

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLV - N° 2 FEBBRAIO 2014

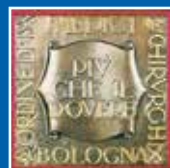
PUBBLICAZIONE MENSILE - POSTE ITALIANE S.P.A. - SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, CN/BO



IN QUESTO NUMERO

- **Analisi del Bilancio di Previsione 2014 della Fondazione Enpam**, pag. 3
- **In risposta all'articolo di Pietro Abbati "Camicia di forza e camicia di Nesso"**, Leandro Cutti e Gino Zucchini, pag. 10

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ZACCHERINI ALVISI, 4 BOLOGNA - TEL. 051.399745
ISSN 2281-4744 (edizione a stampa) - ISSN 2281-4825 (edizione digitale)



BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE

Dott. Luigi Bagnoli

COMITATO DI REDAZIONE

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

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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Gennaio 2013
è stato consegnato in posta
il giorno 10/12/2014

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

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO XLV - FEBBRAIO 2014 N° 2

ARTICOLI

Analisi del Bilancio di Previsione 2014 della Fondazione Enpam • 3

In risposta all'articolo di Pietro Abbati "Camicia di forza e Camicia di Nesso" • 10

ODONTOIATRI

Commissione Albo Odontoiatri • 11

NOTIZIE

Dalla pagina 15 alla 26

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 27

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 28

CONVEGNI CONGRESSI • 29

PICCOLI ANNUNCI • 31

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente

Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente

Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario

Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere

Dott. VITTORIO LODI

Consiglieri Medici

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott. STEFANO FERRARI

Dott. OSCAR FINI

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. STEFANO PILERI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

Consiglieri Odontoiatri

Dott. ANDREA DUGATO

Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. CARLO D'ACHILLE

Segretario: Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

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

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dott. FRANCO BENETTI

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO
Dott. ALESSANDRO ZATI

Supplente: Dott. FRANCESCO QUARANTA

Analisi del Bilancio di Previsione 2014 della Fondazione Enpam

Al Presidente Fondazione ENPAM
 Al CdA Fondazione ENPAM
 Al Collegio dei Sindaci Fondazione ENPAM
 Al Consiglio Nazionale Fondazione ENPAM

Presentiamo di seguito delle considerazioni sul Bilancio di Previsione della Fondazione ENPAM per il 2014.

Questo documento contiene informazioni inerenti a tre diversi ambiti:

A. la gestione dell'Ente nel 2013, che si riflette negli assestamenti al Bilancio di Previsione 2013, di fatto un'anticipazione di quello che sarà il Bilancio Consuntivo 2013;

B. le previsioni per la gestione 2014, che si ritrovano nel Preventivo Economico 2014;

C. un aggiornamento sul processo di riorganizzazione della governance.

Proponiamo per ciascuna di queste aree sia considerazioni di carattere generale che commenti su alcune poste specifiche.

A. ASSESTAMENTI AL BILANCIO DI PREVISIONE 2013

Dal bilancio assestato 2013 risulta un utile di esercizio per il 2013 pari a 911.751.084, inferiore rispetto a quanto inizialmente previsto (1.021.042.800 euro): **una differenza negativa di 109.291.716 euro.**

La differenza risulta determinata principalmente:

- Dalla **mancata vendita dei fabbricati ad uso terzi** e conseguentemente dal mancato realizzo della plusvalenza prevista per **95.000.000 di euro.**

Come si legge a pag. 8 nel bilancio di previsione "nel preventivo 2013 erano presenti tra i proventi straordinari euro 95.000.000 di plusvalenze che si sarebbero potute realizzare dalla vendita dei fabbricati ad uso di terzi e più specificamente nel settore residenziale di Roma, quantificate nel prossimo esercizio in euro 75.000.000". Tuttavia non viene fornita nessuna ulteriore informazione circa i motivi

per i quali non si sono realizzate ancora le vendite immobiliari.

- Dalla **mancata distribuzione di dividendi** provenienti prevalentemente dal Fondo Immobiliare chiuso Ippocrate, per **circa 70 milioni.** Anche in merito a questo punto non vengono fornite spiegazioni.

- **In positivo** hanno invece contribuito i **Ricavi e Proventi Contributivi** che hanno determinato entrate superiori rispetto alle previsioni 2013 per **75.623.800 euro.**

Da quanto sopra risulta ancora una volta confermato il cronico problema di redditività del portafoglio della Fondazione. Sulla base del Bilancio di Previsione 2013 assestato, si ricava che a fronte di un utile di esercizio ora previsto di 951.751.084 euro (al lordo del Fondo di Riserva di 40.000.000 euro che la Fondazione prevede di non dover usare), ben 812.467.784 euro derivano dalla gestione previdenziale (ammontare calcolato come differenza delle voci A) e B) a pag. 75 e 76 del documento, corrette per escludere i redditi immobiliari e le relative spese). Questo dato, seppure ancora ampiamente positivo, sta già iniziando a mostrare un peggioramento in connessione con l'andamento fisiologico già previsto ed identificato come inizio della c.d "gobba". Se andiamo poi a considerare il contributo prodotto dalla Fondazione nel 2013 questo risulta pari a soli 139,2 milioni di euro (che rappresentano una sovrastima in quanto per semplicità si è imputato l'intero ammontare dei costi di produzione alla gestione previdenziale). Se si considera che il patrimonio della Fondazione a fine 2012 ammontava a 13.818.278.244 euro, questo risultato corrisponde all'1,01%.

Gestione finanziaria – Bilancio Assestato 2013

La gestione finanziaria nel suo complesso ha determinato un risultato inferiore di circa 40 milioni di euro rispetto al valore stanziato nel bilancio di previsione 2013 (182,7 milioni di euro del bilancio assestato rispetto a 223,4

milioni previsti come da prospetto a pag. 77). Quasi tutte le voci che contribuiscono a tale risultato presentano valori assestati inferiori rispetto a quelli previsionali ed in alcuni casi le differenze sono sostanziali. Tuttavia non vengono fornite sufficienti informazioni nella relazione esplicativa in merito a quanto successo nel corso dell'esercizio che giustifichi questi scostamenti.

Scendendo nello specifico:

• **Proventi da partecipazioni:** nel bilancio previsionale erano previsti 83 milioni di euro di dividendi mentre la voce assestata ammonta a 12 milioni. A pag. 103 del bilancio di previsione viene brevemente giustificata questa **differenza negativa di 71 milioni** dicendo:

“Per quanto riguarda la previsione assestata dell'esercizio in corso, il minor introito rispetto alle previsioni iniziali è dovuto al mancato stacco dei dividendi del predetto Fondo Ippocrate, che ha comunque generato un aumento dei flussi di cassa attraverso il rimborso di quote per circa euro 50.000.000”. Non si fornisce alcuna indicazione delle ragioni che hanno determinato il venir meno del dividendo per l'anno in corso e pur tuttavia l'Ente procede poi, come vedremo in seguito, ad appostare uno stanziamento per il 2014 di 45 milioni di euro, dei quali 40 milioni dovrebbero proprio derivare dal Fondo Ippocrate.

• **Interessi ed altri frutti dei titoli immobilizzati:** Nel bilancio di previsione era appostato uno stanziamento di 40 milioni di euro che in sede di assestamento è stato ridotto a 35 milioni, per una **differenza negativa di 5 milioni**. A pag. 104 del Bilancio di previsione viene specificato che:

“Il minor importo rispetto alla previsione 2013 di 40 milioni di euro dipende da premi ipotizzati di rimborso che non si sono al momento registrati”. La voce risulta comprendere:

- 20 milioni di euro relativi alle cedole e ai premi dei titoli strutturati, in calo rispetto ai 24 milioni incassati nel corso del 2012. Rimane purtroppo confermata di anno in anno la **basissima redditività del portafoglio strutturati**: basti considerare che gli **investimenti in titoli strutturati** a fine 2012 ammontavano ancora a circa 2,516 miliardi di euro, e 20 milioni di interessi rappresentano un **rendimento medio lordo dello 0,79%**;

- i restanti 15 milioni di euro derivano da ce-

dole corrisposte su un titolo di Stato Italiano (cedola 3% su un nozionale di 500 milioni di euro).

• **Interessi, premi ed altri frutti dei titoli iscritti nell'attivo circolante:** il dato assestato di 56 milioni risulta leggermente inferiore rispetto alla previsione di 58,7 milioni.

• **Dividendi su titoli azionari e premi su derivati:** nel bilancio previsionale erano stati previsti 17,5 milioni di euro, mentre la voce assestata risulta pari a 10 milioni, per una **differenza negativa di 7,5 milioni**. A pag. 103 viene specificato che:

“La differenza con il preventivo 2013 (euro 17.500.000) è determinata da:

• *tempistica più diluita nella attuazione degli investimenti per 3 miliardi;*

• *una parte degli investimenti azionari del mandato specializzato azionario Credit Suisse è stata realizzata tramite fondo comune ad accumulazione dei proventi (i dividendi staccati non sono distribuiti e sono automaticamente reinvestiti nel fondo);*

• *la differenza è compensata nella voce dividendi staccati dagli OICR.”*

Purtroppo dal bilancio di previsione si riesce solo a ricavare la parte di dividendi pagata dagli OICR che ammonta a 4 milioni di euro, superiore alle previsioni per 3,5 milioni di euro che non compensano completamente il minore introito sui titoli azionari.

• **Proventi da negoziazione titoli:** La voce assestata è pari a 40 milioni, contro i 50 milioni stanziati per l'esercizio 2013 e la **differenza negativa di 10 milioni** è giustificata in bilancio a pag. 104 dicendo che:

“L'importo per il 2013 è stato previsto in base alla ipotetica dismissione di parte dei Fondi/ETF e delle GPM preesistenti per finanziare le nuove gestioni passive” e “Al 31/8 sono rilevati 26,2 milioni che, proiettati a fine anno, consentono di prevedere circa 40 milioni”.

• **Interessi sui depositi bancari e sui c/c postali:** la voce assestata di 16,7 milioni è in questo caso notevolmente superiore al valore stanziato in sede previsionale pari a 8 milioni e, esattamente come per l'anno passato, l'incremento *“è dovuto agli impieghi della liquidità in eccesso effettuati attraverso depositi vincolati e certificati di deposito istituiti presso istituti di credito vari per durata non superiore ai 3 mesi”*. Questo eccesso di risorse liquide non sembra essere una soluzio-

ne efficiente per un fondo pensione, tanto più se si considerano le criticità riscontrate con riguardo alla redditività del portafoglio.

• **Svalutazioni di titoli iscritti all'attivo circolante:** in sede di assestamento sono stati appostati **40 milioni di svalutazioni**, originariamente non previsti, sui quali l'unica informazione disponibile in bilancio è quella a pag. 54 dove si legge "minusvalenze nel 2013 per circa 40 milioni nel portafoglio obbligazionario ex-euro considerate in termini precauzionali e stimate in base all'andamento delle obbligazioni governative USA che hanno visto i rendimenti in rialzo di circa l'1,0% e di conseguenza una discesa dei prezzi".

B. PREVENTIVO ECONOMICO 2013

Per quanto riguarda gli stanziamenti per l'esercizio 2014 relativi alla gestione finanziaria si può rilevare che la previsione è per 204,3 milioni di euro di risultato (vedi prospetto a pag. 77), superiore per circa 21,6 milioni rispetto alla voce assestata di 182,7 milioni di euro del 2013 e tuttavia inferiore rispetto al valore stanziato lo scorso anno in fase previsionale. Analizzando le voci più significative nel dettaglio:

• **Proventi da partecipazioni (Voce C) 15 pag. 76):** lo stanziamento per il 2014 ammonta a 45 milioni, in aumento di 33 milioni di euro rispetto al valore assestato 2013. La voce si riferisce in prevalenza alla stima relativa ai proventi derivanti dalla gestione del Fondo Immobiliare chiuso Ippocrate che tuttavia nel corso del 2013 ha determinato incassi inferiori alle previsioni per 71 milioni. Non sono fornite informazioni che consentano di stimare la probabilità che questi importi vengano effettivamente distribuiti nel corso del 2014.

• **Altri proventi da titoli iscritti nelle immobilizzazioni (Voce C) 16 b pag. 77):** lo stanziamento per 52,5 milioni di euro risulta **inferiore di circa 10,1 milioni** rispetto al valore assestato per il 2013 pari a 62,6 milioni. Come indicato a pag. 104 "La voce prevista si basa sul flusso cedolare in riduzione per il portafoglio strutturati rimanente" dal quale si prevede di incassare 10 milioni di cedole, a fronte di un investimento che a fine 2012 ammontava a circa 2,5 miliardi di euro. E a tal proposito valgono le stesse osservazioni fatte in precedenza.

• **Altri proventi da titoli iscritti nell'attivo cir-**

colante (Voce C) 16 c Pag. 77): nel bilancio preventivo la voce risulta incrementata di circa il 36% rispetto all'assestato per il 2013; si prevede di realizzare 154,5 milioni di euro (il dato assestato è di 113,5 milioni). Se si scende nel dettaglio delle singole voci:

- Vengono stanziati **82 milioni** come **interessi, premi ed altri frutti dei titoli iscritti nell'attivo circolante** rispetto ad una voce assestata per il 2013 di 56 milioni che, si legge nel bilancio, è stata determinata "dalla tempistica più diluita nella attuazione degli investimenti per 3 miliardi". Quindi ci si aspetta un incremento di 26 milioni; tuttavia non vengono fornite ulteriori informazioni riguardo alla metodologia usata per prevedere gli 82 milioni, in quanto si afferma (pag. 103) che "l'importo si basa sulla proiezione annuale della redditività a scadenza del portafoglio (parte circolante) diretto ed in delega di gestione in essere al 31/8/2013".

- La voce relativa ai **dividendi su titoli azionari** ammonta a **17,5 milioni**, invariata rispetto all'ammontare stanziato nel 2013 e tuttavia superiore rispetto alla voce assestata dei 10 milioni incassati nel 2013. Come per il caso precedente non vengono fornite ulteriori informazioni riguardo alla metodologia usata per prevedere questo importo in quanto si afferma (pag. 103) che "Tale stanziamento si basa sulla proiezione della redditività da dividendi incassati nell'ultimo anno dal portafoglio circolante in delega di gestione in essere al 31/8/2013", dividendi che per definizione non sono noti a priori.

- Vengono stanziati **50 milioni** di euro sotto la voce **proventi da negoziazione**. Come si legge a pag. 104 "Tale importo si basa sul rapporto della stima del 2013 delle plusvalenze latenti che potrebbero realizzarsi con la vendita di parte degli ETF e la chiusura/conversione delle GPM attive preesistenti, fatto salvo che rispetto ai prezzi dello scorso anno il mercato si è mosso ulteriormente in rialzo". Come per lo scorso anno non vengono fornite valutazioni aggiornate del portafoglio delle gestioni patrimoniali a suffragare la stima di eventuali plusvalenze, che tuttavia saranno certe solo nel momento in cui si procederà alla chiusura delle suddette gestioni, rimanendo nel frattempo esposte ai movimenti dei rispettivi mercati azionari e/o obbligazionari in cui sono investite. Sempre a pag. 104 si legge anche "L'importo per il 2013 (valore assestato 40

milioni) è stato previsto in base alla ipotetica dismissione di parte dei Fondi/ETF e delle GPM preesistenti per finanziare le nuove gestioni". Se dunque l'Ente sta considerando di liquidare gli ETF e le GPM entro la fine del 2013, non si capisce a quale parte di investimenti si riferisca la stima delle ulteriori plusvalenze per il 2014 o se invece di riferisca ad investimenti che ancora devono essere posti in essere.

