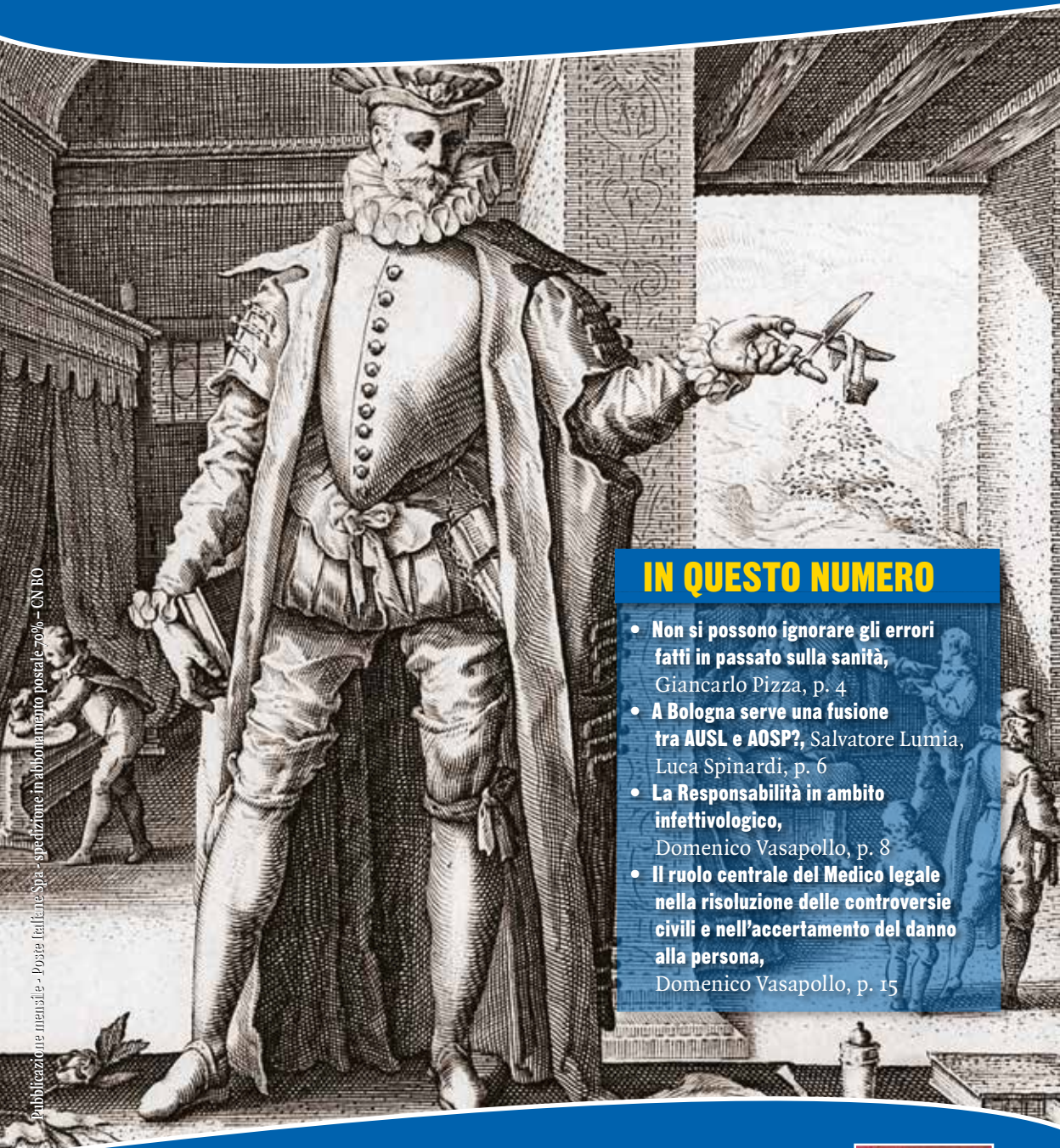


BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO LIV - N° 2 FEBBRAIO 2023



Pubblicazione mensile - Poste Italiane SpA - spedizione in abbonamento postale 70% - CN BO

IN QUESTO NUMERO

- **Non si possono ignorare gli errori fatti in passato sulla sanità,** Giancarlo Pizza, p. 4
- **A Bologna serve una fusione tra AUSL e AOSP?,** Salvatore Lumia, Luca Spinardi, p. 6
- **La Responsabilità in ambito infettivologico,** Domenico Vasapollo, p. 8
- **Il ruolo centrale del Medico legale nella risoluzione delle controversie civili e nell'accertamento del danno alla persona,** Domenico Vasapollo, p. 15

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)





VILLA RANUZZI

via Casteldebole, 12
40132 Bologna
tel 051 613 76 11
fax 051 613 76 19
info@villaranuzzi.it
www.villaranuzzi.it

VILLA SERENA

Via Toscana, 219
40141 Bologna
tel 051 47 70 01
tel 051 48 11 94
info@villaserena-bo.it
www.villaserena-bo.it



Villa Ranuzzi e Villa Serena accolgono anziani non più autosufficienti mettendo a disposizione posti privati di Casa Protetta/RSA. Assistenza personalizzata con un servizio di animazione qualificato, fisioterapia in palestre attrezzate, presenza medica anche di notte e nei festivi. Tariffe differenziate. No lista d'attesa.

CONSORZIATE
E ASSOCIATE CON

CERTIFICATE



UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540



BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Vittorio Lodi

CAPO REDATTORE

Dott. Paolo Cernuschi

REDAZIONE

Abbati Dott. Pietro
Catellani Dott. Stefano
Cupardo Dott. Marco
Dugato Dott. Andrea
Fini Dott. Oscar
Gentili Dott. Andrea
Giordani Dott. Stefano
Lumia Dott. Salvatore
Manneschi Dott. Valdimaro
Pileri Prof. Stefano
Tonini Dott.ssa Valeria

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 Spa - Spedizione
in abbonamento postale 70% - 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 2023
è stato consegnato in posta
il giorno 06/02/2023

Direzione, redazione e amministrazione:

via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna

Tel. 051 399745

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO LIV - FEBBRAIO 2023 N° 2

ARTICOLI

Tre Sentenze per la Scienza, la Civiltà e la Sussidiarietà • **3**

Non si possono ignorare gli errori fatti in passato
sulla sanità • **4**

A Bologna serve una fusione tra AUSL e AOSP? • **6**

La responsabilità in ambito infettivologico • **8**

L'impatto della guerra russo-ucraina sulla salute
e sull'ambiente locale e mondiale • **12**

Il ruolo centrale del Medico legale nella risoluzione
delle controversie civili e nell'accertamento del danno
alla persona • **15**

CONVEGNI E CONGRESSI • 24

NOTIZIE • 26

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **26**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **26**

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • 29

PICCOLI ANNUNCI • 32

In copertina:

Allegories on the medical profession (1587)
The British Museum, Londra (Regno Unito)
Hendrik Goltzius (1558-1616)

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. BAGNOLI LUIGI

Vice Presidente

Dott. PIZZA GIANCARLO

Segretario

Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Tesoriere

Dott. LODI VITTORIO

Consiglieri Medici

Dott. BONVICINI ANDREA

Dott. CUPARDO MARCO

Dott.ssa ESQUILINI ANNA

Prof. LIGUORI ROCCO

Dott. LUMIA SALVATORE

Dott. MASOTTI MASSIMO

Dott.ssa PIRAZZOLI ALESSANDRA

Prof. PRATI CARLO

Dott.ssa SCHLICH GIULIANA

Prof. TREVISANI FRANCO

Prof. ZAFFAGNINI STEFANO

Consiglieri Odontoiatri

Dott. BONDI CORRADO

Dott. RUBINI GIOVANNI

Commissione Albo Medici

Presidente:

Dott. LUMIA SALVATORE

Vice Presidente:

Dott. CUPARDO MARCO

Segretario:

Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente:

Dott. CORRADO BONDI

Vice Presidente:

Dott. RUBINI GIOVANNI

Segretario:

Dott. AVANZINI GIAMPAOLO

Componenti:

Dott. CICOGNANI SIMONCINI FRANCESCO

Dott. MEDI MASSIMILIANO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente:

Dott.ssa ELISA FABBRI

Componenti:

Dott. ABBATE GUIDO GIUSEPPE

Dott. GIORDANI STEFANO

Supplente:

Dott. ZATI ALESSANDRO

Tre Sentenze per la Scienza, la Civiltà e la Sussidiarietà

Vittorio Lodi

Con le Sentenze n. 14, 15 e 16 2023 la Corte Costituzionale ha confermato la legittimità dell'obbligo vaccinale contro COVID-19 per gli operatori sanitari.

