# Bollettino Notiziario

ANNO XLII - N° 6 GIUGNO 2011

Pubblicazione mensile - Spedizione in A.P. 45% - articolo 2 comma 20/b legge 662/96 Filiale di Bologna

## IN QUESTO NUMERO


- **L'Ordine ha rinnovato l'abbonamento alle risorse scientifiche digitali e al Sistema DynaMed della EBSCO** Giancarlo Pizza, pag. 3
- **Gli Ordini dei Medici impegnati in uno studio osservazionale** Francesca Golfarelli, pag. 4
- **I 750 anni dell'Ospedale Maggiore** Alessandro Ruggeri e Nicolò Nicoli Aldini, pag. 6
- **Ancora sulla pubblicità sanitaria** Carlo D'Achille, pag. 9
- **Riforma degli Ordini delle professioni sanitarie: gli odontoiatri e la ricerca di una piena identità** Andrea Dugato, pag. 11
- **Incontro di metà mandato del Consorzio Europeo CAMbrella in Italia,** Antonio Morandi, pag. 12


ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 Bologna - Tel. 051.399745

# Bollettino Notiziario

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

**DIRETTORE RESPONSABILE**
Dott. Paolo Roberti di Sarsina

**DIRETTORE DI REDAZIONE**
Dott. Luigi Bagnoli

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

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

Pubblicazione Mensile
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 maggio 2011
è stato consegnato in posta
il giorno 30/04/2011


# SOMMARIO

ANNO XLII - GIUGNO 2011 N° 6

## ARTICOLI


L'Ordine ha rinnovato l'abbonamento alle risorse scientifiche digitali e al Sistema DynaMed della EBSCO • 3

Gli Ordini dei Medici impegnati in uno studio osservazionale • 4

I 750 anni dell'Ospedale Maggiore • 6

Ancora sulla pubblicità sanitaria • 9

Riforma degli Ordini delle professioni sanitarie: gli odontoiatri e la ricerca di una piena identità • 11

Incontro di metà mandato del Consorzio Europeo CAMbrella in Italia • 12


## NOTIZIE


Dalla pagina 14 alla 28

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 29

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 30

**CONVEGNI CONGRESSI** • 31

**PICCOLI ANNUNCI** • 32



**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 |

# L'Ordine ha rinnovato l'abbonamento alle risorse scientifiche digitali e al Sistema DynaMed della EBSCO

Giancarlo Pizza

*Cari Colleghe e Colleghi*,
il nostro Ordine ha rinnovato l'abbonamento alle risorse scientifiche digitali del Sistema EBSCO, compreso l'importantissimo strumento di aggiornamento professionale DynaMed.
Crediamo infatti che il medico e l'odontoiatra di oggi non possano non essere aggiornati in tempo reale.
Pertanto per "Continuare a Crescere e Progredire" che è l'impegno che ci siamo assunti nei confronti dei nostri iscritti, non possiamo certo prescindere anche dall'aggiornamento professionale.
Ecco quindi che ripubblichiamo il Dossier "Guida all'uso di Dynamed in lingua italiana".
L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna è il primo Ordine Provinciale d'Italia ad essersi dotato per i propri iscritti del Sistema DynaMed.
DynaMed è l'importante database del Gruppo EBSCO Publishing che contiene informazioni evidence-based di pratica clinica su oltre 3000 condizioni cliniche. Viene aggiornato quotidianamente sulla base degli articoli pubblicati da una selezione di oltre 500 importanti riviste mediche e database di revisioni sistematiche.
Gli aggiornamenti vengono integrati con il contenuto esistente, e se necessario vengono modificate le conclusioni con le indicazioni per la pratica clinica.
A questa risorsa si può accedere attraverso il sito dell'Ordine www.odmbologna.it. Una volta sul sito, si clicca su "area riservata" e, fornendo nome, cognome e numero di iscrizione all'Ordine, si può chiedere la password che viene inviata in tempo reale.

Il Presidente Dott. Giancarlo Pizza

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

## *Dare ascolto alle associazioni e alle famiglie*

# Gli Ordini dei Medici impegnati in uno studio osservazionale

Francesca Golfarelli

Al di là delle polemiche suscitate per la scelta della data "simbolica nella sua tragicità" (il 9 febbraio giorno in cui morì Eluana Englaro) la prima "Giornata nazionale degli stati vegetativi" istituita con direttiva del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della Salute è stata un importante momento di approfondimento scientifico e di confronto tra associazioni, Governo e Regioni. La prima Giornata nazionale degli Stati Vegetativi, che si celebrerà il 9 febbraio di ogni anno, è stata aperta a Roma con gli interventi dei Ministri della Salute, Ferruccio Fazio, e del Lavoro, Maurizio Sacconi, del sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella, e del presidente della Regione Lazio, Renata Polverini. In occasione della giornata le amministrazioni pubbliche e gli organismi di volontariato si sono impegnate a promuovere, attraverso iniziative di sensibilizzazione e solidarietà, l'attenzione e l'informazione su questo tipo di disabilità che coinvolge oltre al malato, in maniera assai rilevante, i familiari. Tra queste iniziative la serata promossa dall'associazione Gli amici di Luca al Teatro Duse di Bologna con Alessandro Bergonzoni e i ragazzi usciti dal coma della compagnia teatrale "Gli amici di Luca" dal titolo "Vivo e vegeto, ma soprattutto vivo". Per celebrare la prima "Giornata", il Ministero della Salute, in collaborazione con l'Università degli Studi di Roma"La Sapienza", ha organizzato a Roma, Centro Congressi Roma Eventi, un convegno che ha offerto l'opportunità di aprire un confronto fra le più recenti acquisizioni scientifiche e assistenziali, di porre la riflessione sulle normative riguardanti i temi dello "Stato Vegetativo e degli Stati di Minima Coscienza", e di dare ascolto alle associazioni che sostengono le persone e le famiglie che si trovano in tali condizioni. In particolare al convegno sono intervenuti: Steven Laureys, dell'Università di Liegi, e Eric Schmurtzhard, dell'Ospedale Universitario di Innsbruck, esponenti della Task Force europea sui disturbi della coscienza; Luigi Frati, Rettore dell'Università La Sapienza di Roma; Gianluigi Gigli dell'Università di Udine; Alberto Zangrillo dell'Università Vita Salute San Raffaele di Milano; Giancarlo Pizza, presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Bologna; componenti del "Seminario permanente di confronto sugli stati vegetativi e di minima coscienza" che ha redatto il "Libro bianco sugli Stati vegetativi e di Minima coscienza" coordinato da Fulvio De Nigris. Nel pomeriggio si è svolta poi una tavola rotonda con le Regioni e le Associazioni delle famiglie dei pazienti dal titolo"Linee guida regionali e obiettivi di Piano". Ai lavori hanno partecipato la Rete Associazioni riunite per il trauma cranico e le gravi celebrolesioni acquisite (con l'intervento di Elena Di Girolamo), la Federazione nazionale associazioni trauma cranico - Fnatc (con l'intervento di Paolo Fogar), l'Associazione Vita vegetativa Vi.Ve. (con l'intervento di Rosaria Elefante), promotrici insieme al Ministero della

Da sinistra: il sottosegretario del Ministero della Salute on. Eugenio Roccella, Faustino Quaresmini padre di Moira in stato vegetativo da undici anni, Fulvio De Nigris direttore del Centro Studi per la Ricerca sul Coma "Gli amici di Luca", Giancarlo Pizza presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Bologna.

Salute, della 'Giornata nazionale degli stati vegetativi' che si inserisce tra due importanti manifestazioni italiane che si svolgono da 13 anni: la "Giornata nazionale dei risvegli per la ricerca sul coma – vale la pena" promossa ogni 7 ottobre dall'associazione Gli amici di Luca onlus e la "Giornata nazionale del trauma cranico" promossa dalla Fnatc. "Noi stimiamo che vengono spesi dal Servizio sanitario nazionale circa 300 milioni di euro all'anno per la cura dei pazienti in stato vegetativo" – ha detto il ministro della Salute, Ferruccio Fazio. "Si tratta di un problema rilevante – ha proseguito il ministro – ogni anno si dimettono 1.800 pazienti per stato vegetativo o per stato di minima coscienza. I casi sono in aumento anche grazie al miglioramento delle tecniche. Il governo è stato vicino a questi malati: già nel 2009, nel quadro deglio biettivi di piano, abbiamo preparato un piano operativo che le Regioni hanno utilizzato con dei progetti finalizzati proprio per speciali unità dedicate allo stato vegetativo persistente e le cure domiciliari. Questo piano è stato rinnovato nel 2010". "Le moderne tecniche di imaging hanno consentito di cambiare radicalmente la visione di queste problematiche chiarendo che esistono delle sacche di tessuto cerebrale vitali che anche a 10 anni di distanza dall'inizio del coma, in alcuni casi, almeno 20 a livello mondiale, hanno fatto osservare delle riprese di un certo tipo. È una situazione in evoluzione – ha sottolineato il ministro – che il governo segue con attenzione e concretezza". In questo contesto "è fondamentale – ha proseguito Fazio – il ruolo delle reti associative, dei familiari, del privato sociale". Per il sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella le persone in stato vegetativo "sono paradigma di disabilità estrema e non quasi morte, come erroneamente ancora leggiamo. Sono persone vive, che possono migliorare, seguire un percorso di riabilitazione e hanno bisogno delle nostre cure e assistenza". La Roccella ha voluto inoltre precisare che per l'assistenza dei malati in stato vegetativo e delle loro famiglie "i finanziamenti ci sono, fanno parte del Fondo sanitario nazionale e sono vincolati. È importante però che ci siano linee di indirizzo e le risorse vengano spese bene". Per il buon utilizzo dei fondi "è fondamentale la collaborazione con le Regioni – ha proseguito – e le associazioni sul territorio possono verificare che le risorse vengano spese bene. Quello che si può migliorare è il modo in cui i soldi vengono spesi tra Stato,Regioni e associazioni".

Nel corso del convegno è stato presentato il progetto innovativo di studio sugli stati vegetativi promosso da 17 ordini dei medici nazionali con capofila l'ordine provinciale dei Medici chirurghi ed odontoiatri di Bologna e che gode di un contributo di oltre trecentomila euro per tre anni da parte di una fondazione inglese. "Particolare, prima di tutto la natura del finanziamento – ha detto Giancarlo Pizza presidente dell'ordine provinciale dei Medici chirurghi ed odontoiatri di Bologna – che proviene da una charity inglese che ha accettato di scommettere su uno studio che in Italia ancora mancava. È infatti la prima volta che gli ordini dei medici fanno da propulsori nell'identificazione di tutte le persone che hanno una diagnosi di stato vegetativo, nel lavorare su parametri di valutazione clinica comunee, infine, nel percepire l'evoluzione delle persone in stato vegetativo". Per far questo il progetto si avvale del coordinamento di Roberto Piperno, direttore dell'U.O di medicina riabilitativa del dipartimento di neuroscienze dell'Università di Bologna e della Casa dei Risvegli Luca De Nigris e coinvolge anche il Centro Studi per la Ricerca sul Coma. Tre gli obiettivi: cercare di fare chiarezza sulle diagnosi, spesso imprecise, analizzare l'evoluzione clinica di queste persone gravemente disabili, infine mettere a punto un modello di raccolta dati per la creazione di un Registro nazionale degli stati vegetativi che al momento non esiste. Le stime, infatti, sono assolutamente non fondate su un riscontro epidemiologico: si oscilla tra le 1500 e le 2000 o addirittura 3000 persone. «Possiamo riuscirci – dice ancora Pizza – proprio perché si tratta di un progetto nazionale. Il progetto di ricerca andrà avanti in due fasi: nella prima verranno individuati i pazienti in stato vegetativo e ne verrà confermata la diagnosi – il progetto è di tipo osservazionale – nella seconda, invece, verrà fatto un vero e proprio studio su questi malati, tramite anche quegli strumenti che sono diventati dei "classici" per il riscontro degli stati vegetativi,come la risonanza magnetica funzionale e i potenziali evocati».

*"Gli Amici di Luca Magazine", aprile 2011, per gentile concessione del Direttore Responsabile, Luca De Nigris*

# I 750 anni dell'Ospedale Maggiore

Alessandro Ruggeri e Nicolò Nicoli Aldini

Una lunga storia quella dell'Ospedale Maggiore che per ben 750 anni possiamo ripercorrere dal suo primo atto di fondazione fino ad oggi. Una storia che trae le sue origini nel 1260 con la costruzione di un Ospizio per accogliere il pellegrino stanco e spesso malato e prosegue nei secoli con continue conquiste sociali che assicurano al cittadino il diritto all'assistenza ospedaliera, sia per la gestione della malattia che per la conservazione della salute.

Siamo agli inizi del XII sec. quando la fede religiosa "vacilla" ed è minacciata dal sorgere di "sette anticristo" e dall'eresia. È in questo periodo che sorgono nell'Italia centro settentrionale le prime "Congregazioni" che invocano con la preghiera, il digiuno e la penitenza, l'aiuto di Gesù e della Beata Vergine. Sono gruppi di persone caritatevoli che nella preghiera alla Beata Vergine e nella meditazione della Sacra Passione di Gesù Cristo, denudatosi il dorso, si flagellano per la remissione dei propri peccati. Una "disciplina" che è svolta privatamente negli Oratori, ma che raccoglie grande partecipazione di pubblico anche in lunghe processioni di fedeli, indistintamente nobili o plebei, vecchi e giovani, che percorrono le principali arterie stradali verso Roma e verso il Settentrione.

La leggenda vuole che Frate Raniero Fasano da Perugia, fondatore dei Frati Battuti di Santa Maria della Vita, durante una notte in cui faceva occultamente disciplina ebbe l'apparizione della Beata Vergine che gli consegnò una lettera perché venisse letta dal Vescovo della propria città. In essa si raccontava del degrado e della corruzione della fede cristiana e degli innumerevoli peccati e peccatori, sodomiti, usurai. Il Vescovo ne diede pubblica lettura favorendo il diffondersi di questa forma di penitenza che si propagò per tutto il mondo dei Cristiani. Frate Raniero, considerato da tutti il fondatore dei Devoti Disciplinari, si fece promotore di quella iniziativa con una interminabile processione di penitenti che risalendo per la via Emilia, attraversando vie e piazze di poggi e città, giunse a Bologna.

È del 1260 il più antico statuto che attesta la fondazione in Bologna della Congregazione dei "Frati Battuti di Santa Maria della Vita" che dispone di un Ospedale tra via Pescherie vecchie e via Clavature, di una piccola chiesa e di una casa donata da Suor Dolce, Terziaria di San Francesco. L'attuale Santuario e l'Oratorio, ricostruiti nel XVII secolo, occupano esattamente questa sede. Sulla facciata della chiesa si può osservare il simbolo della Confraternita. Come è stato riferito, la primaria finalità di questa congregazione è l'esercizio della pietà e lo svolgimento di funzioni religiose, in particolare l'assistenza agli infermi ed ai malati. Col volgere del tempo la cura del malato diviene sempre più preponderante rispetto alla semplice funzione di assistenza ai bisognosi e l'Ospedale si trasforma in Nosocomio.

Nel 1336 un gruppo di Confratelli nobili e ricchi si stacca dal sodalizio della Confraternita della Vita e fonda una nuova Confraternita denominata "Santa Maria della Morte", dotata anch'essa di un Ospedale, una Chiesa ed un Oratorio. Al nuovo Ospedale confluiscono inizialmente infermi e condannati a morte; per essi la Confraternita assume il compito di seppellire i cadaveri. Ma ben presto è destinata ad accogliere feriti gravi e malati acuti, con l'esclusione dei malati cronici e dei contagiosi. L'Ospedale fin dall'inizio ha una notevole estensione in un'area compresa tra il Portico del Pavaglione, via de' Foscherari, via dei Musei e via Marchesana. Ora è sede del Museo Civico e dell'Archivio di Stato. La facciata della chiesa volge su via dei Musei ed attualmente corrisponde all'entrata del Museo Civico.

Negli anni compresi fra il 1370 e il 1380 si delinea nettamente anche nell'ambito della congregazione di Santa Maria della Vita la distinzione fra la chiesa, che prende il nome di Santa Maria della Vita, e l'Ospedale della Vita. Quest'ultimo viene così chiamato per le numerose guarigioni e per la fama acquisita dai

suoi medici. Nei secoli successivi si aggregano ad essa altre istituzioni ospedaliere, quali l'Ospedale di Santa Marie di Reno nel 1270, l'Ospedale di San Ciro nel 1367, la chiesa di Santa Maria in Solare nel 1460, l'Ospedale di Sant'Antonio di Medicina nel 1541, l'Ospizio di Sant'Antonio di Sabbiuno nel 1542.