C. RIORGANIZZAZIONE DELLA GOVERNANCE

A distanza di più di due anni dalla definizione delle linee guida per la nuova Governance, risulta dal bilancio che la Fondazione non ha ancora provveduto ad individuare e nominare un Investment Advisor ed un Risk Advisor.

E come si ricava a pag. 52 dove si parla di "Asset Allocation Strategica provvisoria", per il terzo anno consecutivo l'ENPAM si appresta ad implementare importanti decisioni di investimento basandosi su un'asset allocation per l'appunto "provvisoria". Il bilancio non fornisce informazioni circa i motivi che hanno ritardato il processo di individuazione delle figure del Risk Advisor e dell'Investment Advisor. A pag. 59 si dice in modo molto sbrigativo:

- La gara per il Risk Advisor sarà completata entro la fine del 2013 in modo da partire già in assetto per il 2014. Si ricorda che il Risk Advisor ha un ruolo specifico nella nuova governance dell'Ente come consulente a supporto diretto del Consiglio di Amministrazione e dell'UVIP.

- Il 2014 sarà utilizzato per portare a termine la gara sull'Investment Advisor che avrà un taglio più operativo e di supporto alla selezione degli investimenti per l'Area Patrimonio.

Si vuole essere ancora più chiari e si riassumono i punti esposti con alcune considerazioni aggiuntive.

ULTERIORI CONSIDERAZIONI SUL PRECONSUNTIVO 2013 E PREVENTIVO 2014

Si premette che si farà spesso riferimento agli studi attuariali, che sono per così dire il punto di riferimento fondamentale che dovrebbe permettere al nostro Ente di mantenere la stabilità per i prossimi 50 anni in base alle disposizioni legislative vigenti.

Quanto più i dati dei bilanci si discosteranno,

in negativo, dai dati di questi studi tanto più ci allontaneremo dall'equilibrio. Gli studi attuariali a cui si farà riferimento sono quelli elaborati dallo Studio Attuariale Orrù & Associati "Relazione sul bilancio tecnico al 31.12.2009 redatto ai sensi del decreto ministeriale del 29.11.2007" Parametri Specifici, consegnati il 23.07.2012.

Il preconsuntivo 2013 si chiude con avanzo di gestione di euro 911 milioni (pag. 89). Per contro lo studio attuariale prevedeva avanzo ("saldo totale") di euro 1089, **ben 179 milioni di differenza negativa!** Il preventivo 2013 prevedeva avanzo di 1021 milioni e invece si registrano quasi 110 milioni di differenza in negativo.

È assai inusuale e grave che un bilancio preventivo, che deve essere redatto "secondo criteri di prudenza e razionalità", vedi pag 134 primo punto, dia un risultato peggiore delle previsioni.

Questo insoddisfacente risultato si è manifestato nonostante un aumento dei contributi da 2120 a 2196 milioni di euro (2182 al netto dei contributi maternità)+76 milioni (pag. 81 4.100.000 Ricavi e proventi contributivi). Non bisogna dimenticare che più contributi oggi vuol dire più pensioni domani!

Queste, in sintesi, le cause della contrazione dell'avanzo di gestione:

- 1) **aumento delle prestazioni per 15 milioni** (pag. 84, 5.100.000 prestazioni previdenziali e assistenziali);

- 2) **riduzione proventi finanziari per 88 milioni** (pag.82, 4.200.000 proventi patrimoniali e finanziari). Vi rientra il mancato stacco dividendi del fondo Ippocrate (pag. 103). Perché? Il fondo Ippocrate, interamente controllato da ENPAM, nel bilancio consuntivo 2012 pag 53, è iscritto col valore, notevole, **di euro 1.805.056.508! Id est: 1,8 miliardi!!!** È il fondo dove è confluito l'acquisto della Rinascenza per 377 milioni nel 2011 (pag. 51, bilancio 2011). Tale investimento, a detta della dirigenza ENPAM, sarebbe stato ad alta redditività!

- 3) **Riduzione Proventi Straordinari per circa 100 milioni** (pag. 83, 4.510.000) per mancata vendita di immobili.

Perché non sono stati venduti? Burocrazia o mancanza di acquirenti per la crisi, per la difficoltà di ottenere mutui dagli acquirenti? Prez-

zi di vendita troppo alti? Ogni diversa risposta induce diversi impatti sulla governance! Ed invece si tace!

4) **Rettifica valore di attività finanziarie per 40 milioni** (pag. 89, 5.810.000). Perché? Quale è la ragione dello scostamento?

Redditività del patrimonio

Totale ricavi e Proventi per 2.549 milioni (pag. 83) meno ricavi e proventi contributivi per 2.196 milioni (pag 81, 4.100.000)=353 milioni di attivo non previdenziale lordo, cioè il rendimento lordo del patrimonio .

Totale spese (pag. 89) 1.637 milioni – totale spese previdenziali 1326 milioni (pag.84, 51.000.000) = 310,5 milioni di oneri finanziari e di amministrazione.

L'attivo non previdenziale netto (353 meno 310,5) è **la miseria di circa 43 milioni!** Anche considerando a parte le spese di amministrazione (58,7 milioni – pag. 86, 5.200.000) contro 52,2 milioni previsti negli studi attuariali, il rendimento netto di circa 100 milioni è assai modesto per un patrimonio che nel 2013 è passato da un valore di 13.816 milioni all'inizio dell'anno a 14.727 milioni di fine: **DUNQUE UN MISERO 0,7%!!!**

Gli studi attuariali prevedevano, nel 2013, “interessi” (così sono definiti i rendimenti netti del patrimonio) per 271,3 milioni, il 2% (gli studi attuariali prevedono sempre un rendimento netto del patrimonio del 2%. **Ben 171 milioni in meno!**

Si ripropone dunque la cronica storica infima redditività del patrimonio.

A pag. 13 si afferma “la spesa previdenziale per il preconsuntivo 2013 è pari a euro 99.3760.000, mentre per il 2014 è prevista di **euro 1.047.560.000**”. Nel capoverso successivo si afferma “Fra gli oneri per prestazioni per il 2013 si stima una spesa di euro 1.286.465.000 e per il 2014 di euro **1.363.705.000**”. Si chiede conto di tale grave incongruenza.

A pag. 13, penultimo capoverso, si afferma che il saldo previdenziale (differenza fra contributi e pensioni) del preconsuntivo 2013 di 896,05 milioni è in linea con quanto previsto dagli attuari, 893,77. **Ciò non è corretto.**

Nella elaborazione degli studi attuariali a pag. 73, fra le entrate dei fondi, si parla di contributi totali in modo generico.

Nello studio dei singoli Fondi risulta evidente che **l'attuario non considera i contributi volontari.**

Infatti:

“**fra le entrate (oltre gli interessi, cioè il rendimento delle riserve) sono considerati 1) contributi degli Enti del SSN e dei transitati alla dipendenza – pag. 14 dello studio attuariale dei MMG, pag. 15 Fondo MSA – ; 2) contributi degli attivi “ad personam” e “delle società” – pag. 14 studio MSE – ; 3) contributi minimi per la quota A, contributi degli attivi e pensionati legati al reddito per la quota B pag. 19 dello studio attuariale relativo al fondo Generale”.**

Su tale argomento lo studio attuariale nel 2012 stimava in euro 1998 milioni il totale dei contributi, al netto di quelli per maternità, cifra assai inferiore a quanto appare nel consuntivo 2011 euro 2136 e sempre al netto dei contributi di maternità. Nel 2011 i contributi volontari e di ricongiunzione valevano euro 140 milioni. I contributi volontari sono risultati nel preconsuntivo 2013 pari a 119 milioni pagg. 28, 36, 39, 42 del bilancio preventivo 2014 .

Parimenti, fra le uscite previdenziali, l'attuario parla genericamente di “oneri relativi alla erogazione delle pensioni” – pag. 73 dello studio attuariale. Esplicitamente nello studio del fondo Generale, fra le uscite (pag. 19) si fa riferimento solo a “oneri relativi all'erogazione delle pensioni (relative al versamento dei contributi minimi)” escludendo dunque dalla spesa previdenziale quanto non derivi da queste entrate.

A parità di condizioni, valutando in circa il 5,5% quanto di competenza dei contributi volontari sul totale dei contributi e nel 5,5% quanto da addebitarsi ai contributi volontari per tutta la spesa pensionistica (119 milioni costituiscono il 5,5% dei contributi 2013) la differenza fra contributi (2182,5 – 119=2063,5) e prestazioni (1286,4 – 5,5% =121,6) risulta circa 847 milioni assai inferiore ai 893 milioni previsti dagli attuari.

A parte queste valutazioni, nel preventivo 2014 il saldo previdenziale è previsto in calo a 818,9 milioni, ben inferiore ai 920 milioni previsti dall'attuario.

Si denuncia che mentre l'attuario prevede un aumento del saldo previdenziale sino al 2019, al contrario i bilanci consuntivi 2011 e 2012 ed

il preconsuntivo 2013 e il preventivo 2014 mostrano una costante diminuzione.

N.B. Si escludono i contributi per la maternità e i relativi oneri, oltre alle spese per assistenza e per malattia.

2011 euro 2136	- euro 1135	= 1021 mil. di attivo prev.
2012 euro 2154	- euro 1211	= 933 »
2013 euro 2182,6	- euro 1286,4	= 896 »
2014 euro 2182,7	- euro 1363,7	= 818 »

Aldilà del saldo preoccupa l'aumento della spesa previdenziale ben oltre quanto previsto dall'attuario (non sono considerate le spese per assistenza e malattia oltre che per indennità di maternità):

euro 1.211 milioni contro euro 1.135 nel 2012, euro 1.286 milioni contro euro 1.174 nel 2013, euro 1.363 contro euro 1.212 nel 2014. L'andamento della spesa previdenziale è di fondamentale importanza nella valutazione della stabilità delle Casse Privatizzate ed il Legislatore ha richiesto che il rapporto patrimonio/prestazioni correnti non debba mai essere inferiore a 5. Negli studi attuariali questo rapporto aumenta fino al 2017 per poi scendere fino a toccare il valore di 5,61 nel 2036 e quindi risalire. Nello studio attuariale che, secondo noi impropriamente, non considera fra le prestazioni la spesa per le liquidazioni in capitale assistenza e malattia, il rapporto aumenta da 12,19 del 2012, a 12,75 del 2013, a 13,32 del 2014. I dati che emergono dai bilanci consuntivi e preventivi, pur calcolati secondo i criteri dell'attuario, sono ben diversi:

2012 patrimonio euro 13816	pensioni euro 1172	rapporto 11,78
2013 patrimonio euro 14727	pensioni euro 1255	rapporto 11,72
2014 patrimonio euro 15680	pensioni euro 1332	rapporto 11,77

Poiché, secondo la legge, il patrimonio ogni anno deve essere superiore a "5 annualità delle prestazioni correnti" e le spese per restituzione in capitale (28 milioni nel 2013), malattia (13 milioni nel 2013) e assistenza (7 milioni nel 2013) rientrano fra le prestazioni correnti, il rapporto è, nella realtà, ancora inferiore.

N.B. il valore del patrimonio è stato calcolato partendo dal consuntivo 2012 e sommando i previsti avanzi di bilancio di euro 911 milioni nel 2013 e euro 952 milioni nel 2014.

La diminuzione del saldo previdenziale e il mancato aumento del rapporto patrimonio/prestazioni correnti riscontrabile in questi 3 anni, in controtendenza da quanto previsto dall'attuario, rende incomprensibile la decisione dei Ministeri Vigilanti di esonerare L'Ente dal redigere i bilanci tecnici al 31.12.12 (pag. 13 ultimo capoverso). Il D.M. Lavoro 29.11.2007 art. 2, comma 3 prescrive obbligo di redazione di bilancio tecnico con periodicità triennale.

L'aumento della spesa pensionistica è dovuto solo al maggior ricorso alla pensione di anzianità (pag. 34)? Perché questo fatto non è stato previsto dal momento che con i nuovi regolamenti non è più economicamente conveniente rimanere in attività fino a 70 anni? Perché non si sono valutati gli effetti dei versamenti volontari?

In conclusione, questi studi sono attendibili? Desta preoccupazione quanto affermato a pag. 35 ultimo capoverso "la situazione generale del fondo MMG per il breve e medio periodo continua ad esporre risultati positivi". E per il lungo periodo, per i 50 anni previsti dal legislatore?

ALCUNE ALTRE CONSIDERAZIONI SUL BILANCIO DI PREVISIONE 2014

L'avanzo economico previsto è di 952 milioni (pag. 8 primo capoverso) contro i 1137,2 previsti dall'attuario.

Le spese previdenziali sono previste in aumento, rispetto al 2013, di 94 milioni (pag 8).

La spesa pensionistica raggiungerà i 1.363,5 milioni (al netto della indennità di maternità, malattia e assistenza) contro 1.212,2 milioni previsti dall'attuario.

Secondo le previsioni, a fine 2014, le riserve della fondazione saranno 15.680 milioni contro i 15.795 previsti dall'attuario. Pur volendo credere che per il 2014 il bilancio consuntivo ci consegnerà un avanzo superiore a quanto preventivato e alla fine le riserve della Fondazione siano simili a quelle previste dall'attuario, questo avverrà perché ci saranno stati ben 318 milioni di contributi complessivi in più di quanto previsto negli anni 2012, 2013 e 2014.

E più contributi oggi più pensioni si dovranno pagare domani!

Il saldo previdenziale previsto è di 818,9 milioni (terzultimo capoverso pag. 13) contro i ben 920 degli attuari. Poiché vanno fatte le stesse considerazioni fatte sul saldo previdenziale 2013 a parità di parametri considerati (escludendo i contributi volontari) il **saldo previdenziale si ridurrebbe a circa 787 milioni** il 15% minore da quanto stabilito dagli studi attuariali solo dopo 3 anni...!

Quali misure intende prendere l'Ente di fronte a questo rapido aumento della spesa pensionistica e a questo rapido deterioramento del saldo previdenziale e dell'avanzo economico assolutamente non previsto dagli studi attuariali?

Per quanto riguarda la parte finanziaria va sottolineato come i proventi derivanti dal fondo immobiliare chiuso IPPOCRATE siano quantificati in euro 40 milioni (pag. 103): non molti per un fondo del valore di oltre un miliardo e 800 milioni di euro che l'anno prima non ha generato dividendi (pag. 103); poco più del 2% al lordo degli oneri delle imposte. Il fondo è interamente partecipato da ENPAM che quindi

sceglie la dirigenza (è la stessa che siede nel C.d.A. ENPAM ?) e ne determina le strategie economiche.