Il 9 febbraio sono state depositate le tre Sentenze, in estrema sintesi ne riportiamo alcuni punti sostanziali, rimandando la pubblicazione delle stesse ai prossimi numeri del nostro Bollettino.

La Corte Costituzionale ha rigettato il ricorso del Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione Siciliana che aveva a sua volta sollevato questioni di legittimità costituzionale, in riferimento agli artt. 3, 4, 32, 33, 34 e 97 Cost., dell'art. 4, commi 1 e 2, del d.l. n. 44 del 2021, nella parte in cui si prevede, da un lato, l'obbligo vaccinale per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 per il personale sanitario e, dall'altro lato, per effetto dell'inadempimento dello stesso, la sospensione dall'esercizio delle professioni sanitarie.

I giudici siciliani avevano anche sollevato questioni di legittimità costituzionale, in riferimento agli artt. 3 e 21 Cost., dell'art. 1 della legge n. 219 del 2017, e dell'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021, nella parte in cui tali disposizioni non escludono espressamente l'onere di sottoscrizione del consenso informato nei casi, rispettivamente, di trattamenti sanitari obbligatori e di vaccinazione obbligatoria.

La Corte ha rigettato tutte le questioni di legittimità sollevate ritenendo che "la scelta assunta dal legislatore al fine di prevenire la diffusione del virus, limitandone la circolazione, non possa ritenersi irragionevole né sproporzionata, alla luce della situazione epidemiologica e delle risultanze scientifiche disponibili". La Corte ha giudicato non fondati i dubbi di costituzionalità prospettati dal Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione Siciliana sottolineando che "di fronte alla situazione epidemiologica in atto il legislatore ha tenuto conto dei dati forniti dalle autorità scientifico-sanitarie, nazionali e sovranazionali, istituzionalmente preposte al settore, quanto a efficacia e sicurezza dei vaccini" e che "sulla base di questi dati scientificamente attendibili, ha operato una scelta che non appare inidonea allo scopo, né irragionevole o sproporzionata".

"Non può, pertanto, condividersi la lettura che il Collegio rimettente dà della giurisprudenza di questa Corte, la quale ha, per contro, affermato che devono ritenersi leciti i trattamenti sanitari, e tra questi le vaccinazioni obbligatorie, che, al fine di tutelare la salute collettiva, possano comportare il rischio di 'conseguenze indesiderate, pregiudizievoli oltre il limite del normalmente tollerabile' (sentenza numero 118 del 1996)".

Ancora la Corte ha rilevato che "l'obbligatorietà del vaccino lascia comunque al singolo la possibilità di scegliere se adempiere o sottrarsi all'obbligo, assumendosi responsabilmente, in questo secondo caso, le conseguenze previste dalla legge". "Qualora, invece, il singolo adempia all'obbligo vaccinale, il consenso, pur a fronte dell'obbligo, è rivolto, proprio nel rispetto dell'intangibilità della persona, ad autorizzare la materiale inoculazione del vaccino".

La seconda sentenza risponde alle questioni di legittimità sollevate Tribunali ordinari di Brescia, di Catania e di Padova.

La Corte ha affermato che "la normativa censurata ha operato un contemperamento non irragionevole del diritto alla libertà di cura del singolo con il coesistente e reciproco diritto degli altri e con l'interesse della collettività, in una situazione in cui era necessario assumere iniziative che consentissero di porre le strutture sanitarie al riparo dal rischio di non poter svolgere la propria insostituibile funzione".

La terza sentenza risponde alle questioni di legittimità poste dal TAR Lombardia, la Corte ha ritenuto inammissibile la questione di legittimità dell'art. 4, comma 4, del decreto-legge 44 del 2021, come modificato dal d.l. n. 172 del 2021, laddove, in caso di inadempimento dell'obbligo vaccinale, non si limita la sospensione dall'esercizio della professione sanitaria a quelle sole prestazioni o mansioni che implicano contatti personali o che comportano, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del Covid-19.

Non si possono ignorare gli errori fatti in passato sulla sanità

di Giancarlo Pizza*

03 FEB - Gentile Direttore, mi ha molto colpito la lettera inviata dal dottor Geddes con l'apparente obiettivo, forse, di disinnescare un interessantissimo articolo del Prof. Cavicchi di qualche giorno fa, il quale, per contro, a mio parere è apparso rivelatore di una situazione di grave disagio in cui è stato precipitato il Servizio Sanitario Nazionale per alcune decisioni prese a suo tempo e da Cavicchi ben individuate e documentate. In quell'articolo il prof Cavicchi sintetizza la "svendita" della sanità pubblica al mercato con l'espressione la "grande marchetta". Espressione che riassume le scelte di privatizzazione fatte dal centro sinistra negli anni '90 e da quel che vedo diventata ormai proverbiale nel dibattito sui social. Personalmente non mi scandalizzo più nel vedere utilizzate certe definizioni per determinate rappresentazioni ma non vorrei essere frainteso o considerato offensivo per cui preferisco sostituire il termine usato da Cavicchi con "certe scelte" per "marchette" e per "marchettari" "coloro che hanno fatto determinate scelte". Naturalmente attribuendo loro il peso delle scelte fatte e da me considerate negative e destruenti per il SSN. Capisco che chi ha fatto determinate scelte (Cavicchi li chiama "coloro che hanno fatto determinate scelte") in sanità possano risentirsi quando lo si dice riferendosi a loro ma se queste scelte le hanno fatte per davvero, come è incontrovertibilmente provato, non capisco la ragione del loro risentimento. E meno che mai capisco come si possano permettere di dileggiare lo sforzo di verità del prof. Cavicchi. O hanno il coraggio di ribadire le loro scelte o fanno autocritica. Che senso ha attaccare chi si sforza di trovare delle soluzioni praticabili?

La cosa che mi colpisce in modo particolare, come dimostra l'eloquio del dottor Geddes, è che costoro con la sanità in ginocchio e ridotta allo stato attuale non intendono accettare alcuna critica, ignorando la realtà fattuale.



Personalmente in questo momento, al pari del prof Cavicchi, quindi a differenza del dottor Geddes, penso che con una guerra e una crisi economica sia piuttosto difficile rifinanziare "certe scelte" fatte negli anni '90 e per giunta a spese del nostro erario. Credo anche io che oggi, per ragioni

evidenti di scarsità delle risorse, per la sanità pubblica sia arrivato il momento di riformare la spesa storica e in particolare riformare il rapporto pubblico privato sul quale ha lavorato particolarmente la Bindi con la riforma ter.

Oggi anche io credo che "certe scelte" che oggi il dottor Geddes difende siano oggettivamente difficili e quindi impraticabili.

È quello che penso vorrò dire nel convegno che abbiamo organizzato a Bologna sabato prossimo presso l'Ordine dei Medici.

Anche io penso, a differenza del dottor Geddes e della Bindi, che oggi non è più possibile sottrarre risorse ai diritti per darle alla speculazione. Perché continuare a fare questo non è più un tosare la pecora ma è nutrirsi della sua pelle.

Per cui sono convinto che il desiderio di "coloro che hanno fatto determinate scelte" – e che il dottor Geddes approva – di rifinanziare "quelle scelte" dopo un quarto di secolo sia non solo ingiusto e sbagliato ma anche miope.

Se non ricordo male non è la prima volta che il dottor Geddes scende in campo con le sue argomentazioni per difendere l'onorevole Bindi dalle analisi del prof. Cavicchi. Naturalmente nulla da ridire se queste sono le sue convinzioni ma non potrà lamentarsi se finisce per essere associato a "quelle scelte"! Inoltre non si può negare che il cigno nero, sulla sanità pubblica, abbia cominciato a volare negli anni '90 con il centro sinistra al governo e che in quegli anni ci fosse la Bindi a fare il ministro della sanità.