Tale è l'importanza e la fama raggiunta da parte delle due Congregazioni che nel 1582 Papa Gregorio XIII concede l'indulgenza plenaria a tutti i deceduti nell'Ospedale. Papa Sisto V nel 1585 eleva poi la Congregazione dei Battuti al rango di Arciconfraternita.

Questo periodo di notevole impulso dell'attività ospedaliera induce la Confraternita dell'Ospedale di Santa Maria della Vita nell'anno 1553 a riformare ed arricchire i vecchi statuti. Dalle indicazioni da essi riportati si desume chiaramente il nuovo orientamento delle Confraternite a rivolgere la propria attività non più genericamente all'assistenza dei poveri ma più alla cura dei malati. Alla fine del 1500 l'Ospedale dispone di circa 85 letti, di cui 51 su due corsie per gli uomini, 25 per le donne e 9 per i feriti gravi.

L'Ospedale della Morte, nel frattempo, si distingue sempre più come sede di insegnamento per le scuole mediche universitarie. Può disporre di numerosi cadaveri, non solo deceduti per malattia ma anche giustiziati, per la dissezione nelle sale di anatomia e di molti malati gravi o feriti, per la cura dei quali prestano la loro opera gratuitamente (in seguito stipendiati) un medico chirurgo con la presenza di studenti di età superiore ai 20 anni con tre anni di pratica medica. Frequentano in qualità di studenti le stanze di questo Ospedale Giulio Cesare Aranzio (1530-1589), Costanzo Varolio (1543-1575), Gaspare Tagliacozzi (1545-1599), Marcello Malpighi (1628-1694), Antonio Maria Valsala (1666-1723), Giovan Battista Morgagni (1682-1771).

Quando negli anni 1561-1562 viene costruito l'edificio dell'Archiginnasio la Scuola di medicina si trova ad essere in diretta continuità con l'attiguo Ospedale della Morte. Nelle antiche aule scolastiche dell'Archiginnasio, ora sede della Biblioteca e dei principali depositi di libri, sono svolte lezioni teoriche, mentre l'attività pratica si sviluppa nelle stanze dell'Ospedale e nella famosa Sala settoria dell'Anatomia.

Il portico dell'Archiginnasio, costruito nel 1562 ad opera dell'architetto bolognese Antonio Morandi detto il Terribilia (Trebigli), viene prolungato con lo stesso stile architettonico sempre dal Terribilia nell'anno seguente estendendosi a rivestire gli edifici del Museo Civico e dell'Archivio di Stato.

Il grande sviluppo dell'attività ospedaliera e universitaria induce l'Arciconfraternita della Vita e della Morte a realizzare una nuova sede ospedaliera in via Riva di Reno che unifica i due vecchi Ospedali della Vita e della Morte. La costruzione inizia nel 1667 e termina nel 1725. Il progetto è ispirato a quelli dell'antico Ospedale Maggiore di Milano e quello dell'Ospedale di Santo Spirito di Roma. Il sabato 2 Giugno del 1725 i malati vengono trasportati in solenne processione nella nuova sede.

Con l'occupazione dell'Italia da parte di Napoleone Buonaparte viene impostata una politica accentratrice che mira al diretto controllo dell'Amministrazione ospedaliera e della gestione medica. Tutti gli Ospedali, fra questi il Grande Ospedale della Vita e della Morte, l'Ospedale S. Orsola e altre otto strutture ospedaliere, sono riunite sotto un unico "Corpo Amministrativo della Congregazione della Carità". L'Amministrazione francese pertanto, attraverso il diretto controllo degli Ospedali, può razionalizzare ogni intervento strutturale ed ogni attività ed iniziativa di gestione medica. Adotta linee comuni, sviluppando la prevenzione (per esempio la vaccinazione per il vaiolo) e l'igiene ambientale. Un decreto del 2 giugno dell'anno 1802 firmato dal Prefetto del Dipartimento del Reno recita "Lo Spedale che ora chiamasi Grande Spedale della Vita e della Morte si chiamerà per l'avvenire Spedale Maggiore della città di Bologna. Questa denominazione sarà posta sopra la porta dello Spedale".

Nel 1803 viene stipulata una convenzione tra l'Ospedale Maggiore e l'Università di Bologna. Vengono messi a disposizione dell'Università 45 letti, 25 per la Clinica Chirurgica (Prof. Giuseppe Atti) e 20 per la Clinica Medica (Prof. Giuseppe Testa). È compresa anche una sala anatomica per la dissezione dei cadaveri ed alcuni locali ad uso di studio. Le cliniche rimangono a carico dell'Ospedale Mag-

giore anche quando dal 1808 al 1857 sono trasferite presso l'Ospedale Azzolini.
Negli anni che fanno seguito al regime napoleonico si va rafforzando sempre con maggiore insistenza la necessità di risolvere il problema dell'amministrazione e della organizzazione degli Ospedali bolognesi. Si va radicando il principio che la funzione ospedaliera è funzione pubblica, appartiene allo Stato, di fronte al quale tutti i cittadini sono liberi ed uguali. Il 10 marzo del 1860 il Governatore Generale dell'Emilia Luigi Carlo Farini emana il Decreto di Riforma degli Ospedali di Bologna. Nello Statuto allegato al Decreto Farini l'Ospedale Maggiore è destinato alla cura delle Malattie violente e acute, il S. Orsola diviene Ospedale degli incurabili, è riaperto l'Ospedale Azzolini come sede per le Cliniche Universitarie (ma sempre a carico dell'Ospedale Maggiore); in seguito viene predisposta anche una struttura a parte per il Manicomio.
Nel 1867 l'Ospedale Maggiore dispone di 280 posti letto e comprende i seguenti reparti:

- Reparto di Isolamento per malati contagiosi;
- Istituto di ricerche cliniche con Servizio diagnostico;
- Centro di Esplorazione funzionale;
- Ambulatori;
- Pronto Soccorso;
- Servizi di accettazione e Astanteria;
- Servizi generali;
- Direzione Sanitaria.

*Dal 1994 prendono corso opere di ampliamento e di rifacimento che accrescono l'Ospedale maggiore di nuovi Reparti e divisioni:*

| | | |
|---|---|---|
| *118 e rianimazione* | *Day hospital endoscopia toracica* | *Medicina interna C* |
| *Anatomia patologica* | *Day hospital gastroenterologia* | *Medicina nucleare* |
| *Anestesia e terapia intensiva* | *Day hospital ginecologia* | *Medicina riabilitativa* |
| *Cardiologia* | *Day Hospital Malattie Infettive* | *Neonatologia e unità terapia intensiva neonatale* |
| *Centro di diagnostica senologia* | *Day hospital medicina C* | *Neurochirurgia* |
| *Chirurgia d'urgenza e del trauma* | *Day hospital medicina interna A* | *Neurologia* |
| *Chirurgia generale A* | *Day hospital Medicina riabilitativa* | *Neuropsichiatria infantile* |
| *Chirurgia generale B* | *Day hospital neurologia* | *Neuroradiologia* |
| *Chirurgia pediatrica* | *Day hospital neuropsichiatria infantile* | *Oculistica* |
| *Chirurgia Toracica* | *Day hospital oculistica* | *Ortopedia e traumatologia* |
| *Chirurgia vascolare* | *Day hospital ortopedia* | *Ostetricia ginecologia* |
| *CUP centro unico prenotazione* | *Day Hospital Otorinolaringoiatria* | *Otorinolaringoiatria* |
| *Day hospital cardiologia* | *Day hospital pediatria* | *Pediatria* |
| *Day hospital chirurgia generale A* | *Day hospital urologia* | *Pneumologia* |
| *Day hospital chirurgia generale B* | *Day service tossicologia* | *Poliambulatorio ospedaliero* |
| *Day hospital chirurgia pediatrica* | *Dermatologia* | *Post acuti lungodegenza* |
| *Day Hospital Chirurgia Toracica* | *Dietologia e nutrizione clinica* | *Pronto soccorso e medicina d'urgenza* |
| *Day hospital chirurgia vascolare* | *Dipartimento chirurgico* | *Pronto soccorso ortopedia* |
| *Day hospital endocrinologia* | *Dipartimento materno infantile* | *Pronto soccorso ostetricia ginecologia* |
| *Reparto di Radiologia e Terapia Fisica* | *Endocrinologia* | *Pronto soccorso pediatria* |
| *-Reparto Paganti* | *Endoscopia toracica* | *Riscuotitrice automatica* |
| *-Laboratorio* | *Gastroenterologia* | *Servizio farmaceutico* |
| | *Geriatria* | *Sportello cassa* |
| | *Immunoematologia e trasfusionale* | *Unità cerebrovascolare stroke unit* |
| | *Laboratorio analisi* | *Urologia* |
| | *Libera professione* | |
| | *Medicina interna A* | |
| | *Medicina interna B* | |

# Ancora sulla pubblicità sanitaria

Carlo D'Achille

La pubblicità in campo sanitario continua a costituire una problematica di non facile soluzione. Solamente nel 2010 la Commissione Albo Odontoiatri del nostro Ordine si è vista costretta a dover convocare 22 colleghi per pubblicità non conforme al Codice Deontologico.

Dal momento che sono fermamente convinto del ruolo educativo (in senso latino del termine: condurre), più che repressivo, che gli Ordini Professionali dovrebbero svolgere nei confronti dei Colleghi, mi piacerebbe far condividere ai miei Iscritti quei criteri che sottendono ad una pubblicità corretta in ambito sanitario.

Il vecchio adagio "la pubblicità è l'anima del commercio" non si può applicare all'ambito medico. Noi non esercitiamo l'arte del commercio, ma la nobile arte della medicina, dove la salute costituisce un bene prezioso e non una merce di scambio.

Il nostro Codice Deontologico recepisce perfettamente questo concetto ponendo dei limiti molto precisi a quello che dovrebbe essere il messaggio pubblicitario. Purtroppo, se dal punto di vista deontologico il concetto è chiaro, dal punto di vista normativo, molto meno.

A questo riguardo, tuttavia, ricordo che chi esercita l'Odontoiatria è, per legge, sottoposto al Codice Deontologico ed è tenuto a rispettarlo per il bene della salute pubblica e della propria professione.

**Gli Ordini Professionali, proprio in virtù di questo mandato conferitogli per istituzione, sono chiamati a vigilare sui messaggi pubblicitari per il bene della collettività.**

In ambito sanitario non bisognerebbe neppure parlare di pubblicità ma di **pubblicità dell'informazione.** Questo concetto sottolinea quanto sia importante **la veridicità del messaggio pubblicitario.** Un messaggio inesatto, o addirittura falso, rischierebbe di indurre il cittadino, ovviamente privo di competenze mediche, a "desiderare" una terapia non sicura o dai risultati incerti semplicemente perché risulta vantaggiosa economicamente per il Professionista. Appare ovvio che questo sarebbe lesivo per la salute pubblica ed eticamente assai scorretto.

Gli esami invasivi e potenzialmente pericolosi per la salute, **come gli esami radiografici**, **non possono essere fatti oggetto di pubblicità.** Il DL del 26 maggio 2000, n. 187, all'Articolo n. 3, **"Principio di giustificazione" recita al comma 1: È vietata l'esposizione non giustificata.** Alla luce di questo appare chiaro che**: prima si esegue una visita accurata, poi si valuta la necessità di esami radiografici in base proprio al principio di giustificazione**. Il Cittadino è ignaro di tali problematiche e noi non possiamo, per ragioni commerciali, esporlo a rischi mutageni e cancerogeni. Quando mi trovo a parlare con persone ferrate in ambito pubblicitario ma NON IN AMBITO MEDICO, espongo il concetto che **una radiografia non è assimilabile ad una foto ricordo di un bel momento passato con il dentista durante una visita odontoiatrica**.

**Le prestazioni gratuite non possono essere fatte oggetto di pubblicità**, come chiaramente ricorda il **Codice Deontologico all'Art. 54**, dove la prestazione gratuita costituisce un fatto occasionale e giustificato da fattori etici e non commerciali (accaparramento di Clientela).

E infine, certamente non per importanza, la **"Dignità della professione".** Il messaggio pubblicitario non può non tenere conto di questo concetto. **Se alcune metodologie pubblicitarie sono d'uso comune nell'ambito delle attività commerciali, questo non significa che siano confacenti al decoro ed alla dignità della professione.** Ultimamente, nel mondo di internet stanno prendendo piede siti che basano il messaggio pubblicitario sul concetto dell'**Offerta del giorno.** Ripeto: non siamo dei commercianti, siamo medici e dentisti, non può esistere la "prestazione del giorno" al pari del "menu del giorno" del ristorante. Come ci comporteremo con i nostri Pazienti abituali che si sottopongono alle nostre prestazioni per fiducia ma non hanno acquistato l'Offerta del Giorno"? Praticheremo l'offerta? Questo

risulta commercialmente scorretto perché solamente tramite il sito in oggetto è acquistabile lo sconto. Tutto questo è eticamente scorretto come **risulta deontologicamente scorretto pubblicizzare tramite la professione gli interessi commerciali di altri, nella fattispecie quelli del sito in questione (Art. 58: escludendo qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri).** Non svendiamo la nostra professionalità nella speranza di qualche spicciolo in più.

La forza della nostra professione consiste proprio nella professionalità che sapremo mettere nel nostro lavoro: dedicando al Paziente il tempo necessario, scegliendo quelle terapie che maggiormente si confanno alle esigenze del Paziente stesso, anche in termini economici, **ponendo al centro della nostra prestazione i bisogni del Paziente e non le nostre esigenze commerciali o i nostri narcisismi professionali.** Tutto questo verrà chiaramente recepito dal Paziente che si sentirà trattato da individuo e non da strumento economico. Questo Paziente ci rimarrà fedele e diventerà il nostro migliore veicolo pubblicitario, dal momento che, ad oggi, in un contesto sociale come il nostro, il passa parola costituisce ancora la fonte maggiore di Pazienti. **Tutto questo non solamente è gratuito, ma avremo cooperato per un servizio migliore alla società che ci circonda.**

Con questo non si vuole negare l'importanza della pubblicità, che, tuttavia, deve essere realizzata nel rispetto del Codice Deontologico e senza mai dimenticare la grande dignità del nostro lavoro, che presenta come oggetto della professione stessa un bene prezioso: la salute delle persone.


# 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**

# Riforma degli Ordini delle professioni sanitarie: gli odontoiatri e la ricerca di una piena identità

Andrea Dugato

Sebbene non sia ancora compiuto l'*iter* parlamentare del disegno di legge "Sperimentazione clinica e riforma degli ordini delle professioni sanitarie" approvato in via definitiva dal Consiglio dei Ministri nella riunione del 10 marzo 2011, la disposizione dell'art. 6 – che delega il Governo a riordinare la disciplina degli albi e degli ordini delle professioni sanitarie – ha già diviso il mondo dei dentisti.

All'alba di una possibile scissione fra ordine dei medici e ordine degli odontoiatri, il dibattito sull'opportunità di una piena autonomia amministrativa, politica, gestionale e previdenziale alla rappresentanza ordinistica odontoiatrica è già aperto.

Le posizioni assunte all'interno della categoria professionale sono diverse e non soltanto limitate all'opportunità di un autonomo Ordine degli Odontoiatri, ma estese anche a tematiche più generali volte al futuro della professione e all'individuazione e al perseguimento di una nuova organizzazione del sistema.

La prospettata separazione degli ordini viene infatti percepita da alcuni come una vera e propria "perdita di identità" dalla classe medica e dalla tradizionale appartenenza a un mondo che riconosce, nel giuramento di Ippocrate, la solennità e l'importanza della professione svolta.

Sulla scia di queste riflessioni e a seguito di un sondaggio volto a valutare l'opinione della propria base associativa, l'ANDI ha dunque espresso un parere volto alla piena autonomia dell'albo degli odontoiatri sebbene all'interno dell'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri.

La posizione dell'ANDI, tuttavia, non convince.

Se il *refrain* verso l'autonomia ordinistica consiste nella temuta perdita d'identità rispetto alla classe medica, allora si deve ricordare che sono passati più di vent'anni dalla legge n. 409 del 1985, la quale, stabilendo all'art. 1 che: "*è istituita la professione sanitaria di odontoiatra che viene esercitata da coloro che sono in possesso del diploma di laurea in odontoiatria e protesi dentaria e della relativa abilitazione all'esercizio professionale, conseguita a seguito del superamento di apposito esame di Stato*", ha, di fatto, creato una nuova professione.