Per tutte le considerazioni suesposte i seguenti Consiglieri non possono che esprimere un giudizio negativo e non approvano le proposte di Bilancio.

Dott. Fernando Crudele,

Delegato OMCeO di Isernia

Dott. Bruno Di Lascio,

Presidente OMCeO di Ferrara

Dott. Enrico Mazzeo-Cicchetti,

Presidente OMCeO di Potenza

Dott. Giuseppe Morfino,

Presidente OMCeO di Trapani

Dott. Augusto Pagani,

Presidente OMCeO di Piacenza

Dott. Giancarlo Pizza,

Presidente OMCeO di Bologna

Dott. Giovanni Maria Righetti,

Presidente OMCeO di Latina

Dott. Roberto Carlo Rossi,

Presidente OMCeO di Milano

Roma, 30.II.2013

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri

Medico Chirurgo

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Psicologia Medica

BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19

Centralino:

tel. 051 580395

Reparti degenza:

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

Ambulatori Cup:

- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:

tel. 051 338454-41

Ufficio Prenotazione Ricoveri:

tel. 051 6440324 - fax 051 580315

Ambulatorio Centro

Nuove Dipendenze

(gioco d'azzardo patologico, Internet, ecc.)

Tel. 329.0887517

Coordinatrice Dott.ssa Arianna Torroni

Medico Chirurgo Specialista in Psichiatria

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

In risposta all'articolo di Pietro Abbati "Camicia di forza e camicia di Nesso"

di Leandro Cutti e Gino Zucchini

Caro dottor Abbati, lettori occasionalmente congiunti del suo pregevole articolo "Camicia di forza e camicia di Nesso" (v. bollettino n. 12, dicembre 2013) il dottor Cutti e io desideriamo esprimerle il più vivo consenso per le sue argomentazioni insieme al piacere per l'eleganza dello stile. La nostra è solidarietà di attemptati nostalgici dell'istituzione psichiatrica degna del nome, quale si avviava ad essere il vecchio Roncati con il nascente arcipelago dei servizi faticosamente annessi. prima che sulla cosa psichiatrica si abbattesse il ciclone dello sfascismo anti istituzionale ...

Trionfò un superficiale sociologismo del tutto incapace di leggere la dignità della malattia mentale come luogo specifico del conflitto, talora tragico, tra volontà e coscienza; e ne conseguì una seria difficoltà a legittimare l'uso critico della forza contro la violenza. Di qui vennero anche i garbugli giuridici ad azzeccare i quali s'è trovato a quanto pare in evidente difficoltà anche il dotto autore da lei citato, obbligato a redigere le vistose contraddizioni incappate nell'ironia critica di chi si trova in mezzo ai rumori della realtà, lontano dalle silenziose protezioni delle dotte biblioteche.

Il fatto è che in più passaggi la stessa scrittura della "180" è congegnata in modo tale che è impossibile giudicare se questo o quel comportamento degli operatori di psichiatria sia conforme o contrario ad una normativa così vistosamente ambigua.

Esempio: con la detta legge che sanciva la fine del "custodialismo" si aboliva l'articolo 40 del Codice Penale: "non impedire un evento che si ha il dovere di evitare equivale a cagionarlo".

Gli psichiatri non sono più tenuti a custodire, dunque. Eppure fu proprio per questa "omissione di atti d'ufficio" che uno psichiatra della nostra città, pochi anni orsono, fu tenuto responsabile dell'omicidio di un paziente dimesso dall'ospedale psichiatrico giudiziario e

collocato in un gruppo appartamento in quel di Imola.

Con la fine del cosiddetto custodialismo si vietava al medico l'uso della forza, salvo poi investirlo di un nebuloso "ufficio di garanzia". Il medico avrà orrore della forza (visibilmente confusa con la violenza) e se poi la si valutasse necessaria, si convochi d'urgenza in corsia l'agente di pubblica sicurezza (e qui par di avvertire il sussiego classista dell'intellettuale frequentatore di voluminose scritture, che non può sporcarsi le mani e delega al proletario in divisa il basso servizio della forza...)

Caro dottor Abbati, le segnaliamo che una maniera di divincolarsi dal paralizzante vicolo cieco tra il reato di sequestro di persona e quell'altro di oggettivo favoreggiamento di atti di violenza eventualmente commessi dal paziente non custodito, è stata trovata: in un servizio di diagnosi e cura della nostra regione è in uso contenere fisicamente il paziente per un'ora esatta, poi liberarlo per un quarto d'ora e se colui sbaracca, un'altra ora e così via, onorando insieme il principio della contenzione meccanica e quello dello sbaraccamento.

Certo chi definisce meccanica la contenzione si facilita il compito di esecrarla e non sembra prevedere quest'altra modalità di costrizione fisica: se un paziente viene costretto al letto, un operatore gli si siede accanto e non lo abbandona, consentendo piena libertà di voce in cambio dell'impedimento al fare distruttivo: dalla contenzione meccanica al contenimento umano.

All'interno di una paziente e tenace relazione terapeutica degna del nome, si può ben cogliere il nesso che collega la violenza all'angoscia sottostante. La violenza istupidisce chi la pratica non meno di chi la subisce: la forza, degna del nome, non è nemica della ragione e della sanità.

Questo si pensava – e si praticava – da molti di noi negli ultimi anni del "Roncati", fin che ci fu possibile ...

Con viva simpatia

Commissione Albo Odontoiatri

Troppe volte mi sono sentito impotente, amareggiato, avvilito alla notizia che un Collega che si è tolto la vita, che si è stancato di lottare ed ha posto fine alla propria esistenza, magari lasciando figli, coniugi, amici e Colleghi di lavoro. Pubblico l'elaborato di un amico psichiatra che ci può dare una mano a capire che cosa sta succedendo, magari al Collega che abbiano di fianco, forse per poter dire: sono arrivato in tempo. Ancora grazie al Dott. Silvio Lenzi

Carlo D'Achille

Prevenire e fronteggiare il suicidio: una impresa possibile?

Silvio Lenzi

SBPC, Scuola Bolognese Psicoterapia Cognitiva

In una canzone del 1997, *Tommy*, il cantautore Roberto Vecchioni racconta del suicidio di un amico dentista che "non aveva niente da sognare, aveva già passato tutto il suo avvenire nel suo giardino degli alberi incrociati dove i dolori non sono segnati", descrivendo tra l'altro uno dei principali elementi psicopatologici associati al suicidio, l'asse hopelessness-helplessness (Rossi Monti & D'Agostino, 2012), ovvero la mancanza di speranza nel futuro, il sentimento di inaiutabilità e la perdita del senso di efficacia delle proprie azioni. Nei successivi versi della canzone, Vecchioni si rivolge in preghiera alla benevolenza di Dio, a cui chiede di "trattare bene" l'amico, lasciando trasparire una sorta di senso di colpa per non aver impedito il gesto "digli che io c'ero e non ho fatto in tempo". Venire a conoscenza del suicidio di una persona cui si è legati, è una notizia che scuote profondamente l'animo umano. Oltre al dolore, sentimenti d'impotenza e di colpa compaiono quasi sempre nei famigliari, nelle persone vicine al suicida e anche negli eventuali professionisti entrati in contatto con la persona prima del gesto.

Se da un lato una delle poche cose che possono essere di consolazione in questi casi è il pensare che quando un soggetto raggiunge un forte grado di determinazione nel voler commettere il suicidio, è difficile che qualsiasi opera di dissuasione possa essere efficace, dall'altro è pur vero che l'inquadramento clinico della sindrome presuicidaria e dello sviluppo suicidario offrono svariate risorse per fronteggiare tali drammatiche situazioni.

Definizione e rapporto con la psicopatologia

Il suicidio è l'atto finale di storie molto diverse tra loro, non legate per necessità ad un disturbo mentale, ma spesso significativamente influenzate dagli eventi di vita e dal contesto sociale e culturale in cui vive il soggetto (Hecht, 2013). Sebbene sia sostenibile la definizione di spettro suicidario (Rossi Monti & D'Agostino 2012., pag 42), un continuum "che va da un polo nel quale la condotta suicidaria appare in relazione più o meno stretta con la presenza di un disturbo mentale a un polo opposto in cui il suicidio si configura come una vera e propria scelta consapevole", in una review del 2009 su *Lancet* Hawton & van Heeringen sostengono, sulla base di una metodologia retrospettiva di ricerca denominata *autopsia psicologica*, che in circa il 90% dei soggetti che si sono dati la morte era presente una patologia mentale.

Shneidman, il padre della moderna suicidologia, ha proposto la seguente definizione per il suicidio: "Attualmente nel mondo occidentale, il suicidio è un atto conscio di auto-annientamento, meglio definibile come un malessere generalizzato in un individuo bisognoso che identifica un problema per il quale il suicidio è percepito come la migliore soluzione" (Shneidman, 1985). L'autore ha suggerito che il suicidio è meglio comprensibile non come un movimento verso la morte, ma come un movimento di allontanamento da qualcosa e tale movimento è sempre un movimento di allontanamento nei confronti della stessa cosa: emozioni intollerabili, dolore insopportabile o ansiosità inaccettabile.

Come se la morte fosse un mezzo per raggiungere un altro fine.

Dati epidemiologici

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce il suicidio come un problema complesso non ascrivibile a una singola causa o a un motivo preciso (WHO, 1999), ma collegato a una complessa interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali e culturali. Il suicidio è un problema enorme nell'ambito della salute pubblica e causa nel mondo circa un milione di morti ogni anno con costi stimabili in milioni di euro

(WHO, 2004). Si tratta di una morte ogni 40 secondi, ed un tentativo ogni 3 secondi: muoiono più persone per suicidio che per i diversi conflitti armati sparsi nel mondo. Il suicidio è attualmente tra le prime tre cause di morte nella fascia di età 15-34 anni; nel recente passato il suicidio predominava tra gli anziani, ma ai nostri giorni il suicidio è più allarmante tra i giovani sia in termini assoluti che relativi. È stato rilevato da Stuckler (2009) che la frequenza dei suicidi è in aumento con la disoccupazione.

Aspetti psicopatologici: sindrome presuicidaria e sviluppo suicidario

Le caratteristiche della *sindrome presuicidaria* sembrano ricondursi a tre principali aspetti psicopatologici: il crescente restringimento del campo di coscienza e dell'affettività, l'inibizione dell'aggressività eterodiretta e della capacità di espressione comunicativa, la fuga verso i fantasmi delle tematiche suicidarie. A fini espositivi è utile suddividere il processo della crisi in quattro fasi. Inizialmente l'individuo viene investito da una situazione minacciosa e stressante che provoca una perturbazione dell'equilibrio individuale e sociale, ingenerando uno stato di perturbazione e sconforto. Successivamente se i tentativi abituali di fronteggiamento falliscono, viene adottata una modalità per tentativi ed errori che progressivamente porta alla terza fase, ovvero alla disorganizzazione con incapacità decisionale, alternanza di momenti di iperattività e di passività, fissazione dell'attenzione su particolari irrilevanti. La quarta fase è quella di una profonda disperazione per la propria impotenza, incapacità e inaiutabilità. È qui che s'instaura il processo dello *sviluppo suicidario*, con il passaggio a una fase detta della riflessione, in cui comincia ad affacciarsi il pensiero del gesto suicidario come possibile soluzione. Ne consegue una posizione di ambivalenza in cui si sviluppa una vera e propria lotta tra l'autoconservazione e l'autodistruzione, con la possibilità di numerosi annunci diretti o indiretti dell'intenzione autosoppressiva. Nel momento in cui l'individuo propende per una scelta a favore di questa ipotesi, subentra generalmente uno stato di maggiore tranquillità, essendosi lasciato alle spalle il conflitto decisionale. Tale stato di tranquillità può facilmente trarre in inganno familiari e anche curanti, che possono attribuire la condizione a un miglioramento clinico.

Certo è che in tali situazioni il gesto suicidario può rappresentare per l'individuo l'unica strategia "viabile" per fronteggiare la situazione e quindi l'unica risposta sintonica per il sistema conoscitivo stesso, che si mostra incapace di individuare la novità degli eventi esterni, chiudendosi in una rigidità organizzativa inabile a generare nuovi significati. La persona è chiusa nella propria solitudine esistenziale, impermeabile al resto del mondo, capace di trovare una via percorribile solo nel gesto finale.

Principi dell'intervento

In una situazione di questo tipo risultano estremamente importanti i seguenti tre aspetti che possono essere considerati come principi generali di intervento. Essi devono caratterizzare anche l'atteggiamento del congiunto, e non solo quello degli addetti ai lavori, qualora si trovi di fronte alle evidenze o anche solo a indizi di una situazione presuicidaria.

La cosa più importante è di riuscire a stabilire un **contatto** empaticamente comprensivo, cioè volto a vedere il mondo dagli occhi dell'altro, autenticamente non giudicante e ricco di "calore emozionale": stare in contatto con i propri vissuti di affetto e preoccupazione, esprimerli con congruenza senza giri di parole, e cautamente ma in modo determinato, senza intrusività ma in modo assertivo, esplorare la situazione di vita dell'altro fino agli argomenti più critici.

Vi è poi la necessità di offrire un **sostegno attivo** anche invitando a rivolgersi a figure professionali (psicoterapeuti in particolare, nei loro vari orientamenti), utilizzando l'argomento del carattere clinico-patologico (una psicopatologia comprensiva e non stigmatizzante ovviamente) della situazione come "tecnica di assicurazione". Il fatto di non essere un caso isolato rappresenta anche la certezza che una via di uscita esiste, ed è percorribile.

Ecco quindi delinearsi la possibilità di una programmazione a breve termine dell'intervento, in cui flessibilità e atteggiamento direttivo devono sapersi integrare per ottenere un "accoppiamento strutturale" con il paziente (Rezzonico, 1989). Una volta stipulato il **patto suicidario**, ovvero la promessa di mettersi in contatto prima di attivare una eventuale condotta suicidaria, da un lato occorre definire una serie di mete concrete che, evitando l'atteggiamento tutto/niente, consentano al soggetto di sperimentarsi nuovamente nel perseguimento di obiettivi graduali, dall'altro favorire l'introduzione di nuove prospettive tramite la proiezione nel tempo, generando svariate alternative di soluzione.