Quindi trovo incomprensibile e fuori luogo che il dottor Geddes tenti di screditare il prof. Cavicchi se quello che scrive Cavicchi è storicamente

vero ed è drammaticamente in atto. Della lettera di Geddes mi hanno colpito altre due cose. La prima è che il dottor Geddes, contro la proposta pratica del prof. Cavicchi di usare le risorse fino ad ora spese per gli incentivi fiscali al mercato per finanziare la rimozione dei tetti alle assunzioni, dice che c'è "bisogno di ben altro". Dottor Geddes il prof Cavicchi nel 2016 ha proposto la quarta riforma e quindi di riformare l'idea neoliberale di sostenibilità della Bindi. Lei a parte confermare "quelle scelte" cosa intenderebbe proporre?

La seconda cosa è che il dottor Geddes definisce le controriforme degli anni '90, che oggi ci hanno portato oggettivamente alla rovina, "un presunto peccato/reato che risalirebbe a 24 anni fa" quindi di nessun conto e si chiede se per questo presunto reato sia giusto ricorrere all'ergastolo ostativo? Mah!

Caro dottor Geddes mi sembra di intravedere che la Sua difesa di "quelle scelte" alla quale attende con diligenza le impedisca, forse, di comprendere il grande dramma che, ad avviso del prof. Cavicchi, e – sommessamente mi lasci ag-

giungere – anche a mio avviso, sbagliate rappresentano oggi per la sanità pubblica.

Di recente in un editoriale comparso su Lancet ("The NHS is sick, but it is treatable") si faceva una semplice constatazione che mi sento – pensando al dottor Geddes e alla Bindi – di condividere: chi ha ridotto la sanità nelle attuali condizioni dubito possa essere colui che la può salvare. Vedremo cosa potrà e vorrà fare un nuovo Governo da poco insediato.

Infine credo sfugga al dottor Geddes che certo sarcasmo oggi non è salutare per la sanità.

Vorrei però chiudere ricordando al dottor Geddes che in tutta la mia vita di medico ospedaliero in un grande ospedale di Bologna e di ricercatore internazionale, non ho mai accettato l'intramoenia, cioè di fare l'attività libero professionale, cioè una forma indecente di privatizzazione introdotta dalla sua "maitre à penser", l'onorevole Bindi e che ancora oggi considero, in scienza e coscienza, una delle cose meno salutari per i diritti dei cittadini – almeno per i meno abbienti – e per il Servizio Sanitario Nazionale.

* Vicepresidente OMCeO Bologna



Ai Colli

PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO PSICHIATRICO

Aut. San. P.G. n. 58841 del 10/03/2008

Consorzio Ospedaliero Colibrì

Direttore Sanitario e Primario: Dott. Paolo Baroncini

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

Reparti di degenza

- Residenza Trattamento Intensivo
- Residenza Trattamento Intensivo Specialistico (Dipendenze Patologiche)
- Psichiatria generale
- Riabilitazione Psichiatrica

Ambulatori

- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatrica
- Psicologia Clinica

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

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

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

A Bologna serve una fusione tra AUSL e AOSP?

di Salvatore Lumia*, Luca Spinardi**

Da quando il Sindaco Lepore, per risolvere i problemi della Sanità bolognese, ha proposto la costituzione di una Azienda Sanitaria Unificata si è acceso un dibattito sulla questione, con chi plaude all'iniziativa e chi si dichiara contrario.

Giustamente Angelo Rambaldi lancia "una provocazione (ma non troppo): se la soluzione passasse attraverso la vastità delle porzioni, allora si passi a una unica mega Asl da Piacenza a Rimini".

Desidero intervenire nel dibattito come rappresentante sindacale dei medici ospedalieri e devo dire che dell'argomento ai medici ospedalieri non interessa molto; che ci sia una sola direzione aziendale piuttosto che due non cambierà la sostanza dei problemi esistenti attualmente.

Difatti è già da tempo che sono stati messe in atto azioni *de facto*, attraverso architetture organizzative unificate tra le aziende dell'area metropolitana, che hanno mostrato tanti limiti sia giuridici che pratici nell'organizzazione del lavoro, e che sono stati il banco di prova di questa unificazione.

Queste sperimentazioni purtroppo non hanno fatto altro che portare ad un peggioramento delle condizioni di lavoro dei medici su larga scala, e non si può ridurre il tema a "una parte del corpo medico del Maggiore non vede di buon occhio una mega Asl con all'interno Sant'Orsola Malpighi-Maggiore-Bellaria"; il problema è infatti che ci sono delle modalità lavorative e professionali, tipiche della professione medica, che in questa ottica unificativa non vengono minimamente considerate.

Mi riferisco a quella sperimentazione, che già da anni si è messa in atto, che è stata chiamata "interaziendalità", cioè l'unificazione di servizi tra i diversi ospedali cittadini, con la creazione di servizi unici come il LUM (Laboratorio Unico Metropolitan), la

Radiologia unica per l'AUSL, reparti specialistici unificati (che oggi si chiamano UOC acronimo di Unità Operative Complesse) che hanno permesso di utilizzare lo stesso personale medico su diversi stabilimenti ospedalieri con Direttori di UOC a scavalco su molti (troppi) presidi.

Il punto dolente è proprio, ed è questo che i nostri Amministratori non riescono a comprendere, che il lavoro di un medico all'interno di un reparto, medico o chirurgico che sia, è un lavoro fatto di azioni e soprattutto relazioni complesse che devono avere una unitarietà ed una continuità, specie nel rapporto con i pazienti, e che i pazienti-cittadini lo chiedono e ne hanno diritto.

Mi spiego meglio con un esempio: non si può mandare un chirurgo ad operare un paziente un giorno in un ospedale ed un giorno in un altro; quando il chirurgo opera un paziente, nei giorni seguenti deve (e vuole) seguirlo nel decorso post-operatorio, per cogliere gli eventuali aspetti del trattamento post-operatorio, dell'insorgere di eventuali complicanze, nella personalizzazione della cura in base alle diverse complessità e differenze tra un paziente e l'altro.

Deve esistere, all'interno di ogni reparto (UOC) un apicale, che sia, oltre che il responsabile, il primo tra pari che ha la maggior competenza, capacità ed esperienza a cui i medici (e i pazienti) possano rivolgersi nelle situazioni più complesse o critiche; non può essere solo un manager vagante tra i diversi presidi territoriali, dedito a compiti organizzativi e di budget.

Faccio anche degli esempi: nei servizi di radiologia il Direttore (che una volta si chiamava giustamente "Primario") del Servizio di Radiologia dovrebbe essere quello a cui un suo sottoposto possa rivolgersi **sempre** nel caso abbia dei dubbi sull'interpretazione di un esame; in una Chirurgia se durante un

intervento chirurgico sopravvengono dei problemi, per inaspettate complessità o complicanze intraoperatorie il chirurgo deve avere la possibilità di potersi confrontare **subito** con il suo Primario; allo stesso modo in un reparto medico le decisioni su un caso complesso debbono poter essere prese immediatamente discutendole con il Primario **in loco**.

Non per niente la legge prevede che quando il Direttore di UOC (il Primario) debba assentarsi, **deve** nominare un Facente Funzioni temporaneo (ovviamente tra i suoi collaboratori che giudica più capaci e preparati). Argomentazioni simili riguardano anche i servizi di guardia o di reperibilità nei reparti; se il medico che fa la guardia in un reparto fa parte dell'équipe di quel reparto conosce già le problematiche di tutti i pazienti ricoverati e può facilmente interpretare le situazioni e decidere in maniera corretta, diversamente da un medico che fa parte di un altro reparto (o un c.d. gettonista) e non conosce i pazienti, ma li prende in carico al momento del cambio di turno, sulla scorta di consegne che vengono date spesso in maniera frettolosa perché i pazienti da prendere in carico sono tanti, perché abbiamo guardie interdivisionali su posti letto che a volte superano il centinaio e spesso sono collocati in padiglioni ospedalieri diversi.