C'è un dato indiscusso: dalla legge n. 409 del 1985 è nata una nuova professione. Autonoma, con dignità non minore di quella medica. Non una sorella minore, bensì una sorella che non ha alcun complesso di inferiorità, né in termini di dignità né in termini di riconoscimento generale. È per questo che un ordine autonomo sarebbe il primo riconoscimento per l'autonomia e la dignità.

Ciò in cui si trova oggi la professione degli odontoiatri, piccola parte di un grande ordine, assomiglia ad un limbo o alla metà di un guado. Si è partiti da una sponda e, dopo vent'anni, non si è ancora approdati all'altra. Per quanto possa fare paura, è già precluso ogni ritorno, ed è per questo che conviene arrivare presto sull'altra riva del fiume.

È infatti evidente che dalla nascita di quella nuova professione è derivata, giorno dopo giorno, la necessità di risolvere esigenze vere e specifiche – si pensi alla formazione continua, alla previdenza, alle problematiche legate all'abusivismo e agli adempimenti burocratici della libera professione – che certamente fanno della categoria odontoiatrica un mondo a sé che chiede strumenti più efficaci ed attuali di autoregolazione.

Solo un autonomo e riconosciuto Ordine professionale può garantire, al contempo, un'adeguata risposta ai problemi pratici e il pieno riconoscimento dell'autonoma dignità della professione odontoiatrica.

# Incontro di metà mandato del Consorzio Europeo CAMbrella in Italia

Antonio Morandi

È stata assegnato all'Italia, grazie all'impegno del dott. Paolo Roberti di Sarsina, l'organizzazione della riunione di metà mandato del Consorzio CAMbrella, il primo progetto finanziato nella storia dell'Unione Europea per un'azione di coordinamento sulle Medicine Non Convenzionali, nell'ambito del Settimo Programma Quadro per la Ricerca e lo Sviluppo dell'Unione Europea. La riunione, che è stata ospitata a Bologna a fine marzo nel Museo di Arte Moderna della Fondazione Ca' la Ghironda, messa a disposizione di Roberti di Sarsina dal mecenate bolognese prof. Francesco Martani, è stata coronata da notevole successo sia per i contenuti, che per la perfetta organizzazione dell'evento dovuta alla professionalità e competenza del dott. Paolo Roberti di Sarsina, componente del Consorzio. È la seconda volta che il Consorzio si riunisce al completo dopo l'iniziale riunione del gennaio 2010. Il primo giorno è stato dedicato ad una revisione generale del Consorzio CAMbrella, del lavoro svolto negli ultimi 15 mesi e dei compiti da svolgere nel restante periodo del Progetto. I Coordinatori Wolfgang Weidenhammer, Monika Schagerl e il responsabile amministrativo del progetto Meike Dlaboha hanno ampiamente illustrato le riunioni, i rapporti, i risultati e le attività svolte nei vari paesi europei. In seguito, Jesper Madsen del gruppo 8 (Diffusione e Comunicazione) ha presentato i risultati della valutazione preliminare interna che ha evidenziato un buon livello di comunicazione e collaborazione all'interno del progetto. È seguita quindi un'ampia discussione da cui sono emersi spunti organizzativi per il lavoro futuro e per ulteriori miglioramenti. Il coordinatore Wolfgang Weidenhammer, parlando del futuro dopo il CAMbrella, ha auspicato unfecondo dibattito sui futuri progetti di ricerca sulle Medicine Complementari e Alternative. Il Consorzio ha quindi definito i primi elementi strategici per la futura capitalizzazione dei risultati del CAMbrella. Il secondo giorno è stato caratterizzato da un confronto fra i membri dei vari gruppi del Consorzio, sulla situazione corrente del lavoro. La sessione, presieduta da Helle Johannessen e Torkel Falkenberg, è stato un importante momento in cui tutti i gruppi hanno avuto l'opportunità di illustrare procedure, sfide, difficoltà, risultati preliminari e prospettive future. La sessione successiva presieduta dal Responsabile Tecnico Scientifico Benno Brinkhaus, si è occupata principalmente delle procedure e modalità di comunicazione piuttosto che dei contenuti, risultando in una serie di suggerimenti e iniziative per migliorare il flusso di informazioni fra i gruppi di lavoro e le strutture direttive interne. A queste sessioni è seguito un confronto fra i gruppi di lavoro ed i membri dell'Advisory Board in preparazione della riunione del Comitato Direttivo Scientifico in programma il giorno successivo. Il terzo giorno è stato infatti caratterizzato dall'intenso incontro annuale del Comitato Direttivo Scientifico assieme ai membri dell'Advisory Board. Durante l'incontro sono stati coperti argomenti riguardanti il report di medio termine, le comunicazioni interne, le pubblicazioni effettuate ed in preparazione, pubbliche relazioni, piani per futuri incontri, simposi e per la conferenza finale, e per futuri progetti di ricerca. I tre giorni di intenso lavoro hanno fornito importanti elementi al Comitato per la guida futura del CAMbrella e per la soluzione dei problemi e sfide che si presenteranno nei prossimi mesi.

Between art and nature – CAMbrella Meeting in Italy, March 23-25, 2011
http://www.cambrella.eu/home.php?il=151

**EU FP7 Project 'CAMbrella' to Build European Research Network for Complementary and Alternative Medicine. Forschende Kom-**

**plementärmedizin und Klassische Naturheilkunde 2011;18: doi:10.1159/000327310**
http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowAbstract&ArtikelNr=327310&Ausgabe=255138&ProduktNr=224242

Traduzione dell'Abstract di Antonio Morandi
**Background:** Lo stato delle Medicine Complementari e Alternative (CAM) all'interno dell'Unione Europea (EU) necessita chiarezza. La definizione e terminologia delle CAM è eterogenea. Le terapie, lo stato legale, le regolamentazioni e gli approcci usati variano da stato a stato ma le CAM sono usate diffusamente dai cittadini dell'EU. È stato lanciato un progetto per migliorare la conoscenza dello stato dell'arte delle CAM in Europa.
**Obiettivi e Metodi:** Il progetto ha lo scopo di valutare le condizioni di utilizzo e disponibilità delle CAM in Europa e di definire una roadmap per la Ricerca Europea sulle CAM. Specifici obiettivi sono stabilire un network europeo di centri di eccellenza per progetti in collaborazione, sviluppare una base di consenso sulle terminologie specifiche che descrivono gli interventi delle CAM, creare una base di conoscenza che faciliti la comprensione riguardo le richieste dei pazienti riguardo le CAM e la loro prevalenza, rivedere lo stato corrente della legislazione e politiche riguardanti le CAM e la loro fruibilità, esplorare i bisogni e le attitudini dei cittadini europei riguardo le CAM. Sulla base di queste informazioni verrà creata una roadmap che consentirà un futuro sostenibile e prioritario della Ricerca Europea sulle CAM. Il consorzio CAMbrella raccoglie 16 gruppi di ricerca accademica da 12 stati europei e lavorerà per 36 mesi a partire dal Gennaio 2010. Il progetto sarà diviso in 9 settori di lavoro coordinati da un Management Board e diretti da un Comitato Scientifico con il supporto di un consiglio di esperti.
**Risultati:** I Risultati ottenuti saranno resi disponibili attraverso il sito web del progetto, pubblicazioni con accesso libero ed una conferenza finale, con enfasi sulle attuali e future politiche dell'EU, sui diversi obiettivi raggiunti.

**Dott. Antonio Morandi**, Presidente della Società Scientifica Italiana di Medicina Ayurvedica (SSIMA), Presidente e Direttore della Scuola e del Centro di Medicina Ayurvedica "Ayurvedic Point", Milano http://www.ayurvedicpoint.it; componente della Commissione per le Medicine Non Convenzionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano.

## 36 milioni di morti all'anno per malattie non trasmissibili. Numeri in aumento e catastrofe imminente per economie nazionali

Cardiopatie, ictus, malattie polmonari croniche, tumori e diabete insieme fanno paura. le malattie non trasmissibili sono ormai un killer globale, che colpisce con sempre maggior forza, specie nei Paesi in via di sviluppo. A lanciare l'allarme su queste patologie, colpevoli di uccidere oltre 36 milioni di persone all'anno, è il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), Margaret Chan. Illustrando il primo rapporto mondiale dell'agenzia su questi killers, Chan ammonisce: "Si tratta di un nemico mortale, in allarmante aumento. Cosa che rappresenta una sfida enorme" per la sanità pubblica. Presentando gli ultimi dati, in occasione del "Who Forum on addressing the challenge of noncommunicable diseases" ieri a Mosca, Chan sottolinea che "per alcuni Paesi non è esagerato descrivere la situazione come una catastrofe imminente. Un disastro per la salute, per la società e soprattutto per le economie nazionali". E se l'80% dei decessi si concentra in Paesi a basso e medio reddito, Chan nota: "Le malattie croniche non trasmissibili sferrano un doppio colpo allo sviluppo. Causano miliardi di dollari di perdite per il reddito nazionale, e spingono milioni di persone sotto la soglia di povertà ogni anno". Oltretutto milioni di decessi possono essere evitati, semplicemente rinforzando le misure di prevenzione già note ed esistenti. Ad esempio, le norme anti-tabacco, ma anche spingendo le popolazioni verso un'alimentazione più sana e l'attività fisica e riducendo l'uso degli alcolici. E, di pari passo, migliorando l'accesso della popolazione ai farmaci e alle cure mediche essenziali. Il rapporto mette in luce le azioni 'chiave' per avviare una forte risposta contro la crescente minaccia di malattie croniche non trasmissibili. Una base importante anche per poter valutare le future tendenze nei vari Paesi, in termini di impatto socioeconomico.

* * *

## Da un farmaco a base di oro un nuovo approccio per la cura dell'aids

Auranofin, un farmaco contenente oro noto per il trattamento dell'artrite reumatoide, potrebbe essere la chiave di volta per una cura efficace contro l'Hiv/Aids. Lo studio sul farmaco, pubblicato sulla rivista AIDS da un'equipe internazionale di studiosi coordinati da Andrea Savarino dell'Istituto Superiore di Sanità, descrive come la sostanza riesca a stanare il virus proprio nelle sue "stanze più segrete", in una sorta di "magazzino" virale in cui l'Hiv si annida, perché al riparo da farmaci e anticorpi. È il risultato di una ricerca condotta da un'equipe internazionale di studiosi, di cui è l'autore principale l'italiano Andrea Savarino, dell'Istituto superiore di sanità (Iss). La ricerca è pubblicata oggi su Aids, la maggiore pubblicazione scientifica nel campo. Lo studio – che vede coinvolti, oltre a ricercatori dell'Iss, Anna Teresa Palamara dell'Università di Roma La Sapienza, il gruppo del professor Antonello Mai della stessa Università, il Vaccine and Gene Therapy Institute della Florida, e la company Bioqual nel Maryland (USA) – è stato condotto sulle scimmie infettate con un virus molto vicino all'Hiv: si è visto che in questo magazzino virale nascosto, così inafferrabile (che gli scienziati chiamano reservoir), l'Hiv è presente fisicamente, ma in una forma latente ovvero inespressa, all'interno di un tipo particolare di cellule immunitarie, le cellule T CD4 della memoria. "Si tratta di un'importante scoperta che individua per la prima volta un approccio promettente di possibile eradicazione dei 'reservoir' virali – afferma Enrico Garaci, presidente dell'ISS, che per primo ha intuito e suggerito l'utilizzo dell'*auranofin* –. Le attuali terapie antiretrovirali infatti non sono state in grado finora di identificare questo magazzino del virus, motivo per cui, non appena le terapie vengono sospese, il virus si riattiva prepotentemente. Inoltre, più grande è questo 'serbatoio', più è difficile per il sistema immunitario tenere l'infezione sotto controllo. La grande sfida sarà ora tentare di ridurre l'ampiezza di questo magazzino, mantenendola sotto una certa soglia e vedere se questo permetterà al sistema immunitario di tenere l'infezione sotto permanente controllo". "Questo è stato, negli ultimi anni, l'obiettivo della ricerca sull'AIDS, una sorta di 'Santo Graal' – spiega Savarino – perseguito dagli scienziati con diverse strategie, tra cui le cosiddette 'shock and kill' ('colpisci e uccidi'), con cui si tenta di stanare il virus latente e quindi attaccarlo. Proprio mentre stavamo valutando l'*auranofin* come candidato per la strategia 'shock and kill', ci siamo accorti che il farmaco era quello giusto perché causava la morte delle cellule T della memoria centrale, lasciando però le cellule precursori, ovvero le T CD4 vergini, praticamente intatte. E tutto questo senza risvegliare il virus e il relativo pericolo. Le scimmie hanno mostrato una migliore capacità di mantenere l'infezione sotto controllo e una di loro ha mantenuto per un anno una carica virale bassa, oltreché un livello alto di CD4, proprio le cellule immunitarie vergini che l'HIV decima". Una sorta di remissione dell'infezione, dunque, sebbene non ancora una cura, poiché gli acidi nucleici virali rimangono rilevabili, sebbene i loro livelli siano bassi. "Dobbiamo ancora esplorare tutti gli effetti dell'eliminazione di queste cellule, ma l'approccio sembra promettente anche perché sappiamo che le cellule possono essere rimpiazzate dall'organismo a partire da una nuova sorgente di cellule vergini". Un ulteriore approfondimento di questi effetti sulle scimmie sarà necessario. Solo dopo questo, si potrà pensare a un eventuale spe-

rimentazione clinica sull'uomo. "Nel frattempo – conclude il ricercatore – il consiglio è quello di non comprare il farmaco su e-Bay né di seguire trattamenti fai-da-te". http://journals.lww.com/aidsonline/Abstract/publishahead/Gold_drug_auranofin_restricts_the_viral_reservoir.99231.aspx

* * *

## Il Programma triennale sulla ricerca

Presentato a Roma il 19 aprile scorso dal ministro dell'Istruzione Maria Stella Gelmini il Programma Nazionale della Ricerca 2011-2013 che indica e descrive le azioni innovative per sostenere e accompagnare la crescita economica e scientifica dell'Italia. Il PNR punta all'integrazione tra offerta e domanda di ricerca ed alla costruzione di una rete di piattaforme e infrastrutture tecnologiche, anche per contrastare la crisi economica, in un'ottica di collaborazione europea. Il contenuto operativo del PNR consiste in un numero limitato ma significativo di Progetti Bandiera, finanziati con risorse proprie degli Enti di Ricerca e con quota parte del Fondo Agevolazione e Ricerca (FAR). Il Programma prevede misure a sostegno del capitale umano del mondo della ricerca: definizione e attuazione di un sistema a chiamata per la valutazione di progetti individuali; istituzione di percorsi sperimentali per l'integrazione dei giovani ricercatori in carriere permanenti; rientro dei ricercatori italiani dall'estero e la cooptazione di competenze scientifiche straniere; potenziamento delle scuole di dottorato internazionale in ricerca, per promuovere l'eccellenza e ridurre l'età media degli addetti alla ricerca. A seguito dell'analisi dei principali trend scientifico-tecnologici dei Paesi leader nella ricerca e nello sviluppo, il PNR promuove iniziative per l'innovazione e per consolidare le leadership italiane in settori chiave delle nuove tecnologie: consolidamento delle piattaforme tecnologiche nazionali strettamente connesse alle analoghe strutture europee; sostegno ai distretti ad alta tecnologia che coordinano, localmente, soggetti diversi aventi strategie di sviluppo comuni; accompagnamento alla nascita di poli di eccellenza. Dossier "Il Programma triennale sulla ricerca". http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/pnr_2011_2013/index.html

* * *

## EMA e Farmacovigilanza

Al via il primo di una serie di incontri organizzati per tutto il 2011 e il 2012 dall'EMA in tema di farmacovigilanza. Obiettivo: aumentare la conoscenza dell'argomento e promuovere lo scambio di idee e opinioni fra i principali stakeholders europei, dai rappresentanti dell'industria, alle associazioni di pazienti, dalle società mediche alle autorità nazionali di regolamentazione. Secondo l'EMA, "lo stretto coordinamento e la cooperazione con le parti interessate consentirà un'efficace ed efficiente adozione delle nuove norme che entreranno in vigore nel luglio del 2012". Le discussioni durante il primo incontro hanno evidenziato alcuni aspetti chiave della nuova normativa, tra cui: le modifiche alle ispezioni e ai sistemi di farmacovigilanza; l'uso di una terminologia concordata a livello internazionale sugli standards per lo svolgimento delle attività di farmacovigilanza; i requisiti minimi per il monitoraggio dei dati della rete Eudravigilance. Il prossimo incontro è previsto per il 17 giugno 2011.