Elementi per un corretto fronteggiamento dell'urgenza

Accanto ai principi generali e alle fasi tecniche dell'intervento, possiamo precisare alcuni elementi utili ad individuare l'esistenza di una potenziale situazione suicidaria e suggerire gli atteggiamenti di base utili a attivare i primi soccorsi. È indubbio che in Italia, per ragioni socioculturali complesse, anche legate al rischio di semplificazione e riduzionismo molto sentito nella tradizione continentale, la conoscenza clinico-scientifica dei principali disturbi psicopatologici e gli strumenti di cura e prevenzione che ne derivano non siano sufficientemente divulgati e utilizzati al pieno delle loro potenzialità. Un interessante tentativo in questo senso è quello intrapreso da alcuni colleghi di formazione cognitivo comportamentale che, utilizzando anche il mezzo artistico della canzone, si sono proposti, con l'aiuto di esperti di rilevanza nazionale e internazionale, di diffondere una conoscenza scientificamente aggiornata sugli aspetti psicopatologici e sulle cure di comprovata efficacia. Ispirandoci liberamente ai contributi del suicidologo Maurizio Pompili (2011, 2013), concludiamo questo breve scritto con alcune linee guida sul fronteggiamento dell'urgenza suicidaria. Innanzitutto occorre saper riconoscere *i segnali d'allarme per il suicidio*. Spesso il soggetto a rischio di suicidio si presenta con pensieri identificabili con espressioni del tipo: "Vorrei essere morto", "Non riesco a fare nulla", "Non posso più andare avanti così", "Sono un perdente", "Gli altri staranno meglio senza di me". Un alto rischio di suicidio è associato a sentimento di disperazione, rabbia incontrollabile, al cercare vendetta, agire in modo imprudente o rischioso senza meditare sulle conseguenze di un certo comportamento, al sentirsi intrappolati e senza via d'uscita. Il rischio è poi incrementato dal consumo di alcol e droga, dal ritirarsi dalle amicizie, dalla famiglia, e dai contatti sociali; inoltre ansia, agitazione, disturbi del sonno sono sempre correlati al rischio di suicidio.

Schematizzando, gli individui in crisi a rischio di suicidio sentono che:

- non possono ridurre il dolore
- non possono pensare chiaramente sulle cose se non sul suicidio stesso
- non riescono a mantenere il controllo
- non possono prendere decisioni
- non riescono a vedere soluzioni
- non riescono a dormire, mangiare o lavorare
- non riescono a liberarsi della tristezza
- non riescono a considerare il cambiamento
- non riescono a vedersi come individui di valore
- non riescono ad attirare l'attenzione degli altri.

Il già citato Shneidman, suggerisce che le domande chiave che possono essere poste ad una persona cui si attribuisca un'intenzione suicidaria sono principalmente "che tipo di disagio senti?" e "Come posso aiutarvi?". Se il ruolo del suicidio è quello di porre fine ad un insopportabile dolore mentale, allora ne deriva che il compito principale è quello di attenuare di questo dolore e di proporre soluzioni alternative. Shneidman ritiene che le fonti dei principali tipi di dolore psicologico, come vergogna, colpa, rabbia, solitudine, disperazione, originino da bisogni psicologici frustrati e negati. Tali bisogni psicologici includono il bisogno di raggiungere qualcosa, l'affiliarsi, l'autonomia, l'opporci a qualcosa, l'imporsi e il bisogno di essere accettati e compresi e possono trovare iniziali risposte in una relazione interpersonale correttamente impostata e focalizzata concretamente sull'obiettivo. Parlare del suicidio non incrementa nell'altro il proposito suicidario; al contrario, l'individuo si sente sollevato ed ha l'opportunità di sperimentare un contatto empatico. Ecco dunque in conclusione, sempre proposte in modo schematico, alcune modalità utili per accostarsi proficuamente ad un individuo che minaccia di suicidarsi:

- Porre attenzione. Imparare i segnali d'allarme
- Rendersi disponibili. Mostrare interesse e supporto
- Chiedere esplicitamente se sta pensando al suicidio. Essere diretti. Parlare apertamente e senza esitazione del suicidio
- Essere orientati all'ascolto. Permettere di mostrare sentimenti ed essere disposti ad accettarli
- Non giudicare. Non discutete sul fatto che il suicidio è giusto o sbagliato o su sentimenti positivi e negativi. Non dare lezioni sul valore della vita.
- Non sfidare a compiere l'atto
- Non chiedere "perché": questo incoraggia un atteggiamento difensivo
- Offrire empatia, cioè comprensione e validazione, non facile simpatia

- Non mostrarsi turbati: questo crea distanza e chiusura
- Non promettere la segretezza, anzi cercare supporto
- Offrire speranza sostenendo che si tratta un problema conosciuto e suggerendo che sono disponibili delle alternative. Non dare rassicurazioni meccanicamente: questo da solo prova di mancata comprensione
- Infine agire! Rimuovere i mezzi letali. Farsi aiutare da individui o istituzioni specializzate nella gestione della crisi e nella prevenzione del suicidio.

Riferimenti bibliografici

- Hawton K., van Heeringen K. (2009), *Suicide, The Lancet*, 373, pp 1372-81.
- Hecht J. M. (2013), *Stay: A History of Suicide and the Philosophies Against It*, Yale University Press.
- Pompili M. (2011), *Comprendere e aiutare l'individuo a rischio di suicidio*, in Palmieri G., Grassilli C. (2011), *Psicantria, La Meridiana, Bari*.
- Pompili M. (2013), *La prevenzione del suicidio, Il Mulino, Bologna*.
- Rezzonico G. F. (1989), *Aspetti della sindrome presuicidaria e principi di intervento, Tribuna Medica Ticinese* 54, pp 63-70.
- Rossi Monti M., D'Agostino A. (2012), *Il suicidio, Carocci Editore, Roma*.
- Shneidman E. S. (1993), *Suicide as Psychache. A clinical Approach to Self-destructive Behavior*, Northvale, Aronson.
- Stuckler D. (2009), *The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis, The Lancet*, 374, pp 315-323.
- WHO (1999), *Figures and facts about suicide (adaptation of the 1999 World Health Organization document)*, Geneva.
- WHO (2004), *Suicide huge but preventable public health problem, World Health Organization World Suicide Prevention Day, 10 September 2004, Geneva*.

Responsabilità civile Professionale del Medico

Con la sua iscrizione all'Ordine dei medici, Lei ha diritto per tre anni alla copertura assicurativa per la Responsabilità civile Professionale del Medico con la speciale Formula Young, di Assicuratrice Milanese.

- NESSUNO SCOPERTO PER DANNI A PERSONE.
- TUTELA LEGALE PENALE E CIVILE ILLIMITATA.
- MASSIMALE DI GARANZIA €2.000.000,00.



PREMIO € 250,00

N.B.: La responsabilità civile Professionale Formula Young è riservata esclusivamente ai medici nei primi tre anni di iscrizione all'ordine Professionale e cessa alla prima scadenza annuale oltre tale limite.

Per informazioni :

GAFEMAR SRL
VIA RAMENGIHI, 12 40133 BOLOGNA 05119980051 info@gafemar.it
Riferimento: Giuseppe Verardi 3384058137
Gafemar srl è un Intermediario Assicurativo iscritto al Registro IVASS (RUI) al n. A000348325

Vitamina E contro Alzheimer. Ha ridotto il rischio, come farmaco mementina, del 19%

Potrebbe venire dalla vitamina E, contenuta in alimenti come uova, olio e noci, un aiuto contro l'Alzheimer o altre forme di demenza. A suggerirlo una ricerca sulla rivista "Jama": coloro a cui veniva somministrata giornalmente 1,300 grammi di vitamina, così coloro che assumevano mementina (un composto ritenuto utile per il trattamento delle demenze) hanno visto il proprio tasso di declino cognitivo ridotto del 19% rispetto a quelli che avevano ricevuto solo un placebo.

3 bimbi maschi italiani su 10 sono obesi. Unicef, problema per 43 milioni di bambini sotto 5 anni nel mondo

L'obesità tra i bambini e i ragazzi italiani è più diffusa tra i maschi, dove arriva al 30,1%, che tra le femmine, 23,6%. Inoltre è un fenomeno che colpisce soprattutto coloro che vivono al Sud (34,6% rispetto al 22,7 del Nord-Ovest, al 21,1% del Nord-Est, al 24,6% del Centro e al 31,1% delle isole). Riguarda il resto del mondo, a soffrirne sono ben 43 milioni di bimbi sotto i 5 anni. Lo dicono i dati dell'Unicef contenuti nel rapporto *Bambini e adolescenti tra nutrizione e malnutrizione*.

Aumenta la probabilità di ictus per chi russa

Chi russa forte ha il doppio delle probabilità di subire un ictus fatale rispetto a chi dorme "pacificamente". Inoltre, russare in modo pesante aumenta dell'80% il rischio di sviluppare malattie cardiache. È quanto emerge da uno studio della Shandong University, Cina, pubblicato sulla rivista *International Journal of Cardiology*. I ricercatori hanno analizzato i dati di 12 studi precedenti che hanno coinvolto un totale di 25mila persone e hanno riscontrato che chi russa in maniera forte sono più a rischio ictus e infarto. L'origine del problema è nelle interruzioni di respirazione costanti durante il sonno; infatti il sonno del russatore è caratterizzato da interruzioni della respirazione (apnee). Il rischio ictus e cardiovascolare è causato, secondo i ricercatori, dal fatto che la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna vengono ripetutamente scosse in maniera brusca durante il sonno profondo.

Boom tumori tiroide, inquinamento causa? Quasi triplicati in 20 anni, ma possibile diagnosi precoce

I tumori della tiroide sono aumentati negli ultimi 20 anni di quasi tre volte, e fra le cause di questo vero e proprio boom ci sono l'esposizione a radiazioni, a sostanze tossiche o la carenza di iodio, mentre per l'inquinamento non ci sono ancora prove certe. Lo hanno affermato gli esperti dell'Associazione Italiana Tiroide durante il loro congresso annuale. Secondo gli ultimi dati disponibili in Italia ci sono circa 14mila nuovi casi di tumori alla tiroide all'anno (di cui 3 mila di uomini).

Con l'anastrozolo si abbatte del 50% il rischio di cancro al seno

Il farmaco anastrozolo ha ridotto di oltre il 50% il rischio di cancro alla mammella in cinque anni nelle donne in post-menopausa a maggior rischio. Lo studio, pubblicato sulla rivista *Lancet* condotto da Jack Cuzick e colleghi della Queen Mary University of London, potrebbe offrire nuove opzioni preventive contro il cancro alla mammella in questa categoria di donne, più efficaci del tamoxifen e con meno effetti collaterali. Nella ricerca sono state coinvolte quattromila donne in post-menopausa ad alto rischio di cancro alla mammella; a metà di esse è stato dato anastrozolo

quotidianamente, nella dose di un milligrammo, per cinque anni, mentre all'altra metà è stato fornito un placebo. Nel periodo considerato, 40 donne del primo gruppo hanno sviluppato tumore alla mammella, contro 85 del secondo.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62292-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62292-8/abstract)

Conseguenze sonnolenza diurna, tra incidenti e costi

L'eccessiva sonnolenza diurna, provocata per lo più dalla Sindrome delle apnee notturne (OSAS), è la maggior causa dei colpi di sonno al volante, determinando ogni anno la morte di oltre 1.000 persone, oltre 3 al giorno, e il ferimento di almeno altre 120mila. Ma l'OSAS è pure causa di molte altre patologie, spesso mortali, come l'infarto e l'ictus. Il costo sociale e per il SSN di questa subdola Sindrome secondo stime cautelative è valutato in oltre 6 miliardi di euro ogni anno e di questa enorme cifra almeno un miliardo è causato dalle conseguenze dei colpi di sonno alla guida o al lavoro. Questi allarmanti dati sono emersi nel corso della presentazione alla comunità medico-scientifica del "Centro Multidisciplinare per la ricerca e la cura dei disturbi del sonno" di Roma, realizzato nella Clinica Parioli con la collaborazione della Fondazione per la Ricerca e la Cura dei Disturbi del Sonno Onlus. L'appuntamento ha fornito anche l'occasione per un incontro con alcune tra le principali componenti dell'integrazione tra sanità pubblica e privata: il Dott. Emmanuel Miraglia, presidente del Gruppo GIOMI, attivo nella sanità nazionale con oltre 35 strutture ed il Dott. Stefano Cuzzilla, presidente del FASI, il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi, con oltre 310.000 assistiti. "Con questa iniziativa realizzata con il Gruppo Giomi, ampiamente attivo nel SSN oltre che in ambito privato", ha detto Francesco Peverini, direttore scientifico della Fondazione, "offriamo un effettivo contributo alla riduzione del pesante gap, assistenziale, organizzativo e normativo, che separa il nostro Paese dagli altri (Usa e UE) sul fronte dell'accertamento preventivo e della Cura delle malattie connesse al sonno, a partire dalle Apnee Notturme (OSAS). Questo si realizza con il Centro Multidisciplinare, con oltre 30 specialisti di diverse discipline, il cui compito è principalmente quello di sopperire ad una attuale carenza di offerta pubblica in materia di prevenzione e cura integrata dei disturbi del sonno, attraverso interventi di screening ed esami diagnostici, nonché con offerte di terapie mediche e chirurgiche in grado di assicurare una concreta riduzione del rischio di patologia connesso a questi disturbi, nel medio e lungo periodo".

Nella struttura è allestita un'area per la diagnosi (visite e test, polisonnografia, sleep endoscopy) ed una dedicata alla terapia. Peculiare la presenza di due 'camere del sonno' e dello 'sportello clinico'. "La camera del sonno", ha spiegato Peverini, "è un modello di struttura di degenza dedicata all'accertamento e alla terapia dei disturbi del sonno ed è realizzata secondo protocolli che puntano a creare le migliori condizioni per accertamenti e cure. Gli ambienti sono ovviamente dotati di apparecchi per la diagnostica (polisonnografia) e per il monitoraggio della ventiloterapia (la cosiddetta CPAP). Ma si cura anche la posizione dei letti, il colore delle pareti, la luce artificiale a tempo, l'importanza del 'rumore bianco'; ed inoltre viene attribuita particolare attenzione ai materassi ed ai guanciali, ideati per attuare, nel rispetto della fisiologia, specifiche funzioni nelle situazioni di insonnia o in caso di sindrome delle apnee notturne. Anche le suppellettili sono adeguate a creare le migliori condizioni di diagnosi e cura possibili".

Lo sportello clinico è una iniziativa volta a contrastare numeri allarmanti: dopo 4 anni di trattamento con CPAP, in Italia, solo il 25 % dei pazienti prosegue efficacemente la cura, nonostante essa sia nodale per le cure di molti pazienti. Il Centro Multidisciplinare dedica al consolidamento di questa terapia, una specifica unità operativa. Dopo aver ricordato che "in Italia mancano norme precise per scongiurare il pericolo dei colpi di sonno al volante e che sono attivi ancora pochi centri integrati di diagnosi e cura rispetto ad altri paesi europei come la Germania, con i suoi 300 ed oltre Centri del Sonno", Peverini ha illustrato il programma del 'Manifesto per un sonno sostenibile', presentato al Congresso Nazionale AIMS (2012), che identifica alcuni punti essenziali per un maggiore sviluppo della materia, come un progressivo aumento delle diagnosi, capillari campagne di informazione e sensibilizzazione degli italiani e in particolare delle istituzioni e delle categorie più direttamente interessate (conducenti professionali, piloti, addetti a centrali di controllo, ecc.), nonché la programmazione di formazione e indagini preventive su larga scala.

Il presidente del Gruppo Giomi, il dottor Miraglia, ha sottolineato “la convinta adesione e partecipazione all’iniziativa per la realizzazione del Centro Multidisciplinare per la Ricerca e la Cura dei Disturbi del Sonno”, ricordando “la grande sproporzione tra chi ‘conosce’ il problema e la ‘gravità’ del problema stesso e come la mancata conoscenza comporti che ben pochi possano identificare in questa Sindrome l’origine dei loro problemi e ancora oggi, meno del 5% dei soggetti affetti da OSAS sa di esserne affetto”.