Vogliamo poi parlare del fatto che l'interaziendalità costringe i medici a continui spostamenti tra i diversi presidi ospedalieri, spostamenti che avvengono con i propri mezzi e senza nessuna copertura dei costi e dei rischi, che sono completamente a carico del medico senza nessun riconoscimento economico e come ulteriore elemento gravativo di stress, come se ce ne fosse bisogno o fosse proficuo per la qualità del lavoro.

Se, come le Aziende sanitarie e/o ospedaliere fanno, non si trovano medici a sufficienza in questo momento storico, (e qui ci sarebbe un altro lungo discorso da fare, ma lo risparmio in questa nota), e addirittura molti lasciano il Servizio Sanitario nazionale, ci chiediamo se questa organizzazione invece di risolvere il problema non lo aggravi.

Quindi se nell'ambito del territorio metro-

politano di Bologna chi amministra la sanità pubblica converga in un'unica azienda oramai poco importa, ma per farla funzionare bisogna ripristinare le logiche della cura e ridurre quelle delle "prestazioni". I presidi ospedalieri devono avere dei reparti (UOC) con posti letto dedicati (e non l'obbrobrio dei c.d. reparti per intensità di cure dove sono mescolati pazienti di più specialità con grandi problemi di gestione), dotazioni organiche adeguate, Direttori (Primari) esclusivi e dedicati a quei reparti, servizi diagnostici (radiologie e laboratori) presenti fisicamente in quei presidi.

Certamente sarebbe utile che alle decisioni organizzative importanti, prese nell'ambito della Conferenza Territoriale Sanitarie e Sociale (CTSS), organo di governo della sanità territoriale presieduto dal Sindaco o da un suo delegato, partecipassero anche i Medici, attraverso le loro rappresentanze, ma di questo non si vede traccia.

In campagna elettorale il Sindaco si era impegnato a chiedere la collaborazione dei Medici, ma non se n'è più saputo niente; in un recente passato la mia organizzazione sindacale, per conto della Confederazione a cui aderisce (CIDA) aveva ripetutamente richiesto di partecipare alla Conferenza Territoriale Sanitaria e Sociale, sentendosi rispondere che c'erano già i sindacati della tripla (in cui peraltro la componente medica iscritta è residuale).

Similmente anche l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, che comprende tutte le categorie di Medici, non ha mai avuto inviti a partecipare alla CTSS.

Se si vogliono unificare le due Aziende Sanitarie di Bologna, AUSL e AOSP lo si faccia, se legalmente possibile, ma si tengano bene presenti e si risolvano le criticità che ho descritto con una condivisione con i Medici che vi lavorano che sia vera e non solo formale e a parole.

*Presidente Regionale Federazione
CIMO-FESMED Emilia Romagna
Presidente Commissione Albo Medici
OMCeO di Bologna

** Segretario Aziendale Federazione
CIMO-FESMED AUSL Bologna

Risvolti pratici riguardanti casi clinici di Responsabilità professionale medica con riferimento alla Consulenza medico-legale

La responsabilità in ambito infettivologico

Domenico Vasapollo

L'esigenza di un approfondimento tecnico su alcune tematiche di grande attualità relative alla responsabilità medica ha indotto la Commissione di Medicina legale dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Bologna ad organizzare un ciclo di incontri in cui discutere tali importanti questioni. Appare superfluo evidenziare le molteplici criticità che riguardano l'argomento, rese ancor più evidenti dalla recente legislazione.

Nei tre incontri previsti per il 2022, saranno discusse via via alcune delle principali questioni medico-legali; gli argomenti trattati e dibattuti sotto forma di tavola rotonda vedranno coinvolti quali relatori, clinici, medico-legali e avvocati, ma l'intento prioritario è quello di dare un taglio pratico alla casistica esaminata, puntando l'attenzione sulla metodologia applicativa da tenere nel corso della consulenza medico-legale, come peraltro previsto dalla normativa, consulenza che rappresenta il punto nodale della problematica sia in fase stragiudiziale che in quella giudiziale.

Il primo incontro, relativo alla Responsabilità Professionale in ambito Infettivologico si è svolto il 26 ottobre 2022, dalle ore 18.00 alle ore 21.30 presso la Sala Conferenze dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna, Via Giovanna Zaccherini Alvisi n. 4 – Bologna. L'iniziativa ha avuto un riscontro molto positivo sia in termini di partecipazione che di interesse rispetto alla tematica trattata, registrando la presenza di numerosi Colleghi, sia clinici che medico-legali, ed è stata

una proficua occasione di confronto fra specialisti.

Ha introdotto e moderato la serata il **Prof. Domenico Vasapollo**, in qualità di Coordinatore della Commissione Medico Legale dell'Ordine, Medico legale bolognese e già Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina legale dell'Ateneo felsineo, il quale ha ricordato le finalità dell'incontro e l'esigenza di un approfondimento tecnico su di una tematica di grande attualità; ha sottolineato le molteplici criticità che riguardano l'argomento, ricordando l'impostazione dell'incontro e riportando, inoltre, le novità giuridiche sul tema introdotte dal legislatore, ponendo l'attenzione sulla metodologia applicativa da tenere nel corso della Consulenza medico-legale che, anche alla luce della nuova normativa, rappresenta il punto nodale della problematica sia in fase stragiudiziale che in quella giudiziale. Ha pure precisato uno dei nodi centrali della Legge 24/2017 che prevede da parte dei Giudici la nomina del Collegio peritale, soffermandosi pure sulla consulenza preventiva (ATP) a mente dell'art. 696-bis del codice di procedura civile.

Ha quindi preso la parola, quale primo relatore, il **Dott. Sergio Sabbatani**, già Dirigente Medico U.O. di Malattie Infettive - Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna, il quale ha relazionato sul seguente tema "Nello studio della documentazione clinica esiste un metodo scientifico per stabilire se si è instaurata una infezione nosocomia-

le?” L'esperto ha riportato in sintesi quanto segue.

Il presupposto fondamentale per la scrittura di una relazione peritale che valuti un caso clinico nell'ipotesi che si sia instaurata un'infezione nosocomiale (ciò vale anche per altre problematiche) è lo studio accurato della documentazione clinica. Non raramente si devono affrontare casi ove la mole di documenti da studiare è veramente molto ponderosa. Per questo motivo è fondamentale possedere capacità di discernimento per stabilire, rispetto ai problemi a cui si vuole dare una risposta, quali informazioni sono effettivamente significative e quali altrimenti rischiano di distrarre rispetto agli obiettivi che ci si è dati. In pari tempo è determinante valutare la qualità dei dati disponibili in quanto la scelta deve orientare verso quelle informazioni che presentano una inoppugnabile valenza, rifiutando, tanto per fare un esempio, i così detti dati riferiti che nelle ricostruzioni anamnestiche sono tutt'altro che infrequenti.

Dopo questa prima fase si passa all'analisi scientifica dei dati passati al primo vaglio secondo i classici metodi d'investigazione scientifica: deduttivo e induttivo. Scegliendo il metodo deduttivo (quello più affidabile per il nostro lavoro) è opportuno, nella fase analitica, selezionare ogni problema nei suoi elementi più semplici.

Dalla fase analitica si passa alla sintesi, risalendo dall'osservazione più semplice alla più complessa. In fine si devono indicare gli elementi enumerati mediante l'analisi, concludendo i passaggi della sintesi in precedenza effettuata. Per dirla con Cartesio il metodo deve essere fondato filosoficamente mediante l'approccio logico matematico.

Un ruolo molto importante, per un approccio solido dal punto di scientifico, è il rispetto del principio di non contraddizione: “È impossibile che il medesimo attributo, nel medesimo tempo, appartenga e non appartenga al medesimo oggetto e sotto il medesimo riguardo” (Metafisica - Aristotele).

Un altro rischio da tenere sempre in grande attenzione è il rifuggire dal pregiudizio nelle cui spire anche le menti più oneste dal

punto di vista intellettuale, possono essere soffocate.

I nostri preconcetti, le nostre credenze come le nostre convinzioni funzionano come dei veri e propri filtri della realtà. La cosa più difficile, quando si studia un caso per scrivere una perizia, è mettere in discussione le proprie credenze, specialmente se sono formate da un fondamento logico che le sostiene e le auto genera.