* * *

## Cassazione: prosciolti medici su caso "difficile" e "urgente"

Bisogna distinguere "i casi nei quali vi è una particolare difficoltà di diagnosi, sovente accresciuta dall'urgenza" da quelli "in cui il medico è malaccorto, non si adopera per fronteggiare adeguatamente l'urgenza o tiene comportamenti semplicemente omissivi". Per questo la Corte di Cassazione ha confermato il proscioglimento di due medici dell'ospedale di Rossano che, senza stabilire la corretta diagnosi, avevano deciso il trasferimento in un'altra struttura più attrezzata di un paziente giunto in coma al Pronto soccorso. Nessuna indulgenza per i medici che mettono in atto "condotte omissive che non si sa se attribuire a scelte difensive o a carenze di preparazione", ma "una attenta e prudente analisi della realtà di ciascun caso può consentire di cogliere i casi nei quali vi è una particolare difficoltà di diagnosi, sovente accresciuta dall'urgenza; e di distinguere tale situazione da quelle in cui il medico è malaccorto, non si adopera per fronteggiare adeguatamente l'urgenza o tiene comportamenti semplicemente omissivi, tanto più quando la sua specializzazione gli impone di agire tempestivamente proprio in urgenza". È con questa motivazione che la IV Sezione Penale della Corte di Cassazione ha confermato il proscioglimento di un medico del Pronto soccorso e di un cardiologo dell'ospedale di Rossano (Cs) accusati di mancata diagnosi e omissione di alcuni esami in un paziente condotto nella struttura in stato comatoso. Il coma fu attribuito a problemi neurologici e il paziente fu trasferito in un altro ospedale più attrezzato, dove tuttavia morì poche ore dopo. Seconda la Corte Suprema, che ha confermato il "non luogo a procedere" per i due medici per "non aver commesso il fatto", "la sentenza impugnata ha infatti tenuto conto della ambiguità

della sintomatologia e dell'esito degli esami ematochimici, nonché della necessità di avviare con prontezza il paziente alla struttura sanitaria che, nella situazione data, appariva ragionevolmente dotato delle competenze ed attrezzature più adeguate in relazione alla prospettata patologia neurologica". Il paziente, infatti, "non avrebbe potuto comunque essere trattato con successo nelle strutture locali".

* * *

## È pronto il primo atlante 3d del cervello

Il primo atlante tridimensionale al mondo del cervello è pronto: lo hanno annunciato gli esperti dell'Allen Institute for Brain Science, l'istituto messo in piedi dal cofondatore di Microsoft Paul Allen, che in quattro anni sono riusciti a preparare la più dettagliata mappa delle funzioni cerebrali mai realizzata, che è già a disposizione di tutti sul sito http://www.brain-map.org. Il progetto, che si è avvalso di un budget di 55 milioni di dollari, ha identificato e catalogato oltre 1000 siti anatomici grazie allo studio di due cervelli umani donati all'istituto che ha prodotto dati su oltre 100 milioni di punti. Ad essere descritto non è solo il singolo sito, ma anche la particolare espressione genetica e le caratteristiche biochimiche che lo caratterizzano, un'informazione che rende possibile, ad esempio, confrontare la risonanza di un paziente con i dati dell'atlante a caccia di differenze che potrebbero far identificare una patologia: "Finora, semplicemente, non esisteva una mappa del cervello umano così dettagliata", ha dichiarato Alla Jones, direttore generale dell'Istituto. La ricerca terminerà nel 2012, quando saranno mappati anche gli altri sei cervelli a disposizione dell'istituto: dai due analizzati fin qui è emerso che questi sono identici al 94%, e che l'82% dei geni umani ha un'espressione nel cervello.

* * *

## Il lavoro sedentario raddoppia il rischio di cancro

La sedentarietà aumenta i livelli di zucchero nel sangue e provoca un incremento nella produzione di insulina: entrambi i fattori collegati con lo sviluppo del cancro intestinale. È questa la conclusione di uno studio della University of Western Australia che ha pubblicato la sua ricerca sull'American Journal of Epidemiology condotta su circa mille pazienti con tumore all'intestino e poco più di mille individui sani. A tutti è stato chiesto di descrivere la propria attività e il livello di attività fisica svolta. I risultati hanno evidenziato che il lavoro sedentario aumenta il rischio di cancro al colon distale del 44% in un periodo di 10 anni e che l'attività fisica svolta nel tempo libero non compensa i lunghi periodi passati alla scrivania durante il giorno. "I risultati – spiegano gli studiosi – suggeriscono che non esiste quantità di attività praticate nel tempo libero in grado di compensare il danno causato da lunghi periodi di sedentarietà sul posto di lavoro". http://aje.oxfordjournals.org/content/early/2011/03/18/aje.kwq513.abstract?sid=8d81395f-76do-403d-b51a-0b68936be3f8

* * *

## Il declino cognitivo si previene con più attività sociale

Uscire con gli amici, organizzare vacanze, andare in chiesa e partecipare a feste in cui si incontrano altre persone fa bene non solo allo spirito: maggiori livelli di attività sociale diminuiscono il rischio di declino cognitivo. A sostenerlo è uno studio realizzato dalla Rush University Medical Center di Chicago (Illinois, Usa) pubblicato online sull'"American Journal of Geriatric Psychiatry". Lo studio ha visto coinvolti 1.294 adulti anziani di 80 anni di età media e senza segni di declino mentale. Dopo aver escluso dallo studio altre variabili che potevano contribuire all'aumento della demenza senile come l'età, lo stato di salute e lo svolgimento o meno di esercizio fisico, i ricercatori hanno rilevato che gli anziani socialmente più attivi hanno fatto registrare, in media, solo un quarto del tasso di declino cognitivo sperimentato dagli individui socialmente meno attivi. Secondo Bryan D. James, che ha guidato lo studio, la spiegazione potrebbe risiedere nel fatto che "l'attività sociale tra adulti necessita di complessi di scambi interpersonali che potrebbero promuovere la funzione delle principali reti neurali".

* * *

## La Francia vieta le cure anti-grasso

"Dannosi ultrasuoni, laser e infrarossi. "Un decreto con effetti immediati blocca i trattamenti per il dimagrimento localizzato. Né medici né estetisti potranno più praticare la cosiddetta 'cavitazione', la mesoterapia e la carbossiterapia. In Italia 100mila interventi simili ogni anno. Il ministero: "Indagheremo". Il Codacons chiede chiarezza, contrari i chirurghi. La Francia ferma i trattamenti di medicina estetica per il

dimagrimento localizzato. Mentre nei centri estetici italiani si prendono le prenotazioni in vista dell'estate, il governo di Parigi ha deciso una stretta sui cosiddetti rimedi anti-grasso, attraverso un decreto che blocca "mesoterapia, ultrasuoni, laser, infrarossi e radiofrequenza" in quanto rappresentano "un pericolo grave per la salute umana" o quantomeno sono sospettati di esserlo. La decisione è stata presa in seguito a un avviso della Haute Autoritè de Santè (HAS) sulle troppe segnalazioni dei pazienti che, dopo il trattamento, si erano rivolti al ministero della Salute francese. La HAS ha evidenziato "complicazioni gravi" su 23 pazienti che dopo essersi sottoposti a iniezioni di soluzioni ipo-osmolari avevano riportato necrosi cutanee, ematomi, lesioni sub-cutanee, ulcerazioni, trombosi. Addirittura, secondo le autorità sanitarie, per altri dieci pazienti si sono resi necessari interventi chirurgici per risolvere i problemi causati. Il giudizio del ministero non lascia scampo: "Le tecniche di lisi adipocitaria non invasive (e invasive) presentano rischi di danni gravi per la salute umana". Il decreto ha effetti immediati per medici ed estetisti francesi. Il decreto del Ministero del Lavoro e della Salute (n. 0.086/12 aprile), pubblicato sulla gazzetta ufficiale francese lo scorso 12 aprile, vieta sia quelle tecniche di distruzione delle cellule di stoccaggio dei lipidi a fini estetici, sia quelle che usano agenti esterni per ottenere un effetto snellente. "In altre parole – dice Angelica Pippo, presidente della Confederazione Nazionale Estetisti – le tecniche messe nella blacklist francese sono la mesoterapia, gli ultrasuoni ad alta frequenza (una tecnica più conosciuta come "cavitazione"), la carbossiterapia. L'articolo 1 vieta di praticare le terapie 'mesoterapiche', quelle tecniche cioè che prevedono un'iniezione intradermica, con aghi più o meno sottili, di un insieme di farmaci in piccole dosi. L'articolo 2 invece vieta l'utilizzo di altre tecniche basate su agenti fisici esterni, come ultrasuoni focalizzati, laser transcutaneo, infrarossi e radio frequenza". La sentenza ha fatto scalpore anche in Italia in un periodo in cui, dicono gli addetti ai lavori, lievitano in vista della bella stagione le prenotazioni nei centri estecici dove la cosiddetta cavitazione, il laser e mesoterapia promettono risultati senza danni. In realtà, afferma il Codacons rivolgendosi al Ministero della Salute e all'Antitrust, il giro di vite della Francia dovrebbe farci riflettere. "Si tratta di metodi di dimagrimento che stanno prendendo sempre più piede in Italia, attirando migliaia di cittadini che – dice il presidente dell'associazione dei consumatori, Carlo Rienzi – specie in questo periodo pre-estivo, sperano di eliminare con velocità i grassi in eccesso". La replica del Ministero della Salute non si è fatta attendere: "Avvieremo un'indagine con l'Istituto Superiore di Sanità per verificare la sicurezza delle pratiche di lipolisi, e se ci sia anche in Italia una casistica relativa alle complicanze collegate a tali trattamenti che ci possa portare a seguire la via decisa dalla Francia". Il Sottosegretario Francesca Martini ha affermato che acquisirà dalla HAS francese "la casistica relativa alle complicanze da utilizzo delle pratiche di lipolisi, che ha portato alla decisione di vietarne l'uso". E precisa che però in Italia non si sono mai registrati, fino a questo momento, casi di complicanze gravi. I chirurghi estetici restano perplessi. "La decisione del Ministero della Salute Francese – dice Emanuele Bartoletti, segretario generale della Società Italiana di Medicina Estetica – ci pare eccessiva. Molte delle pratiche vietate dal Ministero della Salute Francese, come ad esempio il laser, sono in uso da anni da parte del personale medico e hanno dimostrato buoni risultati con validi margini di sicurezza. Inoltre, su altre terapie indicate dal decreto francese sono stati pubblicati vari studi scientifici che ne attestano la validità. Diverso è il discorso se tali terapie vengano eseguiti da personale non medico". Ma che effetto avrebbe in Italia un provvedimento simile a quello francese? Ogni anno, nel nostro paese vengono effettuati circa 100mila trattamenti di lipolisi, come quelli vietati in Francia, per l'eliminazione del grasso localizzato. La stima è di Nicola Scuderi, chirurgo plastico della Sapienza di Roma, secondo il quale i pazienti sono decine di migliaia. Questi trattamenti, spiega Scuderi, sono "molto richiesti, anche dalle ragazze più giovani, e il settore fa registrare un business di oltre 10 milioni di euro per le sole pratiche di medicina estetica in questione, alle quali va sommato il mercato legato alla commercializzazione delle strumentazioni necessarie". I francesi, sottolinea Scuderi, sono in genere molto severi nelle misure di prevenzione. Il consiglio, in generale, resta sempre quello di "rivolgersi solo ed esclusivamente agli specialisti ed ai centri qualificati".

* * *

## Infezioni resistenti a farmaci. Europei sempre più indifesi contro i super batteri

Cresce, infatti, la resistenza delle infezioni agli antibiotici, legata proprio al cattivo uso di questi farmaci che da difesa numero rischiano di trasformarsi in 'armi spuntate'. Ogni anno nell'Unione Europea oltre 25.000 persone muoiono di infezioni batteriche resistenti, la maggior parte delle quali contratte in ospedale. E nell'area più vasta dei 53 Paesi della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che comprende 53 Paesi, il numero totale dei decessi è sconosciuto per mancanza di dati, "ma la situazione è verosimilmente più seria". È l'allarme di OMS Europa che oggi, in occasione della Giornata mondiale della Salute, ha organizzato – a Roma nella sede della Fao – un seminario sul tema, centrato, in particolare, sulla trasmissione all'uomo delle resistenze attraverso alimenti trattati con antibiotici. La sezione europea dell'organizzazione internazionale, inoltre, punta alla sensibilizzazione, a tutti livelli sul rischio concreto che gli antibiotici 'salvavita' perdano il loro potere curativo, con lo slogan 'Nessuna azione oggi, nessuna cura domani. Difendi la tua difesa'. L'OMS fa inoltre appello a decisori e pianificatori, cit-

tadini e pazienti, medici e personale sanitario, veterinari e allevatori, farmacisti e industria farmaceutica affinché usino gli antibiotici in maniera adeguata e responsabile. "Siamo ad un punto critico in cui la resistenza agli antibiotici sta raggiungendo livelli senza precedenti e nuovi antibiotici non saranno prodotti in tempo", sostiene Zsuzsanna Jakab, direttore Regionale Oms Europa. "Gli antibiotici sono una risorsa preziosa, ma ormai li diamo per scontati e ne abusiamo: oggi circolano superbatteri che non rispondono a nessun medicinale.

* * *

## L-lisina migliora le capacità cognitive nella schizofrenia

La L-lisina, un amminoacido polare essenziale, utilizzata insieme alle terapie convenzionali, può ridurre i sintomi nei pazienti schizofrenici. Lo ha verificato uno studio preliminare, condotto dall'Università di Goteborg, pubblicato dalla rivista BMC Medicine http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/40, secondo cui il farmaco migliora le capacità cognitive nella malattia. La ricerca ha coinvolto dieci pazienti, tutti sotto trattamento da almeno sei mesi, che non avevano avuto episodi psicotici nei 60 giorni precedenti lo studio. Ai soggetti è stata data una dose di 6 grammi di lisina al giorno per quattro settimane, alternata a un placebo. Otto su dieci hanno mostrato un miglioramento delle loro facoltà cognitive misurate con alcuni test all'inizio del trial, dopo un mese e dopo due mesi. "Questo studio è un buon punto di partenza per verificare i benefici della lisina", ha spiegato Caroline Wass, uno degli autori, "la dose era molto bassa e i soggetti in numero limitato, ma i primi risultati suggeriscono che questo farmaco riesce ad alleviare alcuni dei sintomi".