Il dott. Miraglia ha poi posto in evidenza come “l’incontro con Peverini ha aperto un orizzonte straordinario di attività condivise, individuando uno scenario che, se ben affrontato, potrà favorire la soluzione di un problema sociale molto rilevante. Per questo, l’accordo tra la Fondazione e il Gruppo Giomi ha lo scopo di diffondere una presa di coscienza nuova tra i cittadini e concorre a risolvere il problema. La salute va salvaguardata anche ‘inducendo’ i pazienti a curarsi nel modo giusto. Oggi siamo solamente all’inizio di un percorso, qui a Roma, ma il nostro programma è quello di creare una rete in tutte le Regioni dove stabilmente opera il Gruppo Giomi”. Cuzzilla ha quindi ricordato che “l’idea di partecipare all’iniziativa del prof. Peverini, che da oltre 15 anni si occupa di disturbi del sonno e che ha fortemente voluto la costituzione del Centro Multidisciplinare per la cura di queste patologie, nasce dalla comune esigenza di approfondire un problema le cui ripercussioni sulla salute generano una serie di rilevanti implicazioni e costi, sociali e sanitari, ormai di primario interesse per un fondo di assistenza sanitaria come il FASI.

Questo Centro Multidisciplinare, il primo di una rete nazionale, presenta caratteristiche di ottimizzazione di procedure e di adesione ai principi di assistenza del FASI, tali da raccogliere la nostra attenzione per il futuro, sia nella assistenza ai dirigenti che nella loro formazione”.

Dati allarmanti sulla sanità italiana nel rapporto AIOP

Lievitazione dei ticket sanitari (22% dal 2009 al 2012) per diagnostica e visite specialistiche, aumento dei ticket dei farmaci (63% dal 2009 al 2012), incremento del ricorso al pagamento delle prestazioni intramoenia (51% dal 2011 al 2012), lievitazione delle addizionali Irpef regionali (dal 2009 al 2012 ha toccato punte del 77%). E accanto a tutto questo, una spesa ospedaliera pubblica pari a 61,6 miliardi, in un quadro generale di spesa sanitaria che risulta la più bassa (7% del Pil), rispetto alla media Ocse (7.8% del Pil) e dei Paesi G7 (8%). In un quadro del genere, diventa sempre più difficile sostenere il sistema sanitario italiano. A lanciare l’allarme, attraverso i dati del 2012, è l’Associazione italiana ospedalità privata (Aiop), che ha presentato l’11esimo rapporto Ospedali&Salute. In particolare quest’anno l’indagine si è soffermata sulle ripercussioni che questa situazione ha sulla vita e le scelte dei pazienti, attraverso un sondaggio condotto su un campione di 2.000 caregiver. Ne è emerso un appesantimento oggettivo della spesa sanitaria sostenuta dai pazienti e dalle loro famiglie, al quale si affianca una percezione soggettiva del sovraccarico dell’assistenza dalla quale derivano le scelte in termini di priorità delle cure. Si scopre così che nel 2012 5,5 milioni di famiglie hanno rinunciato o rimandato le cure dentarie, 4,7 milioni le visite specialistiche e 2,9 milioni di famiglie gli esami di laboratorio. Secondo l’Aiop sono due le strade principali da seguire per riformare il sistema. La prima è il riconoscimento di un finanziamento equo per tutti gli operatori, pubblici e privati, dove questi ultimi, che rappresentano il 27,3% dell’attività complessiva, costando però solo il 14,4% della spesa totale, sono soggetti a una sottotariffazione del 20% circa rispetto agli ospedali pubblici, che beneficiano tra l’altro del contributo da parte delle Regioni per ripianare i disavanzi di bilancio, colmando quindi le sacche di inefficienza. Secondo una simulazione effettuata da Aiop, una riduzione del 33% delle inefficienze all’interno della spesa degli ospedali pubblici si riuscirebbe a riassorbire il recupero della sotto-tariffazione applicata agli ospedali privati accreditati, generando addirittura un risparmio. In termini pratici, se dalla spesa per gli ospedali pubblici si potessero eliminare 4 miliardi di inefficienze, si scenderebbe da 52,7 miliardi a 48,1 miliardi, mentre se quella per i privati accreditati aumentasse da 8,9 miliardi a 10,6 miliardi si arriverebbe a una spesa complessiva di 58,7 miliardi invece degli attuali 61,6, con un risparmio del 4,6% rispetto a oggi. La seconda strada, immediatamente percorribile, consiste nell’inserire trasparenza e semplificazione nella gestione dei sistemi sanitari regionali, a partire dalla compilazione obbligatoria di bilanci trasparenti e confrontabili per tutti gli ospedali pubblici. “Assicurato un finanziamento equo e misurabile – afferma il presidente Aiop, Gabriele Pelissero –

in relazione alla qualità e alla quantità delle prestazioni erogate, sarà finalmente possibile dare un vero contenuto al principio di responsabilità degli amministratori e contemporaneamente ridurre i vincoli burocratici che limitano l'autonomia manageriale. Nei mesi a venire, seguiremo le proposte della seconda spending review con l'auspicio che, in accordo con il ministro Lorenzin – conclude – si possa attivare un risparmio tutto interno al sistema per liberare risorse che in esso devono essere reinvestite”

Donne esposte all'inquinamento in gravidanza partoriscono figli con peso minore

Le donne che in gravidanza sono esposte a inquinamento dell'aria danno alla luce figli con peso minore. Lo afferma uno studio condotto sulla città di New York pubblicato dall'*American Journal of Epidemiology*, che ha correlato il peso soprattutto con le polveri ultrafini e gli ossidi di azoto. Lo studio della Alpert Medical School della Brown University ha usato i dati sul peso di circa 250mila bambini nati a New York tra il 2008 e il 2010, incrociandoli con quelli sull'inquinamento dell'aria, in particolare sulle pm 2,5 e sull'ossido di azoto, sulla base dell'indirizzo di residenza delle neomamme. Il risultato è stato che i bambini “perdono” alla nascita 48 grammi per ogni 10 microgrammi per metro cubo di polveri in più medi a cui sono esposti, mentre 10 parti per miliardo in più di ossidi di azoto fanno scendere il peso in media di 18 grammi. “Anche se per un singolo bimbo si tratta di diminuzioni di peso che non sono preoccupanti, il fatto che un'intera popolazione mostri questo spostamento verso il basso invece può nascondere un problema di salute pubblica – hanno spiegato gli autori –. Il risultato dovrebbe mettere in allarme le istituzioni, perché ogni riduzione dell'inquinamento potrebbe tradursi in un miglior stato di salute dei neonati”.

<http://aje.oxfordjournals.org/content/early/2013/11/10/aje.kwt268.abstract>

Depresso e discriminato: è l'italiano con diabete

Depresso, stressato, discriminato: questo il vissuto dell'Italiano con diabete che emerge dallo studio internazionale DAWN2 (Diabetes Attitudes Wishes and Needs), realizzato da International Diabetes Federation (IDF), International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD), International Alliance of Patients' Organization (IAPO) e Steno Diabetes Center, con il contributo non condizionato di Novo Nordisk.

In Italia, il 51% delle persone con diabete dichiara di soffrire lo stress della malattia; solo i “colleghi” polacchi se la passano peggio (57%) in Europa, i cugini spagnoli si trovano nelle nostre stesse condizioni (51%), lontani gli altri: Francia (40%), UK (28%), Germania (27%). L'Italiano con diabete è anche più depresso (18%), anche se sempre meno del polacco (19%), ma in questo caso sembra che la situazione sia uniformemente diffusa: Spagna e UK (17%), Francia, Germania e Olanda (14%). Ancora i polacchi in testa alla classifica del senso di discriminazione (24%), spuntano a sorpresa gli olandesi (20%) davanti ai connazionali e agli spagnoli (19%), leggermente più staccati gli altri. “Questi risultati rappresentano solo una delle numerose analisi e valutazioni che l'enorme massa di dati raccolti durante lo studio DAWN2 permette”, spiega Marco Comaschi, coordinatore per l'Italia dello studio. “Si tratta dell'indagine più ampia mai svolta, con lo scopo di fotografare e interpretare il mondo del diabete dal punto di vista della persona, del familiare e del medico, per evidenziare in particolare l'impatto della malattia sulla vita di tutti i giorni e il rapporto della persona con diabete con le strutture sanitarie e sociali, pubbliche e private. L'obiettivo dichiarato del DAWN2 è quello di spingere le Istituzioni dei vari Paesi a costruire modelli di sanità centrati sulla persona”, prosegue.

Lo studio ha coinvolto oltre 15.000 tra persone con diabete, familiari e operatori sanitari (medici, infermieri, dietisti), intervistati in 17 Paesi di 4 continenti. In Italia è realizzato sotto l'egida di Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation, Diabete Italia, Comitato per i diritti della persona con diabete e il pieno coinvolgimento operativo di CENSIS e della Fondazione Mario Negri Sud. Il ruolo di garante del progetto, attraverso la verifica del rispetto e dell'osservanza di tutti i

principi di natura sociale, etica e solidaristica, è del ministero della Salute, sancito con l'accordo di programma siglato nel maggio 2006. "È il primo studio di queste dimensioni che ponga particolare attenzione agli aspetti psicosociali della gestione del diabete, coinvolgendo non solo le persone con la malattia, ma tutti coloro che hanno a che fare con il diabete, familiari per primi", sostiene Salvatore Caputo, Presidente di Diabete Italia.

"I risultati dello studio DAWN2 mettono in evidenza un quadro che deve destare attenzione", spiega Antonio Nicolucci, Coordinatore Data analysis board dell'Italian Barometer Diabetes Observatory e Responsabile Dipartimento farmacologia clinica ed epidemiologia della Fondazione Mario Negri Sud, centro scelto per elaborare e analizzare i dati provenienti dai vari Paesi. "Se, infatti 4 Italiani con diabete su 10 dichiarano che le cure cui devono sottoporsi interferiscono con la loro vita quotidiana, un dato assolutamente in linea con la media internazionale, molti altri indicano un forte disagio sociale e un importante peso psicologico che grava sui familiari", aggiunge. Ai dati illustrati precedentemente, infatti, si aggiunge un 65% di Italiani con diabete che accusa un impatto negativo della malattia sulle proprie condizioni fisiche (oltre la media internazionale, al 62%) e un 60% che teme il rischio di ipoglicemia, poco sopra la media pari al 59%.

"In insieme di situazioni che genera un grave senso di oppressione nei familiari, i quali ci dicono, in oltre 1 caso su 2 di essere preoccupati per le condizioni dei loro cari e lo sono molto più rispetto a quanto accade negli altri Paesi, in cui il livello di preoccupazione si ferma al 40%", conclude Nicolucci.

"Lo studio dei determinanti sociali e della qualità di vita della persona con diabete appare oggi la strada percorribile per affrontare questa malattia e tutta la cronicità in genere non solo come condizione clinica, ma come fattore socio-sanitario sul quale intervenire", commenta Ketty Vaccaro, Responsabile Welfare e Salute della Fondazione CENSIS. "Il diabete rappresenta una patologia silente che è ancora poco conosciuta, spesso sottovalutata, e la non conoscenza del problema è il maggior alleato nel suo avanzare pandemico. Risulta necessario impegnarsi partendo dall'informazione per poi affrontare in termini corretti il tema della prevenzione", aggiunge.

"I risultati dello studio DAWN2 mettono in evidenza ciò che già avviene nel caso di altre malattie come il morbo di Alzheimer e la malattia psichiatrica: l'emergere di un forte disagio sociale correlato alla condizione, che coinvolge soprattutto le famiglie. Il rischio è che, in un clima di recessione economica come quello che stiamo vivendo, possa peggiorare", chiude Renato Lauro, Presidente dell'Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation.

Disturbi depressivi in aumento tra le cause di disabilità

Il disturbo depressivo maggiore (Ddm) è la seconda tra le cause principali di disabilità a livello mondiale ed è il fattore che contribuisce in maggiore misura al numero complessivo di atti suicidari e casi di cardiopatia ischemica. Il dato, tratto dall'ultimo studio Global Burden of Disease (Gbd), ossia il Gbd 2010, oltre a confermare la crescente rilevanza del carico dei disturbi depressivi rilevata nei precedenti studi del 1990 (in cui si trovavano al 4° posto) e del 2000 (3° posto), evidenzia l'importanza di includere queste patologie tra le priorità della sanità pubblica, mettendo in atto interventi costo-efficaci per diminuirne l'onere. L'analisi del Gbd 2010 è stata effettuata da un board di tre autori australiani, uno canadese e uno statunitense, coordinato da Alize J. Ferrari, dell'Università del Queensland, a Herston (Australia), che ha considerato il carico del Ddm e della distimia in base alle singole nazioni e regioni, all'età, al sesso e all'anno, valutandolo anche come fattore di rischio per suicidio e cardiopatia ischemica. Per la quantificazione del carico globale attribuibile ai disturbi depressivi, i ricercatori hanno utilizzato gli anni di vita corretti per la disabilità (DALYs), calcolati sommando gli anni vissuti con una disabilità (YLDs) agli anni persi a causa di morte prematura patologia-specifica (YLLs). Messo a confronto con altre malattie e lesioni, nel 2010 il Ddm ha contribuito all'8,2% degli YLDs globali, collocandosi come detto al 2° posto tra i più importanti motivi di disabilità globale, e all'11° tra le cause primarie di carico globale (o DALYs). Meno rilevante l'apporto della distimia, attestata all'1,4% degli YLDs globali. Dalla ricerca è emerso anche che i disturbi depressivi sono prevalenti nelle donne rispetto agli uomini e che la più ampia proporzione di YLDs si presenta tra i soggetti adulti in età lavorativa. Da notare che il peso dei disturbi depressivi è aumentato del 37,5% tra il 1990 e il 2010 a causa dell'aumento della popolazione e del suo

progressivo invecchiamento. «Abbiamo valutato» riferiscono infine gli autori «che il Ddm, quando considerato fattore di rischio per suicidio e cardiopatia ischemica, determina una quota aggiuntiva, rispettivamente, di 16 e 14 milioni di DALYs». PLoS Med, 2013;10(11):e10001547.

Facebook, rischio disturbi alimentari. In adolescenti aumenta la visione distorta del proprio fisico

Il tempo trascorso su Facebook a guardare le foto postate dalle amiche potrebbe avere un effetto negativo sulle adolescenti, esponendole a un maggiore rischio di sviluppare disturbi dell'alimentazione. È quanto suggerisce una ricerca dell'American University di Washington, negli Usa, pubblicata sulla rivista *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*. Gli scienziati hanno condotto uno studio su 103 ragazze sottoponendo loro un questionario di natura psicologica.

Film per bambini cattivo esempio per la salute. Personaggi amati dai piccoli fanno male a salute e comportamento

I film più visti dei bambini non sono un buon esempio per la loro salute e il loro comportamento, in quanto condannano chi è obeso e stimolano cattive abitudini alimentari. La bocciatura arriva dai medici dell'università della North Carolina che, in una ricerca pubblicata su *Obesity*, hanno passato in rassegna 20 pellicole per ragazzi. Infarciti di messaggi che li spingono a prendere in giro chi è obeso (70%), mostrano porzioni esagerate di cibo spazzatura (26%) e snack non salutari (52%).