In conclusione, come afferma Karl Popper “non è dalle confutazioni di una tesi che occorre difendersi, ma dalla convinzione di ritenere una teoria (la propria) inconfutabile”. Quando si analizzano i dati disponibili per stabilire se si è instaurata o meno una infezione nosocomiale si deve applicare un approccio critico che non cerchi facili conferme della propria tesi. Si deve rifiutare un atteggiamento dogmatico nel giudizio sul proprio elaborato accettandone il vaglio critico alla luce del così detto principio di falsificazione.

Il secondo relatore, **Prof. Benedetto Vergari**, Medico Chirurgo, Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, ha relazionato su di un tema di estrema importanza dal titolo “Prevedibilità e prevenibilità delle infezioni nosocomiali: aspetti medico-legali”.

Il relatore, in primo luogo ha sottolineato la complessità degli aspetti eziopatogenetici ed epidemiologici delle infezioni nosocomiali e le relative plurime implicazioni di carattere diagnostico-terapeutico, economico, etico-deontologico e di responsabilità dei Sanitari e delle Strutture, assumendo rilevanza fondamentale la possibilità preventiva, da ritenere elevata ma non “assoluta”.

Sono stati richiamati una serie di riferimenti normativi (Circolari del Ministero della Sanità, Decreti Ministeriali e Legislativi, Piani sanitari nazionali), ricordando l'istituzione con Circolare n. 52/1985 del Ministero della Salute di una Commissione tecnica responsabile della lotta contro le infezioni (CIO) per la definizione di strategie organizzative, sistemi di sorveglianza, misure di prevenzione e di informazione del personale, nonché verifiche e controlli delle misure applicative, conformemente alle Linee-Guida in

tema di infezioni nosocomiali dedicate ai presidi medici organizzativi e ai requisiti strutturali previsti nell'ambiente sanitario.

In ambito civilistico, l'omissione di misure precauzionali doverose rappresenta una condotta omissiva che può concretizzare un pericolo e un danno per la salute dei pazienti.

I più autorevoli richiami dottrinari, legislativi e giurisprudenziali confermano la necessità di dimostrare da parte del personale della Struttura l'aderenza alle previsioni normative vigenti e alle indicazioni condivise dalla letteratura scientifica, avendo inoltre la Struttura sanitaria l'onere di documentare di aver posto in essere e rispettato le più idonee ed efficaci misure, esonerando dalle responsabilità la prova della corretta adozione di protocolli di prevenzione e/o la sussistenza di un fattore causale alternativo imprevedibile e inevitabile.

È stata riscontrata l'oggettiva difficoltà da parte delle Strutture sanitarie di dimostrare la cosiddetta "prova liberatoria", sottolineando come le potenziali responsabilità possano essere notevolmente ridotte solo con il corretto utilizzo di Linee-guida e protocolli e con la dimostrazione della loro concreta attuazione attraverso idonea documentazione, sussistendo tuttavia il problema non sempre agevole della rintracciabilità dei percorsi assistenziali.

In conclusione, il relatore si è soffermato sui concetti di prevedibilità e prevenibilità sia clinica che medico-legale, distinguendo l'errore dalla complicità, sussistendo responsabilità nel caso in cui l'infezione è da ritenere prevedibile, prevenibile oltre che evitabile.

Pertanto, risulta indispensabile una adeguata applicazione della criteriologia medico-legale nella valutazione del nesso di causalità tra condotta dei Sanitari e della Struttura (diagnostica-terapeutica e relativa all'adozione delle misure preventive) ed evento (danno alla salute) attraverso l'adozione di un rigoroso metodo scientifico e di una scrupolosa verifica di tutti gli aspetti e le variabili dei casi specifici, tra cui fattori di natura ambientale, individuale e iatrogena, al fine di individuare la misura della evitabilità e/o riduzione del rischio.

È stata svolta dal **Dott. Marco Borderi**, Dirigente Medico U.O. di Malattie infettive Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna, una interessante relazione dal titolo "Evoluzione delle dinamiche medico-legali e infettivologiche nel corso della pandemia da SARS-Cov-2".

L'infettivologo ha relazionato sulla stretta necessità di contestualizzare ogni ragionamento alle precise dinamiche delle timeline emergenziale (ventisei mesi), normativa (988 atti complessivi tra esecutivo Conte ed esecutivo Draghi, con specifiche e distinguo tra proponenti) e terapeutica nelle varie fasi della pandemia, soffermandosi sull'analisi critica delle principali circolari ministeriali e regionali, indicazioni e raccomandazioni dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ricordando gli specifici momenti in cui si sono resi disponibili i diversi presidi, dai dispositivi di protezione individuale ai farmaci antivirali, agli anticorpi monoclonali.

Ha inoltre integrato queste considerazioni con i concetti di stato di necessità e di responsabilità del prestatore d'opera e/o della struttura in relazione a quanto normato dal Codice Penale e Civile, declinando questo nuovo aspetto alle tematiche tradizionali delle infezioni nosocomiali, del consenso informato, e del distinguo tra exitus per patologia ed exitus con patologia, specialmente in assenza di riscontro istologico.

L'ultima parte della relazione ha necessariamente dovuto considerare ed esplorare gli aspetti del tutto nuovi concernenti la problematica valutativa della responsabilità relativamente agli esiti/malattia rappresentati dal cosiddetto long-COVID, alla possibilità di valutare la clusterizzazione dei sintomi, e alla sua relazione con la vaccinazione e l'utilizzo degli antivirali.

Infine, si è soffermato sulle dinamiche medico-legali e infettivologiche relative ai cosiddetti Adverse Event Following Immunization (AEFI), e sugli aspetti concernenti l'utilizzo della check-list dell'Organizzazione Mondiale della Sanità relativamente al corretto distinguo tra reazione avversa ed

evento avverso all'interno del programma vaccinale in corso.

Ha preso, infine, la parola il **Dott. Luigi Mastroroberto**, Medico legale, Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, il quale ha affrontato una questione medico-legale di grande interesse dal titolo "Le infezioni nosocomiali in responsabilità sanitaria fra errore, complicità e reclamo".

Il relatore ha anzitutto ricordato che, quando si discute di accertamento medico-legale in tema di responsabilità sanitaria, il fulcro del giudizio si basa su due parametri: l'esistenza di un errore da parte di qualcuno e/o della struttura dove è avvenuta la prestazione sanitaria e che da tale comportamento censurabile ne sia derivato un danno al paziente. In ambito penale, che persegue esclusivamente il professionista indagato/imputato, l'accertamento della responsabilità e del nesso causale fra questa ed il danno lamentato segue dinamiche stringenti, alquanto rigide. Anzitutto è necessario che l'errore venga accertato in maniera positiva, senza ricorrere a semplici presunzioni. In sostanza vi deve essere l'evidenza di come, dove e quando il professionista ha errato. Altrettanto stringente, secondo le Sezioni Unite della Cassazione Penale, deve essere l'accertamento del nesso causale fra comportamento e danno, laddove l'evidenza di questo rapporto deve essere tale da raggiungere la quasi certezza ovvero deve essere affermato al di là di ogni ragionevole dubbio. In ambito civilistico invece, entrambe le parti dell'accertamento sono regolate in maniera decisamente diversa, in modo da privilegiare la tutela risarcitoria del paziente in qualche modo danneggiato da una prestazione sanitaria. Fino al 2017, in assenza di norme, la responsabilità civile sanitaria seguiva i principi della Cassazione Civile che, all'opposto dell'ambito penale, in tema di accertamento dell'errore, indicava un criterio di sostanziale inversione dell'onere della prova: le figure professionali e la struttura dove la prestazione era stata effettuata venivano ritenuti responsabili fino a quando non fossero in grado di dimostrare che l'accadu-

to, l'evento avverso che ha danneggiato il paziente, non dipendesse da fatti del tutto accidentali, anche prevedibili (nel senso che si sa che statisticamente si possono verificare), ma nello specifico caso in esame non prevenibili né evitabili, nonostante fosse stato fatto tutto quanto era possibile fare per evitare che accadesse.