* * *

## Prestazioni sanitarie direttamente in farmacia

Dal 4 maggio prossimo infermieri e fisioterapisti possono erogare specifici servizi all'interno delle farmacie: è quanto dispone il Decreto emanato dal Ministro della Salute, Fazio, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011. Le prestazioni possono essere erogate a carico del Servizio Sanitario Nazionale, sotto la vigilanza dei preposti organi regionali, previa prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Presso le farmacie sono erogabili dagli infermieri: supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo; effettuazione di medicazioni e di cicli inattivi intramuscolo; attività concernenti l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi di consulenza, anche personalizzato; iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie. A domicilio del paziente sono erogabili dagli infermieri, le prestazioni prescritte dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta. Da parte sua, il fisioterapista può erogare all'interno della farmacia la definizione del programma prestazionale volto alla prevenzione, all'individuazione ed al superamento del bisogno riabilitativo; l'attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive e viscerali; la verifica delle rispondenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale. Alle farmacie è fatto obbligo di rispettare tutti i requisiti relativi ai settori professionali, sanitari e tecnico-strutturali, previsti dalla normativa statale, regionale e comunale vigente. Dossier "Evoluzione della farmacia italiana: nuove prestazioni professionali". http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/farmacie_erogazione_servizi/index.html

* * *

## Le persone si distinguono per tre diversi tipi di flora intestinale

Anche a livello intestinale siamo distinguibili in gruppi, gli enterotipi, diversi a seconda della popolazione batterica, la flora intestinale, che alberga dentro di noi. Secondo uno studio pubblicato sulla rivista "Nature" sono stati riconosciuti solo tre diversi gruppi che non dipendono da etnia e origine geografica dell'individuo o da cosa mangia, spiega Peer Bork dell'European Moleular Biology Laboratory di Heidelberg in Germania. I tre gruppi intestinali sono correlati a determinate caratteristiche come età e peso corporeo e potrebbero spiegare perché certe persone assimilano di più i cibi e tendono a ingrassare più di altre oppure perché i farmaci vengono metabolizzati in modo diverso, con efficacia ed effetti avversi differenti, dai diversi individui. I tre 'gruppi intestinali' sono stati battezzati: Bacteroides, Prevotella e Ruminococcus dai nomi dei batteri dominanti in ciascun gruppo. Ognuno di noi ha circa 100 mila miliardi di batteri nel proprio intestino. Ci aiutano a digerire e ci proteggono da infezioni, chiedendo in cambio 'vitto e alloggio'. Con gli esami del Dna negli ultimi anni è stato possibile studiare la flora intestinale e classificarla in dettaglio. Le informazioni genetiche raccolte in questo studio indicano ora che, indipendentemente dalla nostra origine etnica e geografica e da ciò che mangiamo, possiamo appartenere a uno dei tre enterotipi. È emerso che a seconda dell'enterotipo cui apparteniamo siamo più o meno suscettibili a obesità. Inol-

tre che la capacità di produrre vitamine da parte del nostro organismo varia a seconda dell'enterotipo: persone di enterotipo Bacteroides producono molta vitamina C, B2, B5 e H; i Prevotella sono più bravi a produrre la B1 e l'acido folico. http://www.nature.com/news/2011/110420/full/news.2011.249.html

* * *

## Presenza dell'infermiere: cumulativa non alternativa al medico

Cassazione Civile – Il legale rappresentante di un centro medico convenzionato proponeva ricorso avanti al Tribunale contro l'ordinanza ingiunzione emessa nei suoi confronti dall'Asl per la riscontrata mancanza del requisito organizzativo specifico in ragione della riscontrata assenza di un infermiere professionale durante gli orari di apertura degli ambulatori di Dermatologia ed Ortopedia. Si sosteneva a difesa che la presenza dell'infermiere professionale durante gli orari di apertura dei laboratori non poteva ritenersi come condizione per l'accreditamento, ma solo come uno degli indicatori per ottenerlo, sostituibile da altro indicatore più qualificato (nella fattispecie, al momento dell'accertamento era presente in luogo dell'infermiere un medico, a miglior supporto quindi, degli specialisti ambulatoriali). Si è osservato che tra infermiere e medico esiste una differenza qualitativa e non meramente quantitativa. Il requisito, indicato in aggiunta a quello relativo alla presenza di personale medico in possesso della specializzazione per la relativa disciplina, deve ritenersi non alternativo, ma cumulativo.

* * *

## La nascita pretermine è associata al rischio di sindrome ADHD

Un recente studio condotto in Svezia dal Karolinska Institutet, rivela che i bambini che nascono prematuri, hanno maggiori possibilità che nel corso del tempo si manifesti la sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD). I ricercatori hanno scoperto che tale rischio è consistente anche nei bambini nati solo tre settimane prima del termine naturale della gravidanza. Lo studio, condotto da Karolina Lindström, ha analizzato un database svedese di 1.242.459 bambini dai 6 ai 19 anni. Gli studiosi hanno rilevato che i nati tra la 23° e 28° settimana rischiavano 2 volte e mezzo di più la probabilità di vedersi diagnosticare l'ADHD. Anche per lieve prematurità, essendo nati tra la 37° o 38° settimana, il rischio raggiungeva comunque il 20%. È evidente che il nascere prematuri non è l'unico fattore che influisce sul rischio di una successiva diagnosi di disturbo da deficit di attenzione. I fattori socio-economici in cui cresce il bambino giocano sicuramente un ruolo. http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/peds.2010-1279v1

* * *

## Lavoro: riviste le regole per congedi, permessi e aspettative

Rivista la normativa in materia di congedi, permessi e aspettative fruibili dai lavoratori dipendenti sia pubblici che privati. Il Consiglio dei Ministri del 7 aprile 2011 ha approvato in via preliminare uno schema di decreto legislativo. Tra le novità: permessi per assistenza ai soggetti portatori di handicap grave; nel caso in cui la persona assistita è residente in un comune situato a distanza stradale superiore a 150 Km rispetto a quello di residenza del lavoratore, si stabilisce che quest'ultimo avrà l'obbligo di attestare il raggiungimento del luogo di residenza del disabile, con titolo di viaggio o altra documentazione idonea; congedo di maternità: in caso di interruzione spontanea o terapeutica della gravidanza successiva al 180° giorno dall'inizio della gestazione, le lavoratrici, su loro richiesta, possono riprendere l'attività lavorativa in anticipo rispetto alla normativa vigente; Congedo parentale: viene precisato che per ogni minore con handicap grave, la lavoratrice madre, o in alternativa il lavoratore padre (anche adottivi) hanno diritto di fruire – entro il compimento dell'ottavo anno di vita del bambino – del congedo parentale, in misura continuativa o frazionata, per un periodo massimo non superiore a tre anni, a condizione che il bambino non sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati. Inoltre il dipendente potrà assistere il coniuge, o un parente o affine entro il primo o il secondo grado, solo se i genitori o il coniuge della persona con handicap grave abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti. http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/riordino_congedi/

* * *

## Diabete costa 1 mln di euro l'ora al SSN, 9,2 mld l'anno

Ben 1 milione di euro ogni ora. È il costo che il Servizio Sanitario Nazionale italiano deve sostenere per curare il diabete, che in tutto necessita di 9,2 miliardi di euro l'anno, pari al 9% di tutte le risorse a disposizione per la sanità del nostro paese. Sono i numeri del rapporto 'Diabete in fatti e cifre in Italia', presentato a Roma al 4° Changing Diabetes Barometer Forum. A sorpresa, non è il trattamento del diabete in se stesso che costa di più, ma quello delle sue complicanze: infatti solo il 7% della spesa riguarda i farmaci,

mentre il 25% è legato alle terapie per le complicanze e le patologie concomitanti e il 68% è relativo al ricovero ospedaliero e alle cure ambulatoriali.

* * *

## Statistiche di utilizzo da parte degli iscritti all'Ordine delle risorse scientifiche online nel periodo Aprile 2010-Marzo 2011

Si ricorda che grazie ad un accordo siglato con EBSCO Information Services tutti gli iscritti all'Ordine hanno a disposizione oltre 900 riviste medico-scientifiche per migliorare la propria professionalità. Sono tutte consultabili senza limitazioni di sorta, le informazioni sono full text e comprendono la possibilità di scaricare gli articoli e le monografie nel comodo formato Pdf. Inoltre la ricerca online può essere eseguita per parola chiave, per argomenti, per pubblicazioni, per indici o per riferimenti citati.

* * *

## Ogm: tracce pesticidi ed erbicidi in donne e feti per alimentazione, studio

Tracce di pesticidi ed erbicidi associati alla coltivazione di Ogm sono state riscontrate in un campione di donne incinte e nei loro feti, oggetto di uno studio dell'Università di Sherbrooke, in Canada. La ricerca – pubblicata sulla rivista "Reproductive Toxicology" e segnalata dalla Fondazione diritti Genetici – è stata condotta su 69 donne, di cui 30 incinte, di cui sono stati misurati i livelli ematici degli erbicidi a base di glifosato e glufosinato, e della proteina insetticida Cry1Ab prodotta dai geni del batterio del suolo Bacillus thuringiensis (Bt). Dalle analisi del sangue è emersa la presenza di metaboliti di glufosinato nel 100% delle donne incinte e dei campioni di cordone ombelicale, mentre la tossina Cry1Ab è stata riscontrata nel 93% delle donne incinte e nell'80% del cordone ombelicale esaminato. L'obiettivo dei ricercatori era verificare se la dieta quotidiana potesse rappresentare un fattore di esposizione a questi composti chimici e acquisire i dati utili a una successiva e più approfondita analisi sui possibili risvolti sanitari, in particolare per la riproduzione femminile e il corretto sviluppo del feto. Poiché gli individui selezionati non sono mai entrati in contatto diretto con gli erbicidi, la loro presenza nel corpo umano è stata attribuita all'alimentazione, lasciando ipotizzare un identico rischio di esposizione per la maggioranza della popolazione a causa della forte presenza nella dieta canadese di cibo Ogm."La valutazione dei rischi sanitari connessi agli erbicidi e agli insetticidi è da tempo al centro del dibattito nel mondo scientifico – commenta Fabrizio Fabbri, direttore scientifico della Fondazione diritti genetici – e gli autori dello studio canadese hanno fatto appello a tossicologi, nutrizionisti ed esperti della riproduzione affinché, utilizzando i loro dati, approfondiscano ulteriormente il fattore di rischio sanitario eventualmente attribuibile all'esposizione a queste molecole, soprattutto nella fase prenatale. Questo dato – continua Fabbri – è di estrema importanza, visto che la maggior parte delle colture Gm commercializzate in Nord America presenta caratteristiche di resistenza agli erbicidi e/o la produzione di una proteina insetticida".

* * *

## Tribunale per i Diritti del Malato, 90 pronto soccorso sotto la lente d'ingrandimento

Segni di incuria e sporcizia, vie di fuga, percorsi biancheria sporca-pulita; intasamento e presenza di letti aggiunti o barelle in osservazione breve, tempi effettivi per il ricovero. Sono alcuni degli aspetti che saranno monitorati oggi, in 90 pronto soccorso italiani, dai volontari del Tribunale per i Diritti del Malato-Cittadinanzattiva. Il monitoraggio è promosso in occasione della quinta Giornata europea dei diritti del malato, in corso in 20 dei 27 Paesi della Unione europea, iniziativa di Cittadinanzattiva che ha ricevuto in Italia il patrocinio della Fondazione chirurgo e cittadino e il sostegno della Johnson Johnson Medical. I risultati saranno presentati a giugno. Il monitoraggio –riferisce il TDM in una nota- prenderà in esame molteplici aspetti, tra cui posti a sedere disponibili per l'attesa sufficienti per il numero di persone presenti, presenza del servizio di vigilanza e di un infermiere che supervisioni la situazione, ambulanze ferme per insufficienza di barelle. Particolarmente rilevante sarà la mobilitazione nel Lazio, in cui saranno monitorati tutti i Dea presenti sul territorio regionale. Per il TDM, un quadro "allarmante" sui pronto soccorso è quello che emerge da una indagine conoscitiva promossa dalla commissione Igiene e sanità del Senato. Ad esempio, spiega il Tribunale per i Diritti del Malato, anche di fronte al sospetto di un possibile infarto, al pronto soccorso si può aspettare sino a 10 ore per la visita di un medico. In molte regioni si vive una situazione vicina al collasso con lunghe file negli ospedali e cittadini sempre più in difficoltà, dovuta all'aumento degli accessi fino ad arrivare a 30 milioni di richieste, senza il proporzionale e necessario aumento del personale. Dal rapporto della Commissione, i problemi maggiori soprattutto in alcune regioni.

Nel Centro Italia: Abruzzo, Lazio e Molise; al Sud: Campania, Puglia e Sicilia. In Abruzzo, i tempi massimi di attesa negli Eas (pronto soccorso ad alta specialità) toccano i 450 minuti, ben 7 ore, mentre la media regionale si attesta intorno ai 240 minuti. Fra i maggiori problemi c'è in particolare l'assistenza per attacco cardiaco/infarto miocardico acuto: solo il 10% dei pazienti giunge in Unità di terapia intensiva coronarica entro le prime due ore, e un altro 30% impiega tra le due e le sei ore dall'inizio dell'evento acuto. Il tempo medio di attesa pre-intervento medico è di 200 minuti sul territorio nazionale, con picchi di 600 minuti, ossia dieci ore. Un altro problema di forte carenza sono le ambulanze e gli elisoccorso per il trasporto. "Le ambulanze stazionano troppo in ospedale, sottraendo risorse al territorio", si legge nel documento del Senato. Un tempo accettabile sarebbe intorno ai 30 minuti, ma per i Dea (Dipartimento emergenza sanitaria) la media in Liguria è di 46 minuti e in Sardegna di 60 minuti, mentre per pronto soccorso ad alta specialità i tempi massimi "sono assurdi", come nel Lazio, 127 minuti di attesa, o in Puglia, 154 minuti.

* * *

## Studi su tossicità

Non tutti reagiscono allo stesso modo dopo aver preso un identico farmaco. Per evitare possibili effetti avversi, o episodi di tossicità anche letali, è allo studio un semplice test, basato sulla farmacogenetica: lo studio delle variazioni individuali nella sequenza del Dna relativa alla risposta a un farmaco. Obiettivo, selezionare in modo semplice il medicinale giusto alla dose più adatta per ogni malato. E, naturalmente, evitare reazioni avverse o trattamenti inefficaci. La ricerca è descritta da Tara Sander del Medical College of Wisconsin (Usa), prima autrice di un poster presentato a 'Experimental Biology 2011' a Washington, relativo allo studio per sviluppare un test di farmacogenetica forense. L'analisi, infatti, può essere usata su una persona viva ma anche su un cadavere. In caso di morte, può aiutare a capire se la tossicità dei farmaci in esame sia dovuta al genotipo del soggetto, e quindi fornire nuove prove agli investigatori. Sander e i suoi colleghi hanno esaminato alcune varianti genetiche specifiche, per vedere se il loro test sperimentale rilevasse il genotipo corretto nei campioni da valutare. I risultati hanno mostrato che l'Abi TaqMan Drug Metabolism Genotyping and Copy Number Variant è stato in grado di rilevare il genotipo corretto in 52 dei 54 campioni, con il 96% di accuratezza. Così, dunque, si avvicina sempre di più la medicina personalizzata, che consentirà presto di svelare tossicità, sensibilità e performance alterata delle molecole nei singoli soggetti. Per 'disegnare' una terapia farmacologica sempre più su misura. "I test di farmacogenetica sono in prima linea nella riduzione delle reazioni avverse da farmaci e nell'aumentare la loro efficacia. In futuro spero che sempre più medici applicheranno questo approccio nel disegnare un piano terapeutico, per ridurre i casi di reazione ai farmaci e gli esiti letali. Ci sono ancora casi in cui una persona riceve il farmaco sbagliato o una dose errata. Con la conoscenza del genotipo di ciascun paziente, questo potrebbe essere evitato".

Margherita Lopes

* * *

## Per raggiungere equilibrio in info su rischi e benefici cure FDA, al via 3 studi per pubblicità online in Usa

La FDA annuncia tre studi per risolvere "questioni relative al raggiungimento di un equilibrio nella promozione dei medicinali online diretta ai consumatori". I tre studi, che coinvolgeranno consumatori con una patologia riconducibile ai prodotti esaminati analizzeranno i differenti metodi adottati per presentare le informazioni sui rischi e i benefici dei medicinali branded, sui siti Internet delle principali aziende. Il primo studio, con 4.000 partecipanti, esaminerà il formato delle informazioni sui rischi, ad esempio se vengono presentate in un paragrafo o un elenco puntato, e la loro visibilità, cioè se possano essere consultate senza dover scorrere il cursore verso il basso, sulle homepage dei vari siti. Il secondo studio, di 2.000 partecipanti, si soffermerà su come la presenza di video con testimonial o altri sistemi interattivi possano influenzare la comprensione dei rischi e dei benefici delle terapie. Infine, l'ultima indagine, con 3.600 partecipanti, esaminerà se i collegamenti con organizzazioni esterne, come l'American Heart Association, a cui si fa riferimento nei siti, possa influenzare la percezione dei rischi-benefici.