Gli energy drink mischiati agli alcolici danneggiano la salute dei giovani

I giovani che consumano energy drink hanno anche una probabilità maggiore di bere alcolici e di mixare le due bevande in una stessa sera, una pratica che può portare a danni gravi alla salute. È quanto emerge da un'indagine dell'università del Michigan pubblicata dal *Journal of Adolescent Health*. Lo studio è stato fatto su 779 studenti universitari che sono stati sottoposti a questionari periodici per tre anni e mezzo sulle loro abitudini e sulle conseguenze degli eventuali eccessi nel bere, corredati dai dati su altezza e peso usati per calcolare il tasso di alcol raggiunto nel sangue. L'80% dei soggetti studiati ha dichiarato di bere alcol, e il 51% aveva consumato almeno un energy drink durante lo studio. Il 30% ha ammesso di aver usato insieme le due bevande almeno una volta. Gli studenti che consumavano più energy drink erano anche quelli con un maggiore consumo di alcolici, raggiungevano picchi di alcol nel sangue e avevano una probabilità maggiore di ubriacarsi di avere conseguenze negative delle bevute. "Abbiamo scoperto che gli studenti tendono a bere di più e a intossicarsi maggiormente nei giorni in cui usano energy drink e alcol – scrivono gli autori – rispetto a quelli in cui bevono alcol da solo. Questo probabilmente è dovuto al fatto che le bibite alla caffeina diminuiscono la sensazione di ebbrezza, spingendo quindi i soggetti a bere di più. È importante che le persone sappiano che mescolare questi due ingredienti può essere molto pericoloso".

[http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(13\)00511-9/abstract](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(13)00511-9/abstract)

Gli ultrasuoni possono distruggere i tumori del seno

Distruggere il tumore al seno senza intervento chirurgico: questo l'obiettivo di una sperimentazione dell'Università La Sapienza di Roma presentata alla Conferenza annuale della Società nordamericana di radiologia. Anziché andare sotto i ferri le pazienti potrebbero eliminare la neoplasia tramite l'impiego del calore di ultrasuoni ad alta intensità. Gli esperimenti della nuova metodica

hanno avuto fin qui un buon esito. La tecnica, chiamata “ablazione con ultrasuoni guidata da risonanza magnetica”, usa il calore per distruggere i tumori della mammella. La procedura utilizza la risonanza magnetica per individuare precisamente la localizzazione del cancro e, successivamente, onde di energia acustica da ultrasuoni ad alta intensità per rimuovere le cellule maligne. Lo studio ha incluso 12 pazienti con diagnosi di cancro del seno duttale invasivo: ognuna è stata sottoposta alla nuova tecnica una sola volta e in 10 delle 12 volontarie il tumore è stato distrutto. I test successivi non hanno mostrato alcun segno di rimanenze neoplastiche. Nessuna delle pazienti ha sofferto alcuna complicazione durante o dopo la procedura. Alessandro Napoli, che ha guidato la ricerca, ha sottolineato la necessità di condurre ricerche più ampie prima che si pensi di adottare la procedura a livello diffuso.

La carenza di vitamina D potrebbe essere conseguenza e non causa di cancro

Le carenze di vitamina D potrebbero essere una conseguenza, e non una causa di diverse malattie dal diabete al cancro. Lo afferma una revisione degli studi sul tema pubblicata dalla rivista *Lancet Diabetes and Endocrinology*, che mette quindi in dubbio l'utilità dei supplementi largamente usati dalle persone in salute. La metanalisi di Philippe Autier dell'International Prevention Research Institute di Lione ha esaminato centinaia di studi osservazionali e trial clinici che hanno coinvolto questa vitamina, di cui si conosce la funzione nel fissare il calcio nelle ossa mentre la relazione con altre malattie è ancora controversa. La ricerca ha mostrato che mentre negli studi osservazionali alti livelli di vitamina sono stati trovati nelle persone sane, nei test fatti sui supplementi le persone che li ricevevano non risultavano più protette dalle malattie, un risultato che secondo l'autore indica che i bassi livelli sono una conseguenza di queste, e non una causa. “L'associazione trovata negli studi osservazionali non è casuale – afferma il ricercatore francese – i bassi livelli potrebbero essere causati da un processo di infiammazione dovuto alle malattie. Alcuni studi più ampi di quelli presi in considerazione, i cui risultati dovrebbero arrivare nel 2017, potrebbero confermare questa ipotesi”.
[http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(13\)70165-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(13)70165-7/abstract)

La fibrillazione atriale comporta un maggior rischio di depressione

La fibrillazione atriale è associata a un maggior rischio di depressione. Lo ha scoperto uno studio dell'Università di Amburgo pubblicato dalla rivista *Plos One*, che conferma un legame tra problemi cardiaci e psicologici già riscontrato da altre ricerche. Lo studio ha esaminato i dati di 10.000 persone, di cui 309 con fibrillazione atriale, confrontando il loro punteggio in un test per la depressione il cui esito era un voto su una scala da uno a 27. Le persone senza il problema al cuore hanno in media ottenuto un voto pari a 3, mentre quelle con fibrillazione hanno riportato un punto in più. La differenza, spiegano gli autori, non è grande in termini individuali, ma se rapportata a una popolazione può costituire un motivo di preoccupazione, anche se lo studio non è in grado di dire quale delle due condizioni aumenti il rischio dell'altra. “I cardiologi dovrebbero essere attenti – scrivono gli autori – e valutare possibili segni di depressione nei loro pazienti”.
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0079109>

Le donne vivono 5 anni più dei maschi

In media 84,5 anni contro 79,4: le donne mantengono ancora il vantaggio che hanno sugli uomini per l'aspettativa di vita, anche se la differenza va progressivamente riducendosi. Praticamente uguali, invece, i tassi di ospedalizzazione, mentre per il consumo di farmaci tornano in testa le donne: 42,92% contro 34,31% nel 2011, con una lieve riduzione rispetto al 2009 (44,62%).

Sono alcuni dati del Libro bianco di Onda, l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, presentato il 10 dicembre a Roma, giunto quest'anno alla quarta edizione.

Tra i dettagli della "fotografia" fornita dal volume, spiccano alcune aree critiche, anche a livello geografico. Per esempio, l'incidenza e la prevalenza dei tumori maligni nelle donne sono in aumento, con una differenza tra Nord e Sud del Paese che vede svantaggiato il Settentrione, anche se il tasso standardizzato di mortalità è quasi doppio per gli uomini (rispettivamente 35,60 e 19,39 per 100 mila abitanti). La prevenzione oncologica si è molto sviluppata nell'ambito degli screening organizzati ed è migliorata su tutto il territorio nazionale, ma persiste ancora una differenza tra macro-aree geografiche. In particolare, per quanto riguarda la vaccinazione anti-Papillomavirus, la copertura risulta ancora disomogenea e ben lontana dagli obiettivi prefissati.

I dati sulle malattie ischemiche confermano le forti differenze di genere, con tassi di ospedalizzazione più che doppi negli uomini rispetto alle donne (961,7 contro 341,1 per 100 mila abitanti). E anche nell'area della salute mentale, il tasso di ospedalizzazione per disturbi da uso di sostanze è sensibilmente superiore tra i maschi, anche se si registra un aumento tra le donne, soprattutto nella fascia d'età compresa fra i 45 e i 54 anni.

Ancora critica la situazione dei parti con taglio cesareo: la media nel 2011 è stata del 38,71% sul totale, con un picco massimo del 61,72% in Campania e un minimo del 23,99% in Friuli Venezia Giulia. Tutti ben lontani, comunque, dalla indicazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (15% sul totale). Nell'area materno-infantile, comunque, si segnala positivamente la riduzione dei punti nascita che eseguono meno di 800 parti l'anno

«L'analisi trasversale degli indicatori "al femminile" documenta che lo stato di salute delle donne è complessivamente buono – commenta Francesca Merzagora, presidente di Onda – anche se permangono tra macroaree geografiche e singole Regioni marcate differenze in termini di distribuzione del benessere, accessibilità e appropriatezza dei servizi offerti, con il Meridione e le Isole in posizione nettamente più svantaggiata rispetto al Centro e al Nord».

L'industria farmaceutica «è sempre più impegnata per favorire la medicina di genere, correttamente intesa e promossa» assicura Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farmindustria, che ha sostenuto la realizzazione del Libro bianco Onda. «Nel mondo – ha sottolineato – oggi si contano più di 850 farmaci in sviluppo per le malattie che colpiscono il genere femminile. Anche in Italia cresce il numero degli studi clinici che coinvolgono solo donne, la maggior parte dei quali, oltre il 64%, nell'area oncologica. Dati che testimoniano l'impegno del settore, ma non ci inducono ad accontentarci. È una sfida che gli imprenditori del farmaco raccolgono volentieri facendo leva sul lavoro fondamentale delle tante donne che popolano le imprese farmaceutiche: oltre il 40% degli addetti e più del 50% dei ricercatori».

Malattie croniche intestinali, Forlì record incidenza

Malattie croniche intestinali, a Forlì numeri fra i più alti al mondo. A livello locale si registra, infatti, un'incidenza di rettocolite ulcerosa pari al 14,2 per le donne e 17,3 per i maschi, mentre quella del Morbo di Crohn si attesta a 7,3 nella popolazione femminile a 6,9 in quella maschile. Cifre in linea con quelle del Nord Europa, dove tali patologie presentano da sempre la maggior diffusione a livello mondiale. È quanto emerge da 19 anni di analisi dei 925 casi (298 di Morbo di Crohn e 554 di colite ulcerosa) studiati nell'ambito del registro forlivese delle malattie croniche intestinali, prima esperienza di questo tipo avviata in Italia. Il registro, infatti, è stato creato nel 1993, con l'obiettivo di effettuare una ricerca epidemiologica su tali patologie, di natura cronica e complicata, con esordio in età giovanile, alto impatto socio-economico, ed elevato rischio di carcinogenesi, colmando, così, il vuoto esistente nel nostro paese in materia.

"Dal 1993 al 2013, abbiamo identificato tutti i pazienti con diagnosi di colite ulcerose e malattia di Crohn – illustra Daniela Valpiani, coordinatrice dell'IBD Unit dell'U.O. di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva dell'Ausl di Forlì – per ogni singolo caso sono stati estrapolati i dati anagrafici e sanitari, attraverso l'integrazione di schede di dimissione ospedaliera, cartelle cliniche, dati di mortalità, database dei medici di medicina generale, della nostra unità di Gastroenterologia e del Registro tumori della Romagna. Il registro, per quanto com-

plesso da organizzare, si è rivelato uno strumento dinamico e facilmente aggiornabile, contiene informazioni epidemiologiche accurate sulla distribuzione della malattia, e consente di progettare e implementare su basi quantitativamente corrette programmi di screening e sorveglianza". L'efficacia del registro si è rivelata tale che la Regione Emilia-Romagna ha incaricato l'U.O. di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva dell'Aust di Forlì di coordinare un analogo database a livello romagnolo. Se quello forlivese si riferiva a 178.977 abitanti, il nuovo avrà come bacino un milione di persone, e potrà, quindi, fornire, per la prima volta in Italia, dati epidemiologici reali e significativi su tali malattie. I primi risultati sono attesi, e verranno illustrati in un apposito congresso, in programma il 22 novembre 2014.

"Ad oggi, nel nostro paese, non esistono evidenze epidemiologiche certe circa le malattie infiammatorie croniche intestinali: ci sono state rilevazioni spot, mai studi approfonditi - rivela Ricci - i risultati a livello di Romagna saranno quindi un punto di riferimento per l'intera nazione, soprattutto per pianificare un corretto utilizzo delle risorse, visto che tali patologie richiedono sia l'impiego di farmaci ad alto costo sia procedure chirurgiche complesse e particolarmente dispendiose". Il progetto del registro romagnolo è stato presentato, nei giorni scorsi, in occasione del convegno "Dall'epidemiologia al miglioramento del processo assistenziale.

Il Registro IBD: un modello italiano', che ha visto la presenza di ben 150 professionisti e l'intervento dei maggiori esperti internazionali in materia, i quali si sono confrontati sulle cause di tali patologie e hanno discusso di approccio multidisciplinare, nuove terapie, orientamento e sostegno ai pazienti, ai familiari, e agli stessi operatori. Nel corso dei lavori, molto si è puntato sul ruolo degli infermieri e, in particolare, dell'infermiere case-manager e della sua formazione. L'U.O. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Aust di Forlì, è stata la prima a introdurre questa figura, chiamata a garantire una presa in carico globale del malato e delle sue problematiche, con tanto di linea telefonica dedicata, organizzandone l'iter diagnostico e terapeutico, spesso molto complesso, in quanto richiede l'interazione di diversi specialisti. L'unità forlivese, nel 2012, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Padova, ha anche attivato un apposito corso di formazione, che ha rappresentato un'esperienza pilota in Italia.

Movimento previene 40 patologie croniche. Agli adulti servono 30 minuti al giorno, ai bambini almeno un'ora

Agli adulti servono 150 minuti alla settimana (30 minuti al giorno per 5 giorni) di attività fisica. Se si deve dimagrire i minuti raddoppiano a 300 ogni settimana. Ai bambini sono necessari almeno 60 minuti al giorno. Perché il movimento previene più di 40 patologie croniche comuni, come diabete, depressione, cancro al colon e al seno, ipertensione, patologie cardiovascolari, obesità, ansia e osteoporosi, dice l'American College of Sports Medicine.

Il glutazione previene i danni alle meningi provocati da trauma cranico

Dopo un trauma cranico le meningi, ossia il rivestimento più esterno del cervello, potrebbero aver subito danni anche se l'organo nel suo complesso risulta integro. A rivelarlo, uno studio condotto dal National Institute of Neurological Disorders and Stroke e pubblicato sulla rivista *Nature*. Sebbene le commozioni cerebrali siano comuni, non si sa molto circa i loro danni effettivi sul cervello. Gli scienziati, usando la risonanza magnetica per immagini, hanno osservato per la prima volta che cosa accade nel cervello dopo un lieve trauma cranico, coinvolgendo 142 pazienti. Su 49 sono stati trovati danni nelle meningi. Tramite un modello murino di lieve trauma cranico, gli scienziati hanno scoperto che entro i primi cinque minuti si verifica la morte di alcune cellule delle meningi e delle cellule dello strato più profondo, quelle della membrana gliale limitante, che costituiscono l'ultima linea difensiva per l'accesso al cervello. La morte delle prime cellule del tessuto cerebrale

sottostante avviene nell'arco di 9-12 ore. Il cervello risponde mobilitando le cellule microgliali e i ricercatori hanno scoperto che l'applicazione del glutatione, un anti-ossidante che si trova normalmente nelle nostre cellule, direttamente sulla superficie del cranio dopo il danno cerebrale può ridurre la quantità di cellule morte fino al 67%. Se il glutatione è applicato entro tre ore dal trauma, la morte cellulare si riduce del 51%.