Nel 2017 è entrata in vigore la legge 24/2017 che, ben consapevole di questo indirizzo della Suprema Corte, ha cercato, attraverso l'articolo 7 di creare quello che è stato definito il "doppio binario", mantenendo sempre fermo il criterio di presunzione della colpa della struttura dove la prestazione è stata erogata (responsabilità contrattuale) e stabilendo invece, per il professionista che ha erogato la prestazione all'interno della struttura, che la sua condotta debba essere verificata con i criteri della responsabilità extracontrattuale, divenendo onere del paziente dimostrare dove, come e quando il sanitario ha posto in essere un comportamento errato e censurabile.

Collocando dunque in questo scenario le infezioni nosocomiali, nella consapevolezza che, salvo rari casi, è sempre difficile, se non impossibile, accertare in che modo e per colpa di chi il paziente ha contratto l'infezione mentre era degente in una struttura sanitaria, ovvero – caso decisamente più frequente e rilevante – quando l'infezione ha riguardato un sito chirurgico, appare di tutta evidenza come anche ai sensi della legge 24/2017 in teoria la struttura sanitaria sia suscettibile quasi sempre di essere ritenuta responsabile della infezione e di dover provvedere al risarcimento dei danni che da essa sono derivati. Rispetto all'orientamento della Cassazione Civile cambia solo la posizione del chirurgo che potrebbe essere ritenuto responsabile per una errata prevenzione e/o errata gestione clinica della infezione, ma non della sua causazione.

Ha fatto seguito un vivace dibattito con i molti partecipanti all'evento e i numerosi medici presenti a vario titolo al Convegno hanno dimostrato grande interesse per l'argomento trattato per cui l'iniziativa è sembrata aver ottenuto discreto successo.

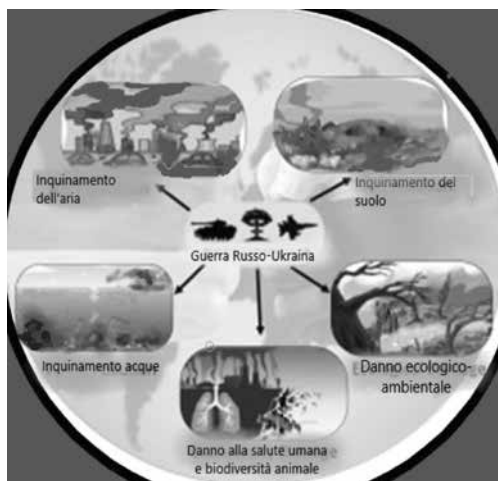
L'impatto della guerra russo-ucraina sulla salute e sull'ambiente locale e mondiale

Pier Roberto Dal Monte

Ormai il clima e la salvaguardia dell'ambiente sono una costante nelle scelte politiche di ogni Nazione e sono normalmente uno dei capisaldi dei programmi elettorali di molti partiti quando non sono già divenute legge nell'ambito della legislazione europea e nei maggiori stati mondiali. Quindi potremmo dire che finalmente l'umanità si sta svegliando anche a seguito dei cambiamenti e disastri climatici che investono ormai gran parte del mondo, sino ai vari cambiamenti dell'ambiente naturale causate dalla diffusione delle più varie sostanze, oggetto di inquinamento, nell'ambiente provocata dall'uomo e di questo ne fanno anche fede le ripetute Riunioni Assembleari Mondiali sulla transizione climatica, l'ambiente e via, programmando e promettendo.

Vi è però un tragico avvenimento, che stiamo vivendo angosciosamente ogni giorno, quale è la **guerra russo-ucraina** che, oltre ad avere innescato sull'economia mondiale il noto e drammatico terremoto economico per il suo impatto sulla geopolitica e sulla sicurezza alimentare mondiali, a causa dell'estremo ed esplosivo contrasto tra eserciti, sta provocando **gravi effetti sull'ambiente** di cui stiamo trascurando o dimenticandone la portata, poiché ci troviamo purtroppo di fronte ad una situazione per ora inestinguibile. Sulla quale peraltro vi sono già numerose tragiche e giornalieri documentazioni.

Non ancora consci che, a causa degli intensi combattimenti, gli influssi sul clima saranno drammatici sino a produrre un disastro ambientale e non solo localizzato poiché sta già interessando altre aree confinanti con l'Ucraina (varie esplosioni in Russia e nel territorio moldavo). Un territorio che nel complesso, secondo l'Environmental Performance Index, anche prima dell'inizio dell'invasione russa a febbraio, già si poneva ad un livello non molto elevato, circa il rispetto dei comuni indicatori ambientali, come la qualità dell'aria, la protezione della biodiversità e la salute dell'ecosistema.



Mentre la guerra è ancora in corso, ci sono ormai molteplici evidenze di un grave inquinamento atmosferico e di emissioni di gas serra derivanti dagli intensi combattimenti con le rispettive esplosioni delle micidiali sostanze impiegate e lo sviluppo di intensi fumi dai depositi di carburante colpiti. Inoltre la presenza di attività belliche nelle vicinanze delle centrali nucleari aumentando il timore di fuoriuscita di incontrollate radiazioni.

Attualmente viene colpita soprattutto e drasticamente la biodiversità a causa dell'intensa deforestazione e della distruzione dell'habitat con potenziali implicazioni sulla fauna selvatica. I bombardamenti, le trincee, gli scavi di rifugi e trincee avranno probabilmente un impatto negativo sul degrado del suolo e sulla morfologia del paesaggio; ciò assume particolare importanza nell'Ucraina nella quale si trovano delle terre più fertili al mondo, la Chernozem o steppa ucraina, che influiscono grandemente anche sulla produzione alimentare mondiale. È probabile che la grande disponibilità e la qualità dell'acqua della nazione, specie nel percorso del Dnieper, siano influenzate dalla distruzione delle infrastrutture e dal passaggio di sostanze inquinanti alle riserve idriche. I complessi ecosistemici esistenti naturali

e quelli instaurati dall'uomo saranno probabilmente fortemente danneggiati, poiché la deforestazione ridurrà la capacità degli ecosistemi di regolare l'inquinamento atmosferico o il clima. Il degrado del suolo ostacolerà la produzione alimentare e la natura del paesaggio, il patrimonio culturale agricolo e la distruzione della coesione sociale influiranno drasticamente sulle tradizioni culturali locali, storicamente creatisi. Infine, già si dimostra come l'impatto sulla salute umana sia già tragicamente importante, ma potrà essere ancora più elevato a causa dell'esposizione a livelli elevati di contaminazione e del degrado delle condizioni sanitarie. La guerra è ancora in corso e c'è una notevole incertezza per quanto riguarda gli impatti finali almeno sulla sua vera e totale tragicità anche a livello mondiale.

Le visioni di esplosioni di carri armati e veicoli distrutti, carburante bruciato e disperso di case totalmente distrutte dalle esplosioni e dal fuoco dimostrano come si stia inquinando l'aria, l'acqua e il suolo. Ben sapendo che l'esplosione di ogni bomba libera particelle di metalli pesanti oltre che di formaldeide, protossido di azoto, acido cianidrico e altri composti organici tossici. Questi prodotti inquinanti sono diffusi dai venti e dalle acque sotterranee, ecco perché il pericoloso impatto ecologico della guerra riguarderà direttamente anche la Russia e l'Europa. Gli esplosivi rilasciano composti chimici che si ossidano nell'aria e possono causare piogge acide. Possono distruggere "bruciandola" gran parte della vegetazione e gli organi respiratori dei mammiferi (compreso l'uomo) e di tutti gli animali delle foreste. Le moderne munizioni per il 95-97% sono fatte di piombo, il resto sono zinco, nichel, bario, manganese, rame, antimonio, ecc. Soprattutto appare elevato è il contenuto di piombo di cui è nota il suo effetto altamente tossico ed essendo facilmente assorbibile, entra nel corpo umano non solo con l'aria o

l'acqua, ma anche attraverso la pelle e i capelli. A volte contengono gli stessi esplosivi anche uranio impoverito e queste sono 100 volte più piccole di molte cellule e bypassano facilmente le barriere ematoencefalica, raggiungono direttamente i nervi olfattivi e interrompono i processi cognitivi e la capacità mnemonica. L'antimonio provoca infiammazione dei sistemi cardiovascolare, respiratorio e digerente. Il nichel danneggia anche il sistema immunitario. L'esposizione ad alte concentrazioni di rame, manganese e zinco può avere un effetto tossico inducendo infiammazioni polmonari spesso con polmonite, fibrosi polmonare e letargia. Le microparticelle provenienti dalla esplosione delle bombe entrano nell'acqua e penetrano nel corpo umano e animale attraverso la catena alimentare. Gli esplosivi, come trinitrotoluene (TNT), hexogen (RDX), e i propellenti dei missili and razzi: TNT, DNT e RDX, causano inquinamento chimico e inducono intossicazione acuta ed effetti mutageni a lungo termine nelle persone. Il TNT è facilmente assorbito attraverso la pelle e le mucose (Tabella 1).