* * *

## Comunicato stampa congiunto AUSL ed ARPA

In relazione al comunicato congiunto AUSL ed ARPA ieri diffuso circa la ricerca di diossine in alimenti promossa dall'ISDE, apprezziamo innanzi tutto che la pur limitata indagine da noi condotta sia stata considerata uno stimolo per ulteriori approfondimenti, come viene affermato nelle conclusioni del comunicato stesso. Non abbiamo mai pensato di sostituirci alle Istituzioni preposte alla tutela della salute umana e dell'ambiente: con la nostra indagine abbiamo voluto piuttosto sollecitare l'estensione della ricerca delle diossine alle matrici biologiche (accumulatori per eccellenza di tali sostanze) esposte alla ricaduta delle emissioni di impianti che ne sono una sorgente indiscutibile, ovvero i due inceneritori di Forlì in funzione

da circa 40 anni. Ricordiamo che l'area circostante i due impianti – per un raggio di 3,5 km – è stata oggetto di uno studio epidemiologico condotto per esposizione a metalli pesanti (presi come marker delle emissioni degli inceneritori) da cui sono emersi rilevanti rischi per la salute umana crescenti con i livelli di esposizione stimati sulla base di un modello di ricaduta. Non va dimenticato che fu proprio sulla base di questi risultati che la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici dell'Emilia Romagna nel 2007 chiese una moratoria su nuovi insediamenti o ampliamenti di inceneritori e che la Regione Emilia Romagna dette avvio allo studio Moniter. Sicuramente – come affermato nel comunicato di ARPA ed AUSL – la presenza di contaminanti persistenti e pericolosi quali le diossine, è da far risalire ad emissioni che si sono accumulate nel tempo in un territorio in cui gli inceneritori ne hanno rappresentato una fonte indiscutibile: non risultano infatti presenti altri insediamenti industriali di particolare rilievo per quanto riguarda le emissioni di tali sostanze. I risultati da noi ottenuti, pur essendo certamente limitati, sono a nostro avviso indicativi in quanto coerenti con il modello di ricaduta delle emissioni utilizzato per lo studio epidemiologico più sopra citato. Essi sembrerebbero rendere ragione della prescrizione a suo tempo data dal Dipartimento di Prevenzione dell' AUSL di Forlì nel corso della procedura autorizzativa per il raddoppio dell'inceneritore di rifiuti urbani: l'ampliamento da 60.000 a 120.000 tonnellate poteva avere luogo se il flusso di massa degli inquinanti emessi fosse rimasto invariato, dal momento che il territorio risultava già sottoposto a pesante contaminazione ambientale e non poteva quindi sopportare ulteriori aggravi. Non venendo garantito il rispetto di questa prescrizione, essa fu superata con l'innalzamento del camino e l'aumento della velocità di espulsione dei fumi al fine di diminuire le concentrazioni degli inquinanti al suolo. Non ci sembra che un simile accorgimento possa essere considerato adeguato per la tutela della salute, specie se ci troviamo all'interno della Pianura Padana ( uno dei territori più inquinati del Pianeta, ma anche a spiccata vocazione agricola) in cui il ristagno dell'aria è costante; è ovvio che così facendo ci si limita a distribuire le sostanze tossiche su una superficie più ampia e si aumenta il numero dei soggetti esposti a contaminazione alimentare. Se il territorio circostante gli impianti è veramente contaminato da diossine in misura tale da compromettere la sicurezza di prodotti alimentare locali – come suggeriscono i risultati delle nostre analisi – come è ammissibile che si possano ritenere ininfluenti le ulteriori emissioni che provengono da impianti evitabili quali gli inceneritori? Venendo poi alle rassicurazioni fornite, saremmo più tranquilli se AUSL ed ARPA fornissero esaurienti risposte ai seguenti quesiti: 1) Quanti dei 24 campioni analizzati nel biennio 2009-2011 riguardavano animali allevati all'aperto e alimentati con mangimi di provenienza locale? 2) Fra questi ultimi, quanti erano allevati entro l'area di 3,5 km di raggio intorno agli inceneritori di Forlì e come erano collocati rispetto alla mappa di dispersione utilizzata nello studio epidemiologico sopra citato? 3) Le 8 analisi effettuate nel 2011 sono esaustive di tutti i controlli eseguiti nel corso di questo anno? 4) Visto che si afferma che i prelievi sono stati effettuati fra 3 ed 8 km dagli impianti, quanti sono e come sono georeferenziati rispetto alla mappa di ricaduta quelli compresi fra i 3 ed i 3,5 km? Anche le nostre uova a 3,8 km, direzione sud-sud est, sono risultate nei limiti di legge! 5) Sono stati previsti campioni a distanza più ravvicinata rispetto agli inceneritori e soprattutto collocati nel livello di massima esposizione individuato secondo la mappa di ricaduta utilizzata nello studio di cui sopra?
Inoltre, per quanto riguarda tanto le analisi a camino quanto quelle nel punto di massima ricaduta al suolo effettuate da ARPA, vorremmo sapere quale è la strumentazione utilizzata e con quale accreditamento, dal momento che ricordiamo le dichiarazioni pubblicate sulla stampa dell'allora direttore dell'ARPA di Forlì , Dott. Franco Scarponi, che molto candidamente ammetteva che ARPA non era in grado di effettuare analisi per le diossine. Cosa è cambiato rispetto ad allora? Vorremmo infine richiamare che il Servizio Sanitario Nazionale ha fra le proprie finalità, come risulta dall'art. 2 della sua legge istitutiva: "... la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro; ....la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro". Pertanto la "sorveglianza della salute" rappresenta solo una parte del mandato istituzionale dell' AUSL e dovrebbe essere esercitata nell'ottica della prevenzione delle malattie, in primo luogo con la Prevenzione Primaria, ovvero con la riduzione dell'esposizione delle persone agli agenti nocivi, specie se provenienti da attività concretamente evitabili come l'incenerimento dei rifiuti. Auspichiamo che dalle indicazioni emerse anche grazie alle nostre indagini, prenda avvio un approfondimento ancora più puntuale circa la presenza di contaminanti nelle matrici biologiche, incluso il latte materno – indicatore ideale dell' inquinamento – e degli effetti che tutto questo comporta sulla salute in particolare dell'infanzia. Riteniamo indifferibile l'esigenza di passare dalla parole ai fatti riducendo l'esposizione della nostra popolazione ad inquinanti pericolosi e persistenti, provenienti da impianti del tutto superflui come gli inceneritori.

ISDE Forlì - Forlì 23 Aprile 2011

* * *

## Cervello: 'fotografato' mentre impara. Studio internazionale sul funzionamento della memoria

Quando impara nuove cose, il cervello si modifica creando veri e propri circuiti in cui viaggiano i ricordi. Lo ha fotografato in azione la ricerca pubblicata nell'edizione online di "Nature", condotta tra Italia, Svizzera e Germania, coordinata da Pico Caroni, dell'istituto Miescher di Basilea. Oltre a dare per la prima volta

informazioni importanti sul funzionamento della memoria, la ricerca apre alla possibilità di scoprire le basi molecolari di ricordi persistenti legati a fobie e ansie. http://www.nature.com/nature/journal/vaop/ncurrent/full/nature09946.html

* * *

## Info comparative, queste sconosciute - Troppe nuove molecole ne sono prive al momento del via libera FDA

Solo la metà dei nuovi farmaci approvati negli ultimi dieci anni negli Stati Uniti 'vantava' dati di efficacia comparativa al momento del disco verde della FDA. Mentre circa due terzi erano corredati da queste preziose informazioni se esistevano opzioni di trattamento alternativo. È quanto emerge da uno studio americano pubblicato su "Jama". Nel 2009 il Congresso ha destinato 1,1 miliardi dollari per la ricerca sull'efficacia comparativa, definita come "la generazione e la sintesi di elementi di prova che mettano a confronto i benefici e rischi di metodi alternativi per prevenire, diagnosticare, trattare e monitorare una condizione clinica o per migliorare le cure". Una tipologia di informazioni molto utili per i decisori in particolare poco dopo l'approvazione all'immissione in commercio, quando i dati dei monitoraggi post-marketing e quelli dei grandi studi di confronto multipli non sono ancora disponibili. "L'efficacia comparativa sta assumendo un ruolo sempre più importante – scrivono gli autori della ricerca – e negli Stati Uniti si sa ancora poco sulla disponibilità dei dati di efficacia comparativa dei farmaci al momento della loro approvazione". Così Nikolas H. Goldberg e i suoi colleghi di Brigham and Women's Hospital e dell'Harvard Medical School di Boston hanno condotto uno studio per determinare la percentuale di farmaci approvati di recente, che fossero corredati dai dati di efficacia comparativa al momento della autorizzazione all'immissione in commercio negli Stati Uniti. I dati necessari per lo studio sono stati ottenuti dalla banca dati online dei prodotti medicinali approvati dalla Fda tra il 2000 e il 2010. Così, dei 197 nuovi farmaci 'analizzati' e approvati nel periodo in esame, il 51% (100 medicinali) presentava i dati di efficacia comparativa al momento della autorizzazione alla commercializzazione. Dopo aver escluso i prodotti orfani (37) e quelli approvati per indicazioni per le quali non esistevano cure alternative (17), la proporzione è salita al 70%. Su base annua, la quota di nuove molecole con dati di efficacia comparativa (esclusi i farmaci orfani e quelli per i quali non esiste un trattamento alternativo) varia tra il 50% nel 2008 e il 92% nel 2010. I ricercatori hanno scoperto, inoltre, che la disponibilità dei dati di efficacia comparativa era più comune per alcune indicazioni terapeutiche, tra cui il diabete mellito (89%) e le malattie infettive (73%), rispetto ad altre, come gli ormoni e i contraccettivi (33%), o i medicinali anti-cancro (35%).

* * *

## Cala la spesa farmaceutica convenzionata ma sale la spesa ospedaliera

La spesa farmaceutica convenzionata netta a carico del Servizio sanitario nazionale (Ssn), nel 2010, ha fatto registrare una diminuzione dello 0,7% rispetto al 2009, a fronte di un aumento del numero delle ricette del 2,6%. Continua, invece, ad aumentare la spesa farmaceutica ospedaliera che (dati Aifa) ha raggiunto i 4,21 miliardi, vale a dire 1,695 miliardi più (+67%) del tetto di legge, fissato a quota 2,52 miliardi. Lo comunica Federfarma, la Federazione nazionale unitaria dei titolari di farmacia italiani. Nel 2010 le ricette sono state quasi 587 milioni, pari a 9,84 per ciascun cittadino. Le confezioni di medicinali erogate a carico del Ssn sono state oltre 1 miliardo e 73 milioni, con un aumento del 2,6% rispetto al 2009. Ogni cittadino italiano ha ritirato in farmacia in media 18 confezioni di medicinali a carico del Ssn. L'andamento della spesa nel 2010 continua a essere influenzato dall'incremento del numero delle ricette e dal contestuale calo del valore medio delle ricette stesse (-3,2%): si prescrivono più farmaci, ma di prezzo mediamente più basso. Tale risultato è dovuto alle riduzioni dei prezzi dei medicinali varate a più riprese dal Governo e dall'Aifa, al crescente impatto del prezzo di riferimento per i medicinali equivalenti, a seguito della progressiva scadenza di importanti brevetti, e alle misure applicate a livello regionale. A seguito degli interventi regionali sui ticket l'incidenza sulla spesa lorda delle quote di partecipazione a carico dei cittadini è passata dal 6,6% del 2009 al 7,6% del 2010. Nelle Regioni con ticket più incisivo le quote di partecipazione hanno un'incidenza sulla spesa lorda tra il 6,3% e il 10,8%. Da notare l'aumento medio dell'incidenza delle quote pagate dai cittadini anche nelle Regioni che non applicano ticket sui farmaci (dove i cittadini pagano solo l'eventuale differenza tra prezzo di riferimento e prezzo della specialità medicinale più costosa): in queste Regioni, nel 2010, le quote di partecipazione hanno avuto un'incidenza sulla spesa lorda tra il 3,4% e il 4,6%, che oscillava, però, tra il 2,7% e il 3,7% nel 2009. Il maggior onere per i cittadini è dovuto in gran parte alle polemiche strumentali che hanno investito i farmaci generici, accusati di scarsa efficacia, e la sostituzione da parte del farmacista. Tali polemiche hanno fatto sì che i cittadini siano resi diffidenti nei confronti

del generico e tendano spesso a preferire il farmaco di marca, pur dovendo pagare la differenza di prezzo. Nel 2010 i farmaci per il sistema cardiovascolare sono stati ancora una volta la categoria più prescritta a carico del Ssn, con un aumento del numero delle confezioni del 2,8%, a fronte di un calo di spesa dello 0,7%, dovuta alla diffusione, all'interno di questa categoria, di medicinali a brevetto scaduto. In forte aumento i consumi di medicinali per l'apparato gastrointestinale, in particolare inibitori di pompa protonica (+8,7%), e per il sistema nervoso (+4,7%). In calo, invece il ricorso ad antimicrobici (-5%). Per quanto riguarda i 10 principi attivi a maggior spesa Ssn, ai primi posti ci sono due statine, l'atorvastatina e la rosuvastatina, quest'ultima con un aumento di confezioni del 18,4% e un aumento di spesa del 19,2% rispetto al 2009. Ci sono poi ben 4 inibitori di pompa protonica: lansoprazolo, esomeprazolo, omeprazolo e pantoprazolo.

* * *

## FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Comunicazione n. 28

Ai Presidenti degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Ai Presidenti delle Commissioni per gli Iscritti All'albo degli Odontoiatri - Loro sedi
È giunta notizia che il Registro Italiano dei Medici, così come già aveva fatto in passato, sta inviando nuovamente ai professionisti italiani una richiesta di aggiornamento dati concernente, in realtà, una iniziativa di carattere pubblicitario e commerciale da cui discendono sostanziosi oneri economici a carico dei sottoscrittori. Poiché in passato molti medici, credendo di trovarsi di fronte ad una iniziativa ordinistica, avevano imprudentemente sottoscritto la modulistica inviata dal Registro stesso, trovandosi di fronte a successive richieste onerose di pagamento, invitiamo tutti gli Ordini a dare tempestiva informazione ai propri iscritti.

Cordiali saluti, IL PRESIDENTE Dott. Amedeo Bianco

* * *

## Europa, 39 mila morti l'anno per diarrea. OMS, nel 90% colpa è acqua non sicura e poca igiene

In Europa sono circa 207 milioni gli incidenti e 39mila i morti causati ogni anno da fenomeni diarroici che, nel 90% dei casi sono da addebitare all'uso di acque insalubri, servizi igienici inadeguati o alla poca igiene. Lo afferma l'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui nel mondo le patologie diarroiche sono la seconda causa principale di malattia e per i bambini sotto i 5 anni la diarrea è la seconda causa di morte.

* * *

## Misura provvisoria in attesa di report finale su rischi Pandemrix atteso a luglio - Vaccino pandemico e narcolessia, info e medici nel foglietto

Modificare le informazioni sul vaccino pandemico Pandemrix (Gsk) consigliando ai medici di prendere in considerazione i risultati preliminari di studi epidemiologici sul suo legame con la narcolessia e di eseguire singole valutazioni sul profilo rischio-beneficio nell'impiego del prodotto in bambini e adolescenti. È quanto raccomanda il CHMP dell'EMA. Si tratta di un provvedimento provvisorio, in attesa del risultato finale dell'analisi sul vaccino impiegato contro il virus pandemico A/H1N1, che si dovrebbe concludere nel mese di luglio 2011. Il CHMP ha riesaminato tutti i dati disponibili, come lo studio svedese che aveva indicato un aumento di quattro volte dei casi di narcolessia in bambini e adolescenti (sotto i 20 anni di età) vaccinati con Pandemrix rispetto alle persone non immunizzate della stessa età e altri nuovi dati. Il Comitato ha concluso raccomandando misure provvisorie mentre proseguono gli studi per raccogliere dati in un numero maggiore di Paesi. Ad esempio sono in corso un'indagine dell'European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc) e uno studio dell'azienda produttrice GlaxoSmithKline in Canada.

* * *

## Stare troppo davanti alla tv aumenta i rischi cardiaci dei bambini

I bambini che trascorrono più tempo della media guardando la tv tendono ad avere arterie più strette dietro gli occhi, il che aggrava il rischio di contrarre malattie di cuore, pressione alta e diabete più tardi nella

vita. Lo rivela uno studio del Centro per la ricerca sulla vista dell'Università di Sydney, che ha esaminato le arterie dietro gli occhi di circa 1500 bambini di 6 anni di 34 scuole elementari. Ogni ora di televisione, tutti i giorni, è associata, in media, a un restringimento di 1,53 millesimi di millimetro nel diametro arteriale della retina e al rischio di un aumento di 10 mm Hg di pressione arteriosa sistolica, spiega il responsabile dello studio, Bamini Gopinath, sulla rivista Arteriosclerosis Thrombosis and Vascular Biology dell'American Heart Association. Non è chiaro se il restringimento sia riversibile, ma il problema è meno comune nei bambini che trascorrono altrettanto tempo dedicandosi ai videogiochi o al computer, aggiunge. I bambini che trascorrono almeno un'ora al giorno in attività fisica hanno arterie retiniche significativamente più larghe rispetto a quelli attivi fisicamente per meno di un'ora al giorno, i quali tendono anche ad aver abitudini alimentari non sane e ad essere in sovrappeso. ''Questi sono segnali sub-clinici ed è possibile prevenire danni alle arterie e quindi minimizzare il rischio che contraggano malattie cardiovascolari nel futuro'', afferma Gopinath.