<http://www.nature.com/nature/journal/vaop/ncurrent/full/nature12808.html>

Marijuana danneggerebbe cervello ragazzi. Studio con risonanza magnetica su volontari ventenni

Fumare marijuana durante l'età adolescenziale, quando il cervello è ancora in formazione, creerebbe danni evidenti alle strutture cerebrali che regolano la memoria e la capacità di ragionamento. Uno studio pubblicato sul *Schizophrenia Bulletin* mostra – con risonanza magnetica su un gruppo di 80 volontari di età media 20 anni – che i cervelli dei giovani che avevano fatto forte uso di 'erba' erano alterati nelle regioni sub-corticali: strutture che regolano i circuiti della memoria e della logica.

Meditazione mette ko ansia e depressione. Efficacia superiore a placebo, spesso comparabile a farmaci

Mezz'ora di meditazione al giorno aiuta a combattere ansia e depressione, con un effetto che è superiore a quello dato da un placebo e in alcuni casi comparabile a quello dei farmaci antidepressivi. Lo rivela uno studio su oltre 3500 individui condotto da Madhav Goyal della Johns Hopkins University School of Medicine e pubblicato su *JAMA Internal Medicine*. È emerso che una pratica di 2 mesi di meditazione per circa 30-40 minuti al giorno dà sollievo a ansia e depressione con un'efficacia superiore al placebo.

Maggior rischio di disturbi cardiovascolari per chi ha malattie mentali

Chi ha problemi mentali ha anche un rischio aumentato di malattie cardiovascolari. Lo afferma uno studio delle università di Southampton ed Edimburgo pubblicato dalla rivista *Circulation*, secondo cui maggiore è la gravità dei problemi psichiatrici più alto è il rischio anche per il cuore. Lo studio, condotto insieme al Karolinska institut di Stoccolma, ha valutato più di un milione di uomini svedesi nati tra il 1950 e il 1976 che si sono sottoposti a visita psichiatrica durante la visita militare, seguiti poi per circa 22 anni. Il maggior rischio è stato trovato per coloro che a 18 anni erano diagnosticati con problemi mentali e per quelli che più avanti subivano un ricovero per malattie di questo tipo, che rimane anche tenuto conto di fattori come alcol e fumo. "Questo implica – scrivono gli autori – che la salute cardiaca di chi soffre di disturbi mentali deve essere controllata con attenzione".

<http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/10/30/CIRCULATIONAHA.113.002065.abstract?sid=b0615123-12a2-497a-bf0f-7e13a50e43fa>

Oms, cancro in aumento in tutto il mondo Saranno 20 milioni l'anno nel 2025

I nuovi casi di cancro nel mondo sono in continua crescita. L'Organizzazione mondiale della sanità stima che nel 2012 14,1 milioni di persone si sono ammalate di una patologia tumorale e 8,2 milioni sono stati i morti. Numeri più alti, rispettivamente, dell'11 per cento e dell'8,4 per cento rispetto

al 2008. Quattro anni fa l'Organizzazione mondiale della sanità censiva 12,7 milioni di nuovi casi e 7,6 milioni di decessi.

Il nuovo bollettino sanitario, stilato dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) ha esaminato i dati di 28 tipi di cancro in 184 paesi. I tumori più frequenti sono quelli al polmone (1,8 milioni di casi, 13 per cento del totale), al seno (1,7 milioni di casi, 11,9 per cento del totale), al colon (1,4 milioni, 9,7 per cento). Il tumore che uccide di più è quello al polmone (1,6 milioni di morti, il 19,4 per cento del totale), poi viene quello al seno che rappresenta il 25 % dei tumori diagnosticati nelle donne ed è aumentato del 20% dal 2008 (la mortalità associata a questa tipologia di patologia è invece aumentata del 14%). Il cancro al seno è la causa più comune di morte per cancro nelle donne (522.000 decessi) e il tumore più frequentemente diagnosticato tra le donne in 140 dei 184 paesi coperti. È anche una delle principali cause di morte per cancro nei paesi meno sviluppati e l'Oms sollecita lo sviluppo di un corretto approccio sanitario per la diagnosi precoce. Sulla base di queste l'Organizzazione mondiale della sanità prevede un ulteriore aumento di 19,3 milioni di nuovi casi di cancro all'anno entro il 2025 a causa della crescita e l'invecchiamento della popolazione mondiale.

Lettera d'elogi

La paziente N. B., di anni 38, primigravida alla 31^a settimana di amenorrea, giungeva alla nostra osservazione presso il Pronto Soccorso Ostetrico nella serata del 26 febbraio 2013 riferendo comparsa di algie addominali diffuse. La paziente, sottoposta a monitoraggio clinico-strumentale, presentava parametri vitali nella norma, addome trattabile con Blumberg negativo; le algie addominali descritte dalla paziente risultavano di modesta entità clinica, con lieve miglioramento della sitomatologia presentata a domicilio; fu valutato il benessere fetale, risultato nella norma, mediante tracciato cardiocografico ed ecografia ostetrica; lo studio ecografico addominale, pur con i limiti dovuti alla presenza dell'utero gravido, evidenziò un modesto versamento corpuscolato ai quadranti superiori dell'addome di sinistra. Benché il quadro ecografico non fosse di univoca interpretazione, anche in relazione alla sintomatologia aspecifica della paziente, si decise di studiare in urgenza i principali parametri ematobiochimici. Si decise di mantenere la signora in stretto monitoraggio; dopo alcuni minuti la paziente presentò tuttavia una crisi lipotimica rapidamente seguita da fase sincopale e rapida compromissione dei parametri cardiovascolari; prontamente venne trasferita in sala operatoria dove si è proceduto a laparotomia d'urgenza con riscontro di emoperitoneo; il rapido espletamento del parto mediante isterotomia consentì la nascita di un neonato prematuro vivo e vitale, prontamente assistito e rapidamente trasferito in Terapia Intensiva Neonatale per le cure del caso. L'attenta esplorazione addomino-pelvica evidenziò in sede retroperitoneale un vasto ematoma interessante i quadranti superiori dell'addome; all'équipe chirurgica prontamente si unirono i chirurghi generali di guardia, preallertati in fase di laparotomia e rapidamente giunti nella nostra sala operatoria; si procedette ad individuazione di un aneurisma dell'arteria splenica con successivo splenectomia e controllo dell'emostasi. Al termine dell'intervento la paziente venne trasferita presso il Reparto di Terapia Intensiva per stretto monitoraggio del decorso post-operatorio; la dimissione dal reparto di Ostetricia è avvenuta in data 13/03/2013, con buone condizioni generali di salute; in buone condizioni di salute il neonato M. E. ha potuto ricongiungersi alla mamma il 09/04/2013.

Bologna, li 01-06-2013

Poco più di tre mesi fa, il 26 febbraio 2013, nella sala operatoria del reparto di Ostetricia e Ginecologia al primo piano del padiglione 4 del Policlinico S. Orsola di Bologna si è svolta una cruenta battaglia: il terreno di scontro era una splendida ragazza di 38 anni, BARBARA NANNI, incinta alla 31esima settimana del suo primo figlio.

I contendenti; come due eserciti schierati, erano riconoscibili dalle opposte uniformi: da un lato il tetro colore di pece di chi serve la Trista Mietitrice, dall'altro l'azzurro cristallino, l'inesauribile verde, ed il niveo bianco dei camici dei Medici, Chirurghi ed Infermieri del turno o di reperibilità quella notte.

Si è trattato di una lotta senza quartiere: ad ogni colpo che le ossute ed inesorabili mani della Morte,

grondanti del sangue di generazioni di ragazze e di madri, infliggevano al corpo innocente di Barbara, ponevano rimedio altre mani, instancabili, calde, umane.

Le stesse mani che hanno per prima cosa estratto delicatamente il piccolo ENRICO dal calore del ventre materno, martoriato dall'emorragia in corso.

Mi è stato detto che un aneurisma dell'Arteria splenica è cosa rara, che meno di 1 persona su 10 supera l'intervento, che un angelo ha messo la mano sopra il capo della mia Barbara.

Ringrazierò gli angeli al chiarore delle candele, ma qui e ora, col suono flebile della penna che scorre sul foglio come colonna sonora, io voglio ringraziare altre mani, che hanno saputo compiere anch'esse il miracolo di mandare a casa con le pive nel sacco e la falce intonsa lo spettro dell'estrema fine: per una volta, per questa volta.

Perciò desidero ringraziare innanzitutto chi era con Barbara in sala operatoria quella notte (riporto i nomi come li ho trovati nella cartella, non c'è alcuna distinzione di importanza per me nell'ordine): il Dottor PAOLO CASADIO

la Dottoressa LORENA BRONDELLI

la Dottoressa FRANCESCA GUASINA

il Dottor MARCO DEL GOVERNATORE

il Dottor ANTONIO CAIRA

il Professor FRANCESCO MINNI

ma anche le anestesiste le Dottoresse MARIA VIOLA VALENTINI e DIANELIA RAVAGLI e ultime, ma non ultime ANNAMARIA FERRARI e MILENA RUBINI.

Grazie per la Vostra competenza.

Grazie per la Vostra tenacia.

Grazie per la Vostra umanità.

Il Dottor Casadio ha definito Barbara, reincontrandola alcuni giorni dopo in reparto, un "successo" per chi l'aveva operata.

Sicuramente lo è stata, ma posso affermare senza alcuna remora che anche Voi tutti siete un successo: lo siete per l'ospedale e per tutte le persone che aiutate con il Vostro operato, lo siete per la professione medica e per l'Italia.

Non voglio poi tralasciare di ringraziare anche le Dottoresse, le Ostetriche e le Infermiere del reparto di Ostetricia che hanno accolto Barbara dopo le dimissioni da Terapia Intensiva.

A tutto il reparto va quindi la nostra gratitudine e il nostro plauso.

Un marito ed un padre

Una paziente e una madre

Felici

Insieme

Federico Marangoni e Barbara Nanni

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

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato all'8 gennaio 2014

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ABD ALATIF RANIA	Via Libia, 4 – Bologna	339/65.61.037
ANELLI LORENZO	Via Gramsci, 10 – Funo di Argelato	320/87.09.962
ARICO' EMANUELA SERENA	Via S.Petronio Vecchio, 42/2 – Bologna	340/28.069.13 347/45.46.632
ARRIVABENE ALESSANDRA	Via A.Frank, 4 – Casalecchio di Reno	051/56.81.11 349/14.79.511
BARDHI XHILDA	Via Achillini, 4 – Bologna	388/16.42.389
BASILE GIULIA	Via Fermi, 29 – Casalecchio di Reno	329/89.35.595
BENTINI FRANCESCO	Via Massarenti, 35/2 – Bologna	338/71.47.705
BERTOLDO GAIA	Via Goito, 9/2 – Bologna	349/35.98.668
BERTONCELLI MARCO	Via Mengoli, 31/2 – Bologna	051/08.27.645 339/22.98.893
BERTONCELLI SARA	Via R.Mondolfo, 9 – Bologna	340/54.22.924
BOLDRINI ROSELLA	Via Calamosco, 5/3 – Bologna	348/39.93.932
CALO' EMANUELA	Via Bentivogli, 9 – Bologna	320/70.48.442
CAMPORESI BEATRICE	Via Ferrara, 8 – Bologna	051/46.23.62 347/64.50.186
CANESTRI NICCOLO'	Via De Gessi, 3 – Bologna	333/52.73.647
CANINI ANDREA	Via Vizzani, 27 – Bologna	051/30.27.78 320/17.97.177
CASACCI FABIO	Via Vivaldi, 65 – Imola	0542/68.17.09 328/54.60.593
CENTOFANTI FRANCESCA	Via Irnerio, 39 – Bologna	338/17.84.656
CERESONI GIOVANNA	Via De' Griffoni, 8 – Bologna	389/83.44.221
CLEMENTE MICHELE	Via F.Albani, 23 – Bologna	333/66.01.995
CORAZZA FRANCESCA	Via Varthema, 30 – Bologna	348/54.40.152
CORAZZA FRANCESCO	Via Dagnini, 36 – Bologna	347/11.89.193
CRISTINO SIMONA	Via Guelfa, 34 – Bologna	328/53.62.213
CROCI LUCA	Via Polago, 27 – Carpineti	334/31.72.899
D'ADAMO ANTONIO	Via Genova, 2/4 – Bologna	340/91.58.482
DALLARI FRANCESCA LYDA	P.zza La Veneta, 5 – Bologna	338/80.97.005
DANESE ILARIA	Via N.Sauro, 31 – Bologna	051/22.98.82 338/85.73.550
DEMURTAS SAUDINA	Via Montanari, 20 – Bologna	329/63.37.930
DIVIZA VICTORIA	Via Gramsci, 2 – Sasso Marconi	380/47.64.820
DOLCI MARCO	Via Provinciale Sala 1715 – Cesena	0547/32.90.19 349/00.25.236
FAENZA VALENTINA	Via Morgagni, 10 – Bologna	339/56.50.225
FIN ALESSANDRA	Via C.Primodi, 1 – Bologna	347/01.46.494
FIRINU ANTONELLA	Via Albertoni, 5 – Bologna	348/72.21.665
FORLANI LUDOVICA	Via A.Murri, 65/3 – Bologna	051/39.70.56 339/81.60.997
FRANCAVILLA FRANCESCA	Via S.Marco, 24 – Perugia	338/54.12.368
GHEDINI SILVIA	Via Y.Gagarin, 26 – Sasso Marconi	051/84.50.84 333/96.88.366
GIOVANARDI GIULIA	Via Palagi – Bologna	338/86.44.672
GIUNTA RAFFAELE ALBERTO MARIA	Via Galetti, 6 – Bologna	333/31.60.783
GNUDI ELENA	Via Pizzardi, 19 – Bologna	051/41.29.313 328/65.72.143
GRASSO MERIMMA	Via S.Levante, 30/3 – Calderara di Reno	320/78.69.236
GRECO FRANCESCA	Via Libia, 62 – Bologna	320/60.30.716
GUIDOTTI JACOPO MARIA	Via Riva Reno, 29 – Bologna	051/52.15.43 329/23.23.034
KOLLETZEK MATTIA	Via Curiel, 18 – Bologna	051/61.47.650 333/42.37.634
LABOMBARDA MARCELLO	Via Gramsci, 9 – S.Lazzaro di Savena	051/45.51.27 340/54.91.883
LAI EMANUELE	Via della Resistenza, 24 – Bazzano	051/83.19.28 347/68.39.429
LAZZARINI MARCO	Via Volta, 20 – Ozzano dell'Emilia	051/79.68.65 349/57.73.723
LEVANTESI PAOLO	Via delle Tovaglie, 15 – Bologna	329/68.58.858
LONETTI CARLO	Via Massarenti, 114 – Bologna	340/30.09.554
MAGAGNI GABRIELE	Via Alderotti, 2 – Bologna	349/13.35.956
MASI CHIARA	Via Pelagi, 15 – Bologna	339/80.97.895
MIRARCHI MARIATERESA	Via L.T.Montanari, 25 – Bologna	338/40.83.900
MONTEFIORI MICHELA	Via Pagnina, 10/A – Mordano	0542/51.193 348/09.31.664
MORISI LISA	Via Bellini, 21 – S.Giovanni Persiceto	347/69.86.013 051/82.69.61
NALDI GIUSEPPE	Via Poggiolo, 21 – Monterenzio	329/07.12.495

