamento via Mengoli in interno silenzioso mq 100 + 30 mq terrazzo. Totalmente restaurato con cantina ciclabile e garage euro 370.000,00. Per info tel. 347/4672097 - 348/1714877.

Ufficio open space mq 68 ca. con servizio ed antibagno. Terrazzo. Riscaldamento ed impianto climatizzato centralizzato. Doppi spaziosi ascensori. Primo piano. Torre Borgo Masini. Con possibilità fino a 3 posti auto coperti e collegati direttamente con ascensori. Tel. 348/0072901.

Gli Istituti Ospedalieri Bergamaschi, Polinico San Pietro, primario ospedale privato della provincia bergamasca facente parte del Gruppo Ospedaliero San Donato e integralmente accreditato al Sistema Sanitario Nazionale, dotato di un Pronto Soccorso - DEA, Terapia Intensiva, Unità Coronaria, 314 posti

letto accreditati, RICERCA URGENTEMENTE MEDICI SPECIALISTI IN: GINECOLOGIA, PEDIATRIA, OCULISTICA. Tutti gli interessati possono contattare il numero 035/604258 oppure inviare un CV all'indirizzo mail: info.psp@gruppo-sandonato.it oppure al fax 035/4376115.

Affittasi ufficio ambulatorio, zona Ospedale Maggiore, ottimo stato, pianoterra 55 mq., luminoso, due ingressi, bagno fenestrato, antibagno, zona archivi, fronte strada, riscaldamento autonomo, aria condizionata, impianti a norma Ce, due cantine. Volendo posto auto e moto in cortile interno. Spese condominiali basse. Libero. Euro 600,00 (seicento). Per info tel. 333/2826668.

Affittasi in via Zaccherini Alvisi (palazzo Ordine Medici) appartamento 4° piano con ascensore in stabile signorile con portiere. Ben arredato e imbiancato. Composto da ingresso, soggiorno con balcone, aria condizionata, cucina, ampia camera, bagno, cantina, volendo garage. Per info tel. 333/1603183.

Affittasi ambulatorio medico in via San Felice 98, 2° piano con ascensore e portierato, composto da ingresso, 2 stanze

con balcone, bagno con finestra, posto auto condominiale. Euro 500,00. Per info tel. 338.5454907.

Poliambulatorio autorizzato, zona centro (via Giorgio Ercolani 10/c Bologna) piano terra, rende disponibili ambulatori a medici specialisti (e non) anche per singole giornate o mezze giornate (mattino e/o pomeriggio). Per informazioni Tel. 051/557366 dal lunedì al venerdì 9,30-12,30/14,30-19,30.

Offresi mezze giornate a specialisti in studio medico in San Lazzaro-Centro ottima posizione. Per info 335/6571046.

Vendo elettrocardiografo telematico "Cardiovox P12" in grado di registrare ECG e di inviarli via telefono ad una centrale operativa che spedisce il referto via fax/e-mail con possibile consulenza cardiologica. Tel. 368/3167055..

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. 335/5431462.

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