A seconda della dose, i suoi effetti cancerogeni possono indurre alopecia, anemia, insufficienza epatica, cataratta e modificare la composizione del sangue. L'esplosione di un missile BM-21 Grad libera più di 500 gr di zolfo che reagisce con l'acqua trasformandosi in acido solforoso per cui terra sarà "bruciata" dall'acido, non dal solito fuoco naturale. Questa situazione di inquinamento atmosferico con una grande esposizione generalizzata dell'organismo a sostanze tossiche per lungo tempo certamente ridurrà l'aspettativa di vita. È noto infatti che i sopravvissuti ed i primi soccorritori degli attentati al World Trade Center dell'11 settembre hanno un tasso di insorgenza di tumori molto più alti rispetto al resto della popolazione e questo è la dimostrazione ed un indicatore di quello che i soldati e i civili in Ucraina

Tabella 1. Composti chimici contenenti nei vari mezzi esplosivi

A cura del Ministero della Difesa Finlandese.

Propellenti	Metalli	Esplosivi	Pirotecnici e oscuranti
Nitrocellulose (NC)	Iron (Fe)	Trinitrotoluene (TNT)	Antracene
Nitroguanidine (NQ)	Aluminium (AL)	Hexogen (RDX)	White phosphorus (WP)
Nitroglicerina (NG)	Copper (Cu)	Octogen (HMX)	Red phosphorus (RP)
Dinitrotoluene (DNT)	Chromium (Cr)	Pentaerythritol tetranitrate (PETN)	Hexachloroethane (HC)
Ammonio perclorato (AP)	Tungsteno (W)	Dinitroanisole (DNAN)	
Piombo (PB)	Uranium (U)	Nitrotriazolone (NTO)	
	Zinco (ZN)		
	Berilio (BE)		

sperimenteranno tra diversi anni. “In quel caso – si sostiene da parte di molte organizzazioni scientifiche ecologico-ambientaliste – il problema non sono stati soltanto gli incendi, ma anche la polvere e tutte le altre varie sostanze tossiche provenienti dagli edifici. In Ucraina si sta concretizzando una situazione in qualche modo simile, con la differenza che in alcune zone si ha a che fare con vecchie e nuove fabbriche manifatturiere ed estrattive piene di sostanze anch’esse altamente tossiche e con l’uso di armi esplosive ed incendiarie, il che è anche peggio”. Inoltre, non vanno neppure escluse le sostanze chimiche usate per estinguere gli incendi che si sa essere straordinariamente tossiche ed infine, una volta che siano cessati gli attacchi, iniziando le attività di bonifica e ricostruzione, esporranno maggiormente persone a sostanze tossiche in un ambiente pressoché invivibile. Un’ulteriore tragedia nella tragedia. E questo mentre si continua a parlare di transizione ecologica, peraltro e ormai purtroppo con alcu-

ne revisioni in favore del mantenimento di carburanti fossili, come se con ‘quella’ guerra non si inquinasse gran parte del globo, essendo la terra incapace di assorbire queste umane pulsioni suicide e loro conseguenze ambientali, climatiche ed esistenziali.

Riferimenti bibliografici

Pereira, Paulo; Bašić, Ferdo; Bogunovic, Igor; Barceló, Damia. **Russian-Ukrainian war impacts the total environment.** Science of the Total Environment 837: 155865 (2022).

Environmental impacts of the war in Ukraine and prospects for a green reconstruction (oecd.org) Luglio 2022

UN warns of toxic environmental legacy for Ukraine, region (unep.org)

Environmental impact of the 2022 Russian invasion of Ukraine - Wikipedia.

Ma ovviamente sin dall’inizio del conflitto e a tutt’oggi sono comparsi numerosissimi lavori sia scientifici che giornalistici specie anglosassoni, sia a cura di varie altre associazioni ambientali mondiali.

Poliambulatorio Privato

ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell’ A.M.A.B.

Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo

Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna

Tel. 366-2876956, www.amabonline.it

infopoliambulatorioagopuntura@gmail.com



L’Istituto è attivo dal **1986**. Rappresenta uno dei primi esempi in Italia di **integrazione fra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale**. Oltre all’attività di assistenza medica, è la sede dell’attività di Ricerca e Didattica dell’ A.M.A.B. Scuola Italo-Cinese di Agopuntura



Vi operano **10 medici qualificati** che lavorano in tutti i campi in cui l’**Agopuntura** ha le sue maggiori indicazioni:

- **Cefalee** croniche, **emicrania**
- Dolori dell’apparato muscolo scheletrico
- Patologie **gastriche** e **intestinali**
- Patologie **dermatologiche**
- Patologie **ginecologiche**



Percorsi terapeutici specifici:

- Trattamento dell’ **infertilità** maschile e femminile e supporto alla **procreazione medicalmente assistita**
- Trattamento **anti-aging**
- Trattamento **pediatrico**

A.M.A.B. Associazione Medici Agopuntori Bolognesi

Il ruolo centrale del Medico legale nella risoluzione delle controversie civili e nell'accertamento del danno alla persona

Note a sentenza: Cassazione civile, Sezione III, 22 dicembre 2022, n. 37477 - Pres. - Rel. Gianniti

Domenico Vasapollo

Cassata con rinvio per nuovo esame la decisione del giudice di merito che aveva ritenuto il difetto di accertamento strumentale della menomazione permanente di lieve entità di per sé sufficiente ad escludere la risarcibilità del danno biologico permanente accertato dalla CTU medico-legale.

La Corte si è posta il problema del risarcimento del danno alla salute nelle c.d. micropermanenti e delle modalità di applicazione della disposizione che nel 2012 ne ha limitato la risarcibilità alle sole lesioni suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo. I commi 3-ter e 3-quater dell'art. 32 del d.l. n. 1 del 2012, inseriti entrambi dalla legge n. 27 del 2012, di conversione del d.l. stesso, hanno infatti introdotto alcune modifiche nel sistema risarcitorio dell'art. 139 del d.lgs n. 209 del 2005. Il comma 3-ter dispone che al comma 2 dell'art. 139 cit. sia aggiunto, in fine, il seguente periodo: "In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente". Il comma 3-quater aggiunge che "il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'art. 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005 n. 209, è risarcito solo a seguito di riscontro medico-legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione". E va aggiunto che l'art. 1, comma 19, della legge 4 agosto 2017, n. 124, ha ulteriormente riscritto il testo dell'art. 139 cit. aggiungendo un espresso richiamo alle cicatrici ed al dan-

no visivamente riscontrabile. Contestualmente, l'art. 1, comma 30, lettera b), della legge n. 124 del 2017 ha abrogato il comma 3-quater del d.l. n. 1 del 2012.