* * *

## Il Tai Chi fa bene ai pazienti con scompenso cardiaco

Due ore di Tai Chi a settimana migliorano la qualità della vita dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca cronica: è quanto emerge da uno studio pubblicato su Archives of Internal Medicine dai ricercatori dell'Harvard Medical School di Boston (Usa). La ricerca, condotta su 100 soggetti affetti da insufficienza cardiaca sistolica, ha dimostrato che praticare un'ora di Tai Chi due volte a settimana per tre mesi ha migliorato la qualità della vita dei pazienti, aiutandoli a svolgere con più fiducia gli esercizi fisici e le normali attività quotidiane. ''I pazienti con insufficienza cardiaca sistolica cronica sono sempre stati considerati troppo fragili per poter praticare esercizi fisici – spiegano gli autori –. Il Tai Chi, invece, è sicuro, e può aiutarli a svolgere le attività quotidiane e a migliorare la qualità della vita e l'umore''. http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/short/171/8/750

* * *

## Garattini, benefici ritirando 1 farmaco su 2

"Potremmo ritirare dal mercato il 50% dei farmaci senza procurare danni per la salute umana, anzi ottenendo benefici". Parola del farmacologo Silvio Garattini. La stoccata del direttore dell'Istituto Mario Negri di Milano è per i medicinali da lui definiti "falsi amici". Una categoria "molto affollata", ha spiegato ieri a Milano durante un convegno sugli anziani organizzato dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda). "I falsi amici nel mondo dei farmaci sono tanti, come nella vita. Soprattutto se si pensa che ogni giorno il Servizio sanitario nazionale spende 42 milioni di euro per comprare farmaci e a questa cifra si aggiungono altri 18-20 milioni di euro spesi di tasca propria dai cittadini". Il farmacologo bergamasco mette in guardia gli italiani e consiglia prudenza nell'uso dei medicinali. "Si può fare una prima scrematura: se un farmaco non viene dispensato dal Servizio sanitario nazionale italiano che è già molto generoso, e dunque si trova in fascia C, con molta probabilità non serve a nulla. Io nutrirei molti sospetti nei confronti di questi prodotti", conclude.

* * *

## Annuncio Associazione "Aiutiamo chi aiuta"

Si è costituita a Bologna l'associazione denominata "Aiutiamo chi aiuta". È finalizzata ad aiutare i professionisti (medici, ostetrici, odontoiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori, ecc.) che nell'ambito delle professioni sanitarie e di aiuto sono stati coinvolti in eventi che non potevano essere evitati, come un danno, un danno grave o la morte di un paziente (la cosiddetta "alea terapeutica"). Quando l'evento è seguito da una denuncia per malpractice il professionista è inevitabilmente sotto pressione e le stesse capacità professionali possono essere temporaneamente, a volte definitivamente, compromesse. Inevitabilmente si vivono enormi sofferenze sia sul piano professionale che umano, e i professionisti sono lasciati soli con le loro emozioni, la tristezza, il dolore, il senso di colpa, la vergogna. Se poi, come spesso accade, tali eventi sono riportati nei media, si tende a offrire spazio ai danni subìti dal paziente e al legittimo dolore dei familiari, mentre viene frequentemente ignorato il vissuto dei professionisti e l'impatto negativo di eventuali controversie giudiziarie che possono trascinarsi per anni. Dalle poche ricerche svolte in questo ambito risulta che corrono il maggior rischio psicologico i professionisti che affrontano da soli i vissuti derivanti dall'alea terapeutica. È per questo che l'associazione "Aiutiamo chi aiuta" si propone di non lasciare da soli i professionisti ad affrontare un momento della loro vita professionale che può avere conseguenze irreversibili. Per conseguire le proprie finalità l'Associazione intende aprire "punti d'ascolto" rivolti ai professionisti

nelle principali istituzioni sanitarie, come Aziende USL, Aziende Ospedaliere, Ordini professionali, alle quali offrirà collaborazione. Questi "punti di ascolto" offriranno supporto alla crisi professionale e umana in cui si trova la persona coinvolta.
Altri obiettivi dell'associazione sono:
– attuare ricerche volte a conoscere l'entità e le caratteristiche del fenomeno;
– studiare le conseguenze psicologiche dell'alea terapeutica;
– avviare gruppi di supporto psicologico affinché gli operatori vittime dell'alea terapeutica, che vivono nel timore di un contenzioso, o siano già coinvolti in un contenzioso giudiziario, non siano lasciati soli;
– fornire le informazioni oggettive utili per affrontare al meglio la situazione.
All'Associazione stanno aderendo professionisti che, a vario titolo, si sono occupati di eventi stressanti in ambito lavorativo. L'attuale Consiglio Direttivo è composto da cinque membri: Presidente: dott. Euro Pozzi; Vice Presidente: dott. Cristiano Lastrucci; Consiglieri: dott.ssa Adriana Grotta, prof. Gianni Marocci, dott. Michele Ugliola. Chi fosse interessato alle attività dell'Associazione, a ricevere informazioni o a iscriversi può mettersi in contatto con la seguente mail: aiutiamochiaiuta@libero.it

* * *

## Quattro milioni di europei contraggono infezioni ospedaliere

In Europa, ogni anno, più di 4 milioni di pazienti sono colpiti da circa 4,5 milioni di episodi di infezioni ospedaliere legate alla cura, che provocano 16 milioni di giorni di ulteriore permanenza in ospedale, 37mila decessi e costano 7 miliardi l'anno. Per evitare tali infezioni, in molti casi basterebbe lavarsi correttamente le mani. Lo ricorda l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), che il 5 maggio, come ogni anno, celebra la giornata 'The save lives: clean your hands', giornata sul tema dell'igiene delle mani. Frizionare con il sapone per 20-30 secondi e lavare, sfregare e asciugare per un totale di almeno 40-60 secondi: tanto basta per lavarsi correttamente le mani ed evitare le pericolose infezioni 'ospedaliere' legate all'assistenza sanitaria, che ogni anno colpiscono centinaia di milioni di persone. In particolare, l'Oms individua 5 momenti in cui gli operatori della salute devono lavarsi le mani: prima di toccare un paziente, prima di procedure di pulizia e asettiche, dopo essere stati esposti a fluidi corporei, dopo aver toccato un paziente e dopo aver toccato cose a lui vicine. Nei paesi in via di sviluppo il 5-12% dei pazienti ricoverati in ospedale ha contratto almeno un'infezione ospedaliera tra il 1995 e il 2008 e le più frequenti sono state quelle del tratto urinario. Nelle unità di cura intensiva, la percentuale di pazienti con infezioni sale al 51%, la maggior parte delle quali legate all'assistenza sanitaria.

* * *

## Servizio Sanitario Nazionale: accordo per la ripartizione del fondo

Trovato l'accordo tra governo e regioni su come ripartire i fondi 2011 per il Servizio Sanitario Nazionale che ammontano a oltre 106 miliardi di euro. L'accordo siglato nella Conferenza unificata del 20 aprile contiene, da un lato, alcuni elementi innovativi, dall'altro, riconferma puntualmente i contenuti del Patto della Salute 2010-2012. Nell'accordo, l'impegno a definire dal 2012 nuovi criteri di riparto delle risorse e dei relativi sistemi di ponderazione, contemplando tutti i fattori che incidono sulle cause determinanti le condizioni di salute. I criteri di riparto: come avvenuto per l'anno 2010, il finanziamento "Indistinto", pari a 103.711.906.387, viene ripartito tra le Regioni e Pa sulla base della frequenza dei consumi sanitari della popolazione residente, distintamente per Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e per fasce di età della popolazione stessa. I dati relativi alla popolazione sono quelli stimati ISTAT al 1 gennaio 2010. Il finanziamento "Finalizzato" pari a 669.000.000 viene ripartito tra le Regioni e Pa, distintamente per ciascuna delle sue componenti, in base ai medesimi criteri adottati nel 2010. Per quanto riguarda il finanziamento "Vincolato" sia per le Regioni sia per gli altri Enti da ripartire con la presente proposta, è pari a 401.843.350 euro. Il riparto provvede ad accantonare tra le quote vincolate l'importo di 70.000.000 euro, quale ammontare di risorse destinate alla copertura degli oneri connessi agli accertamenti medico-legali disposti dalle amministrazioni pubbliche per i dipendenti assenti dal servizio per malattia. Dossier "Ripartizione risorse finanziarie da destinare nel 2011 al servizio sanitario".
http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/riparto_risorse_ssn_2011/index.html

* * *

## Per 48 milioni di donne parto senza assistenza

Ben 48 milioni di donne nel mondo danno alla luce un bambino senza alcuna assistenza professionale e due milioni partoriscono in totale solitudine, senza neanche un familiare. Lo rende noto Save the Chil-

dren, nel suo 12/o Rapporto sullo stato delle madri nel mondo. Ogni giorno, dice il rapporto, mille donne e duemila bambini muoiono per complicazioni al momento del parto. In totale, sono 8,1 milioni ogni anno le morti infantili nel mondo, cioè che sopraggiungono entro il quinto anno di vita.

* * *

## Cassazione Civile – (ostetrica che esegue il taglio cesareo: licenziato il medico)

La Corte d'Appello confermava la sentenza resa dal Tribunale dichiarativa della illegittimità del licenziamento per giusta causa intimato al dirigente medico per aver consentito presso la sala parto del presidio ospedaliero, che una ostetrica effettuasse, con l'assistenza del medico, un intervento chirurgico di taglio cesareo e nell'aver eseguito un altro intervento chirurgico di taglio cesareo sempre con l'assistenza dell'ostetrica quale secondo operatore. L'azienda ricorrendo per la cassazione della sentenza d'appello aveva sostenuto la violazione dell'art. 2119 c.c. e dell'art. 36, comma 2 del CCNL 5 dicembre 1996, osservando che la manifesta violazione delle regole della scienza medica e del regolamento ospedaliero relativo al reparto di ostetricia e ginecologia (che non consentivano di delegare funzioni proprie del personale medico ad altri e diversi ausiliari, a ciò non autorizzati, in assenza di particolari situazioni di urgenza, nel caso insussistenti) risultava essere di entità tale da legittimare il recesso per giusta causa. La Cassazione ha affermato che deve ritenersi l'esistenza di una giusta causa di licenziamento, che implica la grave negazione degli elementi essenziali del rapporto di lavoro, allorché il dipendente violi disposizioni legali e regolamentari che regolano l'esecuzione della prestazione e che sono volte a garantire la qualità e l'affidabilità del servizio erogato dal datore di lavoro e a proteggere il diritto alla salute degli utenti del servizio stesso.

* * *

## Certificati di malattia on line

Il decreto ministeriale e le successive circolari applicative relative alla trasmissione telematica dei certificati di malattia, contengono elementi di grande interesse per tutti i medici italiani.
• Si ribadisce che, in presenza di difficoltà alla trasmissione del certificato on line, tutti i medici, pubblici e privati possono continuare a certificare su carta la malattia dei lavoratori dipendenti.
• Si conferma che la trasmissione dei certificati debba essere fatta da tutti i medici sia operanti in struttura pubblica che privata.
• Si stabilisce che dopo tre mesi dalla data del 18 marzo 2011, al termine del periodo transitorio previsto dalla circolare, i datori di lavoro non potranno più richiedere al dipendente la copia su carta del certificato telematico, ma dovranno prendere visione delle attestazioni di malattia dei propri dipendenti avvalendosi esclusivamente dei servizi messi a disposizione dall'INPS.

* * *

## Lea, bene solo otto regioni in Italia. Drammatica la situazione al Sud

Sono solo 8 le Regioni – Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Marche, Piemonte, Umbria, Veneto e Liguria – che, rispettando le norme, hanno adempiuto al loro compito di erogare i Livelli essenziali di assistenza (Lea) in modo efficiente. Basilicata, Sardegna e Puglia se la sono cavata, anche se devono migliorare. Ma per il Lazio e le Regioni del Sud la situazione è "critica" . A rilevarlo è il monitoraggio sui Lea del ministero della Salute, relativo al 2009 e riguardante 17 Regioni (mancano i dati di Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Trento e Bolzano), con un set di 21 indicatori selezionati appositamente dal Comitato Lea sulle macroaree di assistenza (6 indicatori per la prevenzione, 9 per l'assistenza distrettuale, 6 per l'ospedaliera). Ai massimi livelli l'inadempienza del Sud e Isole che non deriva solo dalla carenza di prestazioni in termini quantitativi, ma anche dalla qualità delle prestazioni erogate. È al Sud, ad esempio, che si fa più ricorso al taglio cesareo e che si operano con maggiore ritardo le fratture del femore negli anziani, riducendo così le possibilità di recupero del paziente. Nel dettaglio, la Campania conserva la maglia nera per i cesarei, con un ricorso al taglio nel 61,97% dei parti, seguita dalla Sicilia, con il 53,14%, e dal Molise, con il 48,45%. In generale, tutte le Regioni del Sud, a cui si aggiunge il Lazio, superano il 40% (fa eccezione la

Sardegna, con il 37,77%.). I livelli del Nord, invece, viaggiano sul 30%, con il migliore risultato della Toscana, che con il 26,56% di cesarei si avvicina al limite del 25% per i tagli cesarei raccomandato dall'Oms. E ancora: in Puglia solo il 18,07% degli anziani ricoverati per la frattura del femore viene operato entro 48 ore. Il 22% in Campania e Sicilia, il 25% in Basilicata. Ma va male anche nel Lazio, dove si registra solo il 21,84% degli interventi effettuati entro 48 ore. Certo, i margini di miglioramento sono consistenti anche al Nord, ma la media riesce almeno a raggiungere il 40%, con punte del 59,46% nelle Marche e del 54,16% in Toscana. Tra gli indicatori a rilevare quanto sia spaccata in due l'Italia anche quello relativo allo screening. Per valutarlo il ministero ha preso in considerazione le persone che hanno effettuato test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina, mammella e colon retto. A ciascuno è stato attribuito un punteggio da 0 a 5, che indicava il livello di partecipazione al programma della popolazione target. Il massimo punteggio, 5, significava per lo screening alla mammella una partecipazione di oltre il 60% della popolazione target, negli altri due casi una partecipazione oltre al 50%. Il ministero ha quindi sommato i punteggi di partecipazione agli screening per le tre forme tumorali, registrando la partecipazione massima (punteggio 15, percentuale superiore al 50%) in Toscana, seguita dal Veneto e dall'Emilia Romagna (punteggio 13) e dall'Umbria 11. Al Sud d'Italia questi livelli sono un miraggio. Sicilia e Sardegna hanno un punteggio di partecipazione ai programmi di screening pari a 1, Lazio e Campania registrano 2, Calabria 4, Puglia 6. Significative anche le differenze per il tasso di ricoveri attribuibili a Drg ad alto rischio di appropriatezza. I risultati migliori sono quelli del Piemonte e della Toscana (dove i ricoveri potenzialmente inappropriati sono rispettivamente il 5,20 per mille abitanti e il 6,80), ma in Molise e in Puglia raggiungono il 18,09 e il 16,60. Male anche Sardegna (14,43), Campania (14,02), Calabria (11,68), Abruzzo (12,07) e Lazio (13,26). Ma spicca anche il dato della Lombardia, con il 12,34 di ricoveri potenzialmente inappropriati. La quota più alta registrata al Nord. Forte gap anche per l'assistenza domiciliare integrata. I più assistiti sono gli over 75 enni del Veneto (il 16,7% rientra in un programma di assistenza Adi), seguiti da quelli dell'Emilia Romagna (14,03%) e della Lombardia (10,32%). Dello stesso servizio usufruiscono invece solo l'1,3% dei calabresi over 75enni e l'1,79% degli anziani campani e pugliesi. Altre 6 Regioni non superano il 6% di anziani assistiti in Adi. Ma altrettanto bassa è la percentuale di anziani trattati in strutture residenziali. In Campania avviene solo per lo 0,02% degli over 75enni, in Puglia per lo 0,36%. Punta invece su queste strutture il Veneto, dove ben il 74,58% degli anziani viene trattato in una struttura residenziale. Per tutte le altre Regioni, la quota registra valori molto bassi, per lo più non oltre al 5%, tolto il caso della Basilicata (13,66%), comunque ben lontano dal valore del Veneto. Al contrario, si fa ampio ricorso all'ospedale nel Sud d'Italia. È infatti lì che si registra il più alto tasso di ospedalizzazione, che tocca il massimo in Campania (223,7 per 1.000 abitanti), seguito dalla Sicilia (213,19) e dal Molise (197,58). Il valore minimo se lo aggiudica invece la Toscana, con 148,56, poi il Veneto (150,49) e il Piemonte (159,26). Più alto al Sud rispetto al Nord anche il ricorso ai farmaci. La percentuale di spesa farmaceutica territoriale supera il tetto del 13%, andando oltre il 15%, in Sardegna, Sicilia, Calabria, Puglia, Abruzzo e anche Lazio. Solo la Basilicata si mantiene sotto il tetto, con il 12,83%, valore simile a quello dell'Umbria (12,56%), della Toscana (12,5%), dell'Emilia Romagna (12,2%), della Lombardia (12,04%) e del Piemonte (12,62).

# MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

## Aggiornato al 13 maggio 2011

| Cognome - Nome | Indirizzo | Telefono |
|---|---|---|
| ANTINORI ROSSELLA | Via Sartiano, 136/A – Novafeltria (RN) | 0541/92.22.92<br>339/44.11.264 |
| ANTONACCI NICOLA | Via F.V.Giulia, 8 – Bologna | 051/54.56.23<br>348/53.17.427 |
| APRILE SILVIA | Via Pietralata, 39 – Bologna | 340/37.30.085 |
| ARCURI LUCIANA | Via Larga, 52 – Bologna | 347/31.00.937 |
| BAGNATO FRANCESCA | Via G.Papini,26 – Bologna | 051/63.32.387<br>349/56.38.510 |
| BEGHELLI DAVIDE | Via Salgari, 11 – Casalecchio di Reno | 051/57.04.67<br>339/85.73.075 |
| BERTONCELLI MARCO | Via Mondolfo, 9 – Bologna | 051/45.26.17<br>339/22.98.893 |
| BERTONCELLI SARA | Via Moldolfo, 9 – Bologna | 051/45.26.17<br>340/54.22.924 |
| BONIFACCI SILVIO | Via Bendini 1/A – Imola (BO) | 333/48.60.987 |
| CAIO GIACOMO PIETRO ISMAELE | Via Savigno, 7 – Bologna | 051/62.32.556<br>329/98.26.263 |
| CAMBIO ETTORE | Via Passarotti, 42 – Bologna | 349/71.98.377 |
| CAMILLI MELETANI SIMONE | Via A.Costa, 121/4 – Bologna | 051/61.44.507<br>393/11.18.789 |
| CIVIDINI RICCARDO | Via Andrea Costa, 7 – S.Giorgio di Piano | 333/29.25.188 |
| CORVALLI GIULIA | Via Don Sturzo, 25 – Bologna | 339/77.43.282 |
| COSTANZO ELISABETTA | V.le P.Pietramellara, 35 – Bologna | 051/25.45.61<br>333/71.33.638 |
| DE SANDO VALERIA | Via Marx, 1 San Pietro a Maida | 349/21.20.406<br>0968/79.272 |
| DE MUTIIS CHIARA | Via A.Costa, 42 – Bologna | 347/53.14.832 |
| DI CIOMMO MARIA LUISA | Via Fondazza 89 – Bologna | 347/23.03.113 |
| DRAGONI FRANCESCO | Via Oberdan, 4 – Malalbergo | 348/86.55.672 |
| ESPERTI VINCENZO | Via Rubizzano, 1802/c – S.Pietro in Casale | 051/66.61.969<br>327/53.40.055<br>335/19.18.648 |
| FIRINU ANTONELLA | Via Albertoni, 5 – Bologna | 0543/98.92.66<br>348/72.21.665 |
| GORGA FRANCESCO | Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno | 338/16.14.287 |
| GUIDASTRI MONICA | Via da Palestrina, 19 – Bologna | 051/47.63.42<br>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 |
| LEGA MARIA VITTORIA | Via Ravegnana, 8 – Faenza | 333/95.68.829 |
| LENZI BARBARA | Via Albertoni, 9 – Bologna | 339/89.39.816 |
| LEONARDI SARA | Via Montecalvo, 31/3 – Pianoro (Bo) | 051/62.69.110<br>339/10.54.120 |
| MAHMOUD GHANEM SADAM | Via Saragozza, 58 – Bologna | 347/17.85.672 |
| MARRA ROSA FRANCESCA | Via S.Vitale, 42/2 – Bologna | 051/23.73.77<br>347/60.68.501 |
| MARTINI ANNA LISA | Via L.Bassi, 1 – Bologna | 051/30.54.93<br>339/88.73.484 |
| MARTONE CHIARA | Via P.F.Calvi, 20 – Bologna | 051/31.04.49<br>349/73.67.925 |
| MILANDRI AGNESE | Via D.Creti, 53/2 – Bologna | 051/48.42.965<br>347/98.14.427 |
| MORISI LISA | Via Bellini, 21 – S.Giovanni in Persiceto (BO) | 051/82.69.61<br>347/69.86.013 |
| MURARIU IOANA ADINA | Via Rizzoli, 3 – Granarolo Emilia | 348/91.48.155 |
| NGUEDIA A. ROGER | Via Giuseppe Albini, 7 – Bologna | 340/70.60.876 |
| NIKOLLAU NIKOLETA | Via Barozzi, 4 – Bologna | 320/67.75.921 |
| ORTOLANI ALESSANDRO | Via F.Ardeatine, 9 – Ozzano dell'Emilia | 051/19.98.06.29<br>392/27.62.453 |
| PAGOGNA SILVIA | Via Castiglione, 41 – Bologna | 331/35.02.321 |
| PALAIA VINCENZO | Via Libia, 60/2 – Bologna | 051/28.15.922<br>340/66.86.310 |
| PLANTERA PAMELA | Via A.Saffi, 16/3 – Bologna | 380/63.49.252 |
| PULA GIULIA | Via G.Zaccherini Alvisi, 7 – Bologna | 320/16.10.649 |
| RACCAGNI CECILIA | Via San Donato, 21 – Bologna | 0542/41.102<br>333/93.38.716 |
| REGGIANI CAMILLA | Via Agnesi, 31 – Bologna | 051/30.59.41<br>333/37.71.334 |
| RICCIARDELLI ROSSANA | Via G.Nadi, 18 – Bologna | 051/99.23.575<br>340/97.54.053 |

| | | |
|---|---|---|
| RIVA SERENA | Via Cavallo – Tiggiano | 328/20.42.905 |
| RIZZO RAFFAELLA | Strada Maggiore, 70 – Bologna | 051/22.73.19<br>380/79.43.223 |
| ROMANTINI MATTEO | Via F.Acri, 11 – Bologna | 320/80.09.573 |
| ROMEO EMANUELA | Via Costituzione, 4/6 – S.Pietro in Casale | 051/81.84.67<br>333/43.30.416 |
| SACCHETTI FEDERICO | ///////// | 388/34.54.159 |
| SALAMON PETAR | Via Don L.Guanella, 11 – Bologna | 320/83.64.002 |
| SCHIUMERINI RAMONA | Via Francesco Acri, 11 – Bologna | 051/48.41.830<br>338/10.31.500 |
| SCIUTO ROBERTA | Via Masini, 30 – Bologna | 051/30.96.25<br>333/69.87.903 |
| SCORZONI RAFFAELLA | Via Ferrarese, 10/2 – Bologna | 051/35.25.51<br>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<br>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<br>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<br>349/50.27.064 |
| TORELLA RITA | Via Manzoni, 33 – Imola | 0542/30.866<br>340/99.01.253 |
| TOSKA SAIMIR | Via F.Brizzi, 3 – Bologna | 348/24.34.633 |
| VALLI VITTORIO | Via San Donato, 152 – Bologna | 337/59.10.23 |
| VALLICELLI CARLO | Via Massarenti, 95 – Bologna | 333/85.77.581 |
| VALLUZZI ADELAIDE | Via Riva di Reno, 39 – Bologna | 051/22.20.25<br>333/37.12.086<br>392/35.03.137 |

* * *

# MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

| Cognome - Nome | Specializzazione/Annotazioni | Telefono |
|---|---|---|
| ALTINI CHIARA | Corso di Formazione in Medicina Generale | 051/64.48.350<br>347/51.48.008 |
| BARONI MILENA | Corso di Formazione in Medicina Generale | 051/35.20.75<br>339/80.20.217<br>333/79.94.150 |
| BELLINI FEDERICA | Pediatria | 338/40.17.730 |
| BERTOLETTI ERIK | Neurologia | 051/84.91.977<br>339/40.46.386 |
| BONIFACCI SILVIO | Ortopedia e Traumatologia<br>Fisiokinesiterapia Ortopedica<br>Medicina dello Sport | 333/48.60.987 |
| BOTTOLI ELENA | Corso di Formazione in Medicina Generale | 347/60.99.205 |
| BRUN PAOLA | Corso di Formazione in Medicina Generale | 051/52.30.16<br>340/85.50.870 |
| CANELLA PIERO | Ortopedia e Traumatologia<br>Fisioterapia | 338/14.06.026 |
| DE MARTINO ANNACHIARA | Odontoiatria | 051/30.78.59<br>347/33.66.819 |
| DE PASCALIS ROSALBA | Fisioterapia | 051/71.52.91<br>335/34.13.68 |
| DONATI UMBERTO | Ortopedia e Traumatologia<br>Chirurgia della Mano<br>Medicina Legale e delle Assicurazioni | 347/88.53.126 |
| GABUSI ANDREA | Odontoiatria | 051/61.43.275<br>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<br>Medico Competente Medicina del Lavoro | 051/44.32.41<br>339/48.19.676 |
| MELIOTA LORENZO | Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria | 051/62.33.682<br>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 |

## Seminario di studio - "Le difficili scelte sul fine Vita"

### Sabato 11giugno

**OMCeO di Bologna, via Zaccherini Alvisi n. 4**

*Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI)*
*Sezione di Bologna "San Giuseppe Moscati"*
Via del Monte, 5 -40126 Bologna -
Fax 051/260244
e-mail: amci_bo@yahoo.it
Sito web: www.amcibo.it

Patrocini: OMCeO di Bologna, Collegio IPASVI di Bologna, Medicina e Persona di Bologna

Introduzione rappresentante Amci
Saluto Autorità
Dr Giancarlo Pizza - Presidente OMCeO di Bologna
Sig.ra Cleopatra Ferri – past President Collegio IPASVI di Bologna

mattino ore 9:30-12:30
Titolo: *Manifestazioni di volontà sul fine vita: Aspetti etico-giuridici, e medico-legali*
Moderatore: dr Mario Cavazza – Direttore Medicina d'Urgenza e Pronto soccorso Ospedale S. Orsola Malpighi - Bologna
1. prof Paolo Cavana - professore associato di Diritto pubblico Università LUMSA di Roma
2. prof Susi Pelotti - professore associato di Medicina Legale Direttore Scuola di Specializzazione in Medicina legale Università di Bologna
Titolo: *L'Alleanza terapeutica: Contenuti medici ed infermieristici*
Moderatori prof Federico Miglio – Primario emerito Medicina d'Urgenza e Pronto soccorso Ospedale S. Orsola Malpighi – Bologna
1. prof Luigi Bolondi - Professore ordinario Medicina Interna - Università di Bologna
2. Inf Annalisa Piazzi - Responsabile Risorse Umane - Casa di cura "Madre F Toniolo" di Bologna
Accreditamento ECM.

## 25° Congresso Internazionale di Agopuntura

### Sabato 18 giugno 2011

**Palazzo della Cultura e dei Congressi SALA EUROPA Piazza della Costituzione, 5/C (Fiera) BOLOGNA**

AMAB - Associazione Medici Agopuntori Bolognesi - Scuola Italo-Cinese di Agopuntura - Forum Congressi

**Le Malattie dell'apparato digerente e i disturbi del comportamento alimentare in agopuntura e Mtc**

Con il patrocinio di: Regione Emilia-Romagna - Comune di Bologna - Provincia di Bologna - Alma Mater Studiorum Università di Bologna - Ordine dei Medici e Chirurghi della Provincia di Bologna - Azienda U.S.L. di Bologna - F.I.S.A. Federazione Italiana delle Società di Agopuntura - Nanjing University of Chinese Medicine Pan-European Federation of Traditional Chinese Medicine Societies

Evento in accreditamento ECM

La registrazione e la partecipazione al Convegno sono gratuite.

**Segreteria scientifica:** dott. C.M.Giovanardi, dott. A.Vannacci, dott.ssa Eleonora Marchi, dott. U. Mazzanti, dott. E. Montanari, dott. M. Romoli

**Segreteria organizzativa:** *Forum Congressi della Associazione Medici Agopuntori Bolognesi (Amab) e della Scuola Italo-Cinese di Agopuntura*
Via Torino 37 – 40068 San Lazzaro di Savena (Bologna) - Tel. 051.464386 – Cell. 340 9553985
e-mail: associazione@amabonline.it
sito web: www.amabonline.it

# CONVENZIONI ANNO 2011 ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI BOLOGNA

### AEMILIA HOTEL

Via Giovanna Zaccherini Alvisi 16 – tel. 051/3940311

| | |
|---|---|
| Camera Doppia uso singola | € 89.00 |
| Camera Doppia | € 99.00 |

*Il prezzo si intende a camera per notte Iva Compresa*
Inclusive American Buffet Breakfast, WI-FI, acqua minerale, accesso area fitness dalle 10 alle 22

### TEATRO MANZONI

Via De Monari ½ - Tel.051/ 261303
Sconto 25% sull'acquisto di 2 biglietti per ogni spettacolo anno 2010/2011
Sconto 30% su abbonamento completo

### ANTICA TRATTORIA DEL CACCIATORE

Via Caduti di Casteldebole 25
Tel. 051/564203
€ 25 a persona
ANTIPASTO o PRIMO PIATTO - SECONDO PIATTO - CONTORNO - DESSERT
Sono escluse le bevande e piatti a base di funghi porcini, tartufo e pesce

### RIZZOLI BROKER

Via Tosarelli 370 – Villanova di Castenaso
Tel 051/780864
Assicurazioni Rischi Professionali

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

Vendesi appartamento Cervia/Milano Marittina, zona residenziale. 1° piano composto da ampio soggiorno con angolo cottura arredato, terrazzo abitabile, ripostiglio, bagno con balcone, camera matrimoniale. Mansarda: 1 camera matrimoniale + 1 cameretta + 1 bagno. Ampio garage. Prezzo 360.000 euro. Per info tel. 338.3426075.

Abruzzo:Immerso nel verde delle fresche colline Vastesi, a pochi km dalle numerose spiagge, in contesto di villa con ampio giardino di proprietà affittasi delizioso appartamentino pian terreno. Possibilità di barbecue e utilizzo giardino. Piscina e centro enologico nell'agriturismo adiacente. Anziani, bambini e animali sono benvenuti. Max 4 posti letto. Possibilità di lettino ed eventualmente di matrimoniale con bagno aggiuntivo.Disponibile nei mesi di giugno (solo prime due settimane) luglio agosto e settembre. Info 347.8496574 - 348.0409950

Affittasi comodo appartamento 1° piano: tinello, cucinotto, bagno, 2 ampie camere matrimoniali, balcone con cancello blindato. Porta blindata. Vicinanze S. Orsola. Per info. Tel. 051.4844153/ 328.2810378

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 da luglio 2011 appartamento zona Ospedale Maggiore. Palazzina anni '60, Quarto piano con ascensore, buono stato, luminoso, silenzioso e arredato. Composto da ingresso, soggiorno con cucinotto e balcone, due ampie camere, bagno, cantina ciclabile e posto auto condominiale non assegnato. Riscaldamento centralizzato, cancelletto alla porta, infissi in legno/PVC con doppio vetro. Canone concordato a 670 euro/mese, spese condominiali circa 120 euro mese. Tel. 339.5661023

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.

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.

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 Corticella ambulatorio a medici specialisti (la zona ne è completamente priva ed ha un grande bacino di utenza) lo studio ha un ingresso privato, ottimo arredo, facile parcheggio, a norma di legge. Tel. 339.8952992 oppure 334.3250511.

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.

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

Cedesi Studio Dentistico completo di pazienti a Villanova di Castenaso (2 km dall'uscita 11bis e 12 della tangenziale) costituito da 2 riuniti (di cui un Sirona C3 nuovo fiammante) OPT Digitale Planmeca ProOne (Nuovo), sterilizzazione (con 2 autoclavi nuove con 200 cicli cadauna circa - Sirona DAC Universal e Gettinge K5), reception, sala d'attesa, bagno e zona ufficio completo di rete interna 100 mbit (ideale per giovani e/o intraprendenti). Per informazioni telefonare al 339/7542020.

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

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 335/5431462.

Vendesi studio dentistico (compreso i muri) a Castello d'Argile. Autorizzato, composto da 1 Riunito Kavo, 1 RX Trophy, 2 autoclavi tipo B. Contattare Tel. 335/8058714.

## 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