ODORICI GIULIA	Via S.Mamolo, 73 – Bologna	333/69.83.021
PACELLA GIUSEPPINA	Via Galeotti, 18 – Bologna	320/04.38.116
PALAMA' CHIARA	Via Libia, 60 – Bologna	051/62.17.622
		339/49.82.802
PALLADINO CAROLINA SERENA	Via G.Mazzini, 95/6 – Bologna	329/17.58.326
PANCALDI GIOVANNI	Via Darwin, 21 – Bologna	347/79.35.306
PERRONE LILIANA GIGLIOLA	Via Cencetti, 6 – Bologna	339/33.41.277
PINOTTI ELETTRA	Via del Lavoro, 34/13 – Casalecchio di Reno	051/59.08.86
		328/02.85.161
RABONI ROBERTA	Via S.Vincenzi, 44/2 – Bologna	0541/38.86.80
		347/00.34.110
RAMACIERI ANGELA	Via G.La Pira, 4 – Bologna	349/43.46.866
RAME PAOLO	Via Mascarella, 116 – Bologna	051/48.47.052
		320/46.10.534
RENZI ANNA CLARA	Via Fioravanti, 135 – Bologna	051/58.83.300
		328/13.91.196
RICCI LORENZA	Via Tibaldi, 8 – Bologna	051/37.75.12
		339/19.08.670
ROVELLI CHIARA	V.lo Bolognetti, 15 – Bologna	349/55.47.895
SALCE GREGORIO	Via Zamboni, 59 – Bologna	348/54.67.522
SAMAAN IBRAHM	Via del Porto, 38 – Bologna	320/48.69.674
SARTI DANIELE	Via M.Conti, 53 – S.Lazzaro di Savena	328/41.58.003
SCHIAVONE GIULIA	Via Pizzardi, 14 – Bologna	329/30.93.544
SCIASCIA VALERIO	Via Palazzo, 191 – Maiolo	333/97.68.660
SGRO' FEDERICA	Via A.Albertazzi, 39 – Bologna	338/74.87.968
SINA BESMIR	Via A. Murri, 144 – Bologna	320/78.87.486
SORAVIA ELENA	Via Gaudenzi, 9 – Bologna	340/25.10.388
SPIGHI ALESSANDRO	Via Matteotti, 36/2 – Bologna	339/78.03.511
STAGNO ANNA MARIA	Via Ricasoli – Palermo	327/54.48.429
STEFANI GIULIA	Via S.Stefano, 47 – Bologna	338/45.23.888
SUTTI ENRICO	Via Vela, 11 – Bologna	349/27.01.004
TIRATERRA ELISA	Via Saffi, 7 – Narni (TN)	329/30.96.808
TOSKA SAIMIR	Via Valleverde, 19 – Pianoro (Bo)	348/24.34.633
UBIALI ANDREA	P.zza Mickicwicz, 6 – Bologna	347/37.61.653
VALBONESI FRANCESCA	Via Raibolini, 16 – Zola Predosa	392/04.43.969
VALLI VITORIO	Via S.Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23
VERACINI EZIO	Via delle Lame, 73 – Bologna	340/07.80.755
VERRI FILIPPO	Via P.Neruda, 17 – Bologna	340/34.82.385
VIRGILI MEDEA	Via N.Bixio Scota, 9 – Bologna	320/87.58.253
ZAMBELLI MADDALENA	Via Venturoli, 1 – Bologna	329/14.16.870

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ARICO' EMANUELA SERENA	Radiodiagnostica	340/28.06.913
		347/45.46.632
BAGNATO FRANCESCA	Medicina Interna	338/39.99.669
BONANNO ANNALISA	Odontoiatra	349/89.24.247
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16
		340/85.50.870
CASSATA CLAUDIA	Medicina Fisica e Riabilitazione	347/13.25.571
CENTOFANTI FRANCESCA	Nefrologia	338/17.84.656
CESARI MARIA PAOLA	Diabetologia	340/00.27.110
CONCORDIA ALESSANDRA	Medicina del Lavoro	346/47.85.225
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
FELICIANGELI ALESSANDRO	Ortopedia e Traumatologia	051/62.38.198
		339/45.01.422
FERRARI PAOLO	Odontoiatra	347/24.54.664
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente	
	Corso di Formazione in Medicina del Lavoro	051/44.32.41
		339/48.19.676
MESSINA SAVERINA	Ortognatodonzia	320/61.06.068
MINELLI PAOLO	Pediatria	051/32.75.16
		338/88.65.361
MURANO PAOLA	Ginecologia ed Ostetricia	328/33.92.615
PACILLI PASQUA	Cardiologia	340/46.89.135
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23
VENTURI RAFFAELA	Patologia Clinica	349/74.60.558

Le Catene Miofasciali tra Osteopatia e Posturologia

**Bologna 1-2 marzo 2014
5-6 aprile 2014**

Corso post graduate

Spine Center via della Liberazione 3 - Bologna

Docente: Saverio Colonna

Sabato 1 marzo 2014:

RACHIDE

09.00: Presentazione del corso

09.20: sessione teorica

10.00: Muscoli del tronco

11.00: pausa caffè

11.15: Valutazione Statica

12.00: Valutazione Dinamica

13.00: Pausa pranzo

14.30: sessione pratica tra partecipanti

18.30: discussione

Domenica 2 marzo 2014:

09.00: sessione teorica

11.00: pausa caffè

11.15: Presentazione tecniche terapeutiche

13.00: pausa pranzo

14.30: sessione pratica

16.30: pausa caffè

16.45: discussione e trattamento casi specifici

18.30: chiusura del seminario

Sabato 5 aprile 2014

ARTO INFERIORE

09.00: sessione teorica

10.00: Anca

11.00: pausa caffè

11.15: Ginocchio

13.00: pausa pranzo

14.30: Piede e caviglia

16.00: pausa caffè

16.30: sessione pratica tra partecipanti

18.30: discussione

Domenica 6 aprile 2014

ARTO SUPERIORE

09.00: sessione teorica

11.00: pausa caffè

11.15: Patologia tendinea

13.00: pausa pranzo

14.30: Gomito

16.00: pausa caffè

16.30: Polso

18.30: discussione

19.00: chiusura del corso

Informazioni sul Corso

Il Corso è aperto a Medici, Fisioterapisti, Osteopati, Scienze Motorie, Posturologi, Kinesiologi, Personal Trainer.

Quota di Iscrizione: 500 euro + IVA da versare

tramite bonifico bancario intestato allo Spine Center Project srl

IBAN: IT 86 Q 03062 34210 000001391247

Per l'iscrizione inviare via mail a info@spine-center.it la ricevuta del bonifico e i dati per la fatturazione

L'Organizzazione si mantiene la possibilità di cancellare il corso, nel caso non si raggiungesse un numero minimo di iscritti, rimborsando la quota di iscrizione. In caso di disdetta da parte del partecipante entro il 15 febbraio 2014 è previsto il rimborso del 75% della quota d'iscrizione, oltre tale data non è previsto nessun rimborso.

Associazione Italiana Donne Medico - A.I.D.M.

**Sede: 40121 Bologna, Piazza Martiri 1/2
c/o Poliambulatorio CKF Di Giorno**

PROGRAMMA EVENTI ANNO 2014

Per l'anno 2014 è programmato un evento che comprende una serie di relazioni con tematiche che hanno come filo conduttore la Medicina di Genere.

Gli eventi sono stati accreditati con crediti ECM in numero di 2 per serata, pertanto alla relazione seguirà la compilazione del questionario di verifica di apprendimento.

Titolo: "Salute a misura di donna: basi molecolari, manifestazioni cliniche ed aspetti evolutivi di alcune patologie di genere."

21 e 28 Febbraio 2013

Titolo: **"Cosmesi femminile nei secoli"**

Relatrice: Dott. ssa Rizzoli Bianca Maria

12 Marzo 2014

Titolo: **"L'occhio della donna artista: iconografia e stile"**

Relatrice: Prof.ssa Vera Fortunati

9 Aprile 2014

Titolo: **"L'intolleranza al lattosio: un esempio di coevoluzione gene-cultura"**

Relatrice: Prof. ssa Donata Luiselli

13 Maggio 2014

Titolo: **"Il ferro: passato e presente"**

Relatore: Prof. Michele Baccarani

10 Giugno 2014

Titolo: **"Differenze e complementarità nel**

piacere della donna e dell'uomo. Accoglienza della domanda sessuologica"

Relatrice: Dott.ssa Donatella Carnaccini

15 Settembre 2014

Titolo: "Fenotipo e fumo: donne virtuose o fortunate"

Relatrice: Dott.ssa Monica Raimondi

23 Ottobre 2014

Titolo: "Approccio integrato allo sclerosi multipla: discussione di un caso clinico"

Relatrici: Dott.ssa Carmelina Trocino, Dott.ssa Carla Augusta Fossi, Dott.ssa Marina Farinelli

12 Novembre 2014

Titolo: "Alcolismo al femminile"

Relatrice: Dott.ssa Teresa Alberti

4 Dicembre 2014

Titolo: "Connettiviti nella donna"

Relatrice: Dott.ssa Stefania Corvaglia

ALTRI EVENTI ANNO 2014

– Congresso sulla Violenza di Genere di cui daremo informazioni più dettagliate in seguito.

– 8 Marzo 2014, in occasione della Festa della donna, giornata che le associate dedicheranno alla prevenzione gratuita di molte patologie, inerenti alla loro specializzazione.

– 28, 29 e 30 Marzo 2014 XXXIV Congresso Nazionale AIDM "Difesa, salute e bellezza per le donne" a Pavia.

Inviati dalla Vicepresidente dott.ssa Caterina Manca due abstract sugli argomenti congressuali.

– 11 Maggio 2014, in occasione della Festa della mamma, giornata che le associate dedicheranno alla prevenzione gratuita di molte patologie, inerenti alla loro specializzazione.

FEDER.S.P.EV.

Pensionati Sanitari

Sede Bologna: 051/614.53.65

Longevità attiva

Studio medico, zona Massarenti-Zaccherini Alvisi, mette a disposizione stanza arredata con sala d'attesa a medici specialisti per singole giornate o per uso esclusivo. Per ulteriori informazioni telefonare al numero 328/9833782.

Affittasi in zona di prestigio, via Dante angolo via Carducci, stanza arredata in studio medico, con sala d'attesa e servizi in comune, a medici specialisti, per giornate o mezze giornate. Per informazioni tel. 051/301977.

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.

Ragazza italiana di 29 anni cerca lavoro come segretaria presso studio medico. Massima serietà e disponibilità, sia part-time che full-time. Per info chiamare il 340.3515170.

Vendesi a Bologna, via Mazzini Adiacenze Trento Trieste (S. Orsola), in strada privata, nel verde e nella zona più servita della città, in deliziosa porzione di palazzina su due livelli di mq 200 con giardino di proprietà di 570 mq composta da: ingresso su ampio e luminoso salone, cucina abitabile, 5 camere di cui una con balcone, 3 bagni, ripostiglio e deposito di mq 30, riscaldamento e fornitura di acqua con impianto autonomo: possibilità di dividere in due unità con entrata indipendente. ACE in rilevamento. trattative riservate: Tel. 338/6166733 - 349/7299805.

Affittasi appartamento a Madonna di Campiglio composto da: 2 camere, soggiorno, cucina, bagno. Silenzioso, a 50 mt dagli impianti di risalita. Tel. 349/4766570.

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.

Laureata in scienze motorie, referenziata, cerca occupazione, anche come segretaria a tempo parziale c/o studio medico (preferibilmente med. dello sport e/o fisioterapia) in Bologna o comuni limitrofi. Ottime capacità organizzative e relazionali. 35 anni. Per info Tel. 338/6040676..

In studio medico, affittasi a Medici per attività libero professionale un'ampia stanza disponibile per tutta la settimana. Zona Via Mengoli, non lontana da Ospedale Malpighi. Prezzo molto interessante. Per informazioni telefonare al mattino allo 051.6021603.

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

Vendesi o affittasi studio dentistico a Monterezeno, autorizzato e completamente attrezzato: due unità operative, radiologico, zona sterilizzazione, banco da laboratorio, sala d'attesa, doppi bagni con antibagni. Piano terra con ampio parcheggio. Subentro con cessione della clientela per sospensione dell'attività, causa limiti di età. Per info Tel. 338/8889449.

Imola ,centro storico, in palazzo di pregio affittasi ambulatorio dentistico completamente attrezzato. Autoclave con angolo di sterilizzazione, due studi con relativi riuniti. Moderno apparecchio RX con computer e relativa stampante. Sala d'attesa, studiolo, disimpegno e bagno. Compressori e motore di aspiratore chirurgico nella sottostante cantina. Av-

viamento quarantennale. Per info Tel. 347/9559734.

Affittasi garage di m 3x4 (12 mq) in via Mazzini alle spalle del S. Orsola contattare il cell. 328/5396285.

Affittasi ambulatori a Medici, Psicologi, Laureati area medica, Odontoiatri (studio attrezzato ed autorizzato), in studio medico nel centro storico di Bologna, angolo p.zza Galileo, adiacente a garage pubblico con libero accesso Sirio autorizzato. Per info Tel.: 335/5431462.

Affittasi in zona Murri/Siepelunga, a canone concordato, appartamento 1° piano con ascensore, parzialmente arredato, composto da ingresso, cucina abitabile, ampia sala, bagno, 2 camere matrimoniali, terrazzo garage, cantina ciclabile, giardino condominiale, classe ener. E. Per info tel. 347/2738129.

Volendo iniziare a ridurre la propria attività professionale cedesì ambulatorio (presidio) odontoiatrico con annesso laboratorio odontoiatrico munito di regolare autorizzazione sito nelle immediate vicinanze di Imola. Una postazione operativa ed una eventuale seconda

già predisposta. Sala sterilizzazione separata e attrezzata, radiografico. Locale laboratorio comunicante. Avviamento trentennale, vasta clientela, fatturazione dimostrabile. Possibilità di affiancamento iniziale. Ottima occasione per giovani colleghi neolaureati che intendono esercitare la professione autonomamente. Astenersi perditempo e curiosi grazie. Per info e contatti scrivere a rl.acosta@libero.it.

Via Castiglione centro, in stabile ottocentesco di pregio, al piano nobile, affitto uso foresteria, silenzioso appartamento di mq. 80 c.a., completamente arredato, con affacci interni, travi a vista. Info al 347/4130230.

Vendo lettino ginecologico, sgabello in acciaio, lampada a braccio snodabile a muro, colposcopio, carrello in acciaio a due ripiani; tutto in ottime e ad ottime condizioni tel. Dottoressa Roberta Nuzzi 051 581700 - 3356163992.

Ragazza italiana di 29 anni cerca lavoro come segretaria presso studio medico. Massima serietà e disponibilità, sia part-time che full-time. Per info chiamare il 340.3515170.

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