In quegli anni, molto si è discusso e dibattuto in ambito medico-legale su tale importante questione relativa alle c.d. micropermanenti. Giovanni Cannavò e Marco Rossetti furono i curatori di un interessante Volume¹ che affrontava a 360 gradi l'interessante problematica. Basti qui ricordare alcuni degli argomenti trattati: Le criticità del sistema risarcitorio italiano nei danni alla persona di lieve entità (Cannavò-Orrico); Medicina assicurativa e linee guida operative per la redazione della consulenza medico-legale (Cannavò-Luchini-Orrico); La questione delle micropermanenti in ambito giuridico (Franzoni); La valutazione del nesso di causa in medicina legale (Mastroberto); Il trauma distorsivo cervicale (Cannavò-Orrico); Le micropermanenti nella legislazione e nella giurisprudenza (Rossetti-Peccenini-Hazan). Non poteva mancare, ovviamente, un intero capitolo dedicato al "ruolo degli esami strumentali radiologici nella valutazione del danno da menomazione di lieve entità", dove l'autore, Mauro Gallazzi, riporta con estrema precisione il ruolo della radiologia tradizionale, della tomografia computerizzata, della risonanza magnetica e dell'ecografia nella diagnostica delle lesioni capsu-

¹ Micropermanenti: dalla soggettività all'obiettività. Linee guida per una corretta valutazione medico-legale e giuridica del danno alla persona, Il Sole 24ORE, 2011.

lo-legamentose e cartilaginee. Nel maggio 2012 l'Associazione Melchiorre Gioia presentava il XXI congresso medico giuridico nazionale dal titolo "Uti, non abuti. Una tabella unica per l'equità dei risarcimenti a tutela dei danni obiettivamente", dedicando una intera sessione al micro danno². Ed anche nel Convegno "Danno alla persona: la sfida del risarcimento integrale" tenutosi il 19 novembre 2012 presso la sede della Scuola Superiore S. Anna di Pisa, si discusse della questione e chi scrive fu relatore con il titolo "Parità di trattamento, discriminazione e liquidazione del danno (alla ricerca di un parametro per l'equità)".

Dunque, molto si discusse nel passato, ed ora la recentissima sentenza della Corte di Cassazione, sembra avere chiuso il cerchio, dando le definitive direttive e il riconoscimento del ruolo al Medico legale, nel suo esame obiettivo, non gerarchicamente subordinato all'esame strumentale.

Sul punto la Cassazione precisa che "ad impedire il risarcimento del danno alla salute con esiti micropermanenti, dunque, non è di per sé l'assenza di riscontri diagnostici strumentali, ma piuttosto l'assenza di una ragionevole inferenza logica della sua esistenza stessa, che ben può essere compiuta sulla base di *qualsivoglia elemento probatorio od anche indiziario*, purché in quest'ultimo caso munito dei requisiti di cui all'art. 2729 c.c.". La normativa, dunque, valorizza (e, al contempo, grava di maggiore responsabilità) il ruolo del Medico legale, imponendo a quest'ultimo la corretta e rigorosa applicazione di tutti i criteri medico-legali di valutazione e stima del danno alla persona. Pertanto, sarà risarcibile anche il danno i cui postumi non siano "visibili", ovvero non siano suscettibili di accertamenti strumentali, a condizione che l'esistenza di esso possa affermarsi sulla base di una ineccepibile e scientificamente inappuntabile criteriologia medico-legale. Quindi, il danno alla salute per lesioni di lieve entità può essere liquidato anche senza accertamenti strumentali. I criteri stabiliti dalla legge per individuare l'esistenza di un

pregiudizio, infatti, sono fungibili e alternativi tra loro e non cumulativi. Ne consegue che: l'accertamento del danno alla persona non può che avvenire con i criteri medico-legali fissati da una secolare tradizione e, dunque, tenendo conto del criterio visivo, dell'esame clinico e di quello strumentale; l'esame medico-legale non è subordinato gerarchicamente all'esame strumentale; l'accertamento clinico-strumentale obiettivo non potrà in ogni caso ritenersi l'unico mezzo probatorio che consenta di riconoscere tale lesione a fini risarcitori, a meno che non si tratti di una patologia, difficilmente verificabile sulla base della sola visita del medico legale, che sia suscettibile di riscontro oggettivo soltanto attraverso l'esame clinico strumentale; i commi 3 ter e 3 quater, dell'art. 32 d.l. 1/2012, sono norme non diverse tra loro, che dettano identici precetti: tutte e due le norme non fanno che ribadire il principio già emerso dal diritto vivente, secondo cui il danno biologico è solo quello suscettibile di accertamento medico-legale; le due norme vanno dunque intese nel senso che l'accertamento del danno non può che avvenire con i consueti criteri medico legali: l'esame obiettivo (criterio visivo); l'esame clinico; gli esami strumentali; tali criteri inoltre non sono gerarchicamente ordinati tra loro, né unitariamente intesi, ma da utilizzarsi secondo le *leges artis*, siccome conducenti ad una obiettività dell'accertamento stesso, che riguardi sia le lesioni, che i relativi postumi (se esistenti); il danno permanente alla salute è provato anche in via presuntiva, se ricorrono indizi gravi, precisi e concordanti della sua esistenza e della genesi causale.

In conclusione, in materia di risarcimento del danno da c.d. micro-permanente, l'accertamento della lesione temporanea o permanente dell'integrità psico-fisica deve avvenire mediante rigorosi ed oggettivi criteri prudentemente utilizzati dal Medico legale secondo le *leges artis*. Pertanto, sarà risarcibile anche il danno da micro-permanente, i cui postumi non siano suscettibili di accertamenti strumentali, a condizione che l'esistenza di detti postumi possa affermarsi sulla base di una ineccepibile e scientificamente inappuntabile criteriologia medico-legale.

² Per una più precisa valutazione del processo dialettico di quegli anni sul tema in esame, si invita alla diretta consultazione del Volume di Cannavò e Rossetti, e agli atti del XXI Congresso pisano.

FATTI DI CAUSA

1. B.D. ricorre avverso la sentenza n. 245/2019 del Tribunale di Bologna, che, rigettando il suo appello, ha confermato la sentenza n. 576/2017 del Giudice di Pace di Bologna.

2. In data 20 dicembre 2013 nel Comune di Zola Predosa si è verificato un sinistro tra il veicolo Fiat Doblò, guidato da C.A. ed assicurato r.c.a. (...), ed il veicolo Renault Trafic, di proprietà della ditta B.M., condotto dal dipendente B.D..

A seguito del sinistro B.D. veniva trasportato con ambulanza presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale (...), dove gli venivano diagnosticati "Trauma cranico non commotivo. Distrazione cervicale. Trauma policoncusivo", la cui evoluzione e i cui postumi sono stati poi valutati da Medico legale, che ha accertato esserne derivati danni biologici, temporanei e permanenti. La ditta B.M., invece, subiva danni patrimoniali.

B.D. e la ditta B.M. si avvalevano, per l'instaurazione e l'esperimento della trattativa D.Lgs. n. 209 del 2005, ex art. 148 volta ad ottenere il risarcimento dei danni rispettivamente subiti, dell'assistenza professionale stragiudiziale dello Studio(...), alla quale successivamente corrispondevano il richiesto compenso, determinato come per prassi nella misura del 10% (oltre iva) dell'ammontare delle definitive offerte risarcitorie assicurative rispettivamente ottenute. Tuttavia, successivamente, ritenendo non soddisfattive le offerte risarcitorie assicurative stragiudiziali ottenute, convenivano davanti al Giudice di Pace C.A. e la di lui compagnia assicurativa (...), chiedendo la condanna al residuo risarcimento dei danni, patrimoniali e non, conseguenti al sinistro.

Nella contumacia del convenuto C., si costituiva in giudizio la (...) che non contestava l'esclusiva responsabilità del suo assicurato nella causazione del sinistro, ma eccepiva la congruità e soddisfattività delle offerte risarcitorie assicurative corrisposte *ante causam*.

La causa veniva istruita mediante acquisizione della documentazione prodotta dalle parti e mediante c.t.u. medico-legale, dalla quale risultava che B.D., in conseguenza del sinistro, aveva riportato "un trauma diretto policoncusivo (del cranio, della spalla sinistra e del rachide lombare) ed indiretto cervicale distorsi-

vo", dai quali, tenuto conto di una pregressa "discopatia degenerativo-regressiva cervicale e lombare" era derivato in particolare un danno biologico permanente, accertato clinicamente ed obiettivamente, ma non accertato e neppure accertabile strumentalmente, quantificato nella misura del 2,5%.

Quindi il Giudice di Pace, ritenendo non sussistente la prova di ulteriori danni rispetto alle somme già liquidate, rigettava le domande proposte da B.D. e dalla ditta B.M., che proponevano appello avverso la sentenza del giudice di primo grado davanti al Tribunale di Bologna. Nella dichiarata contumacia dell'appellato C., si costituiva in giudizio la compagnia, chiedendo la conferma della sentenza impugnata.

Il Tribunale di Bologna, con la sentenza 245/2019, respingeva l'appello, confermando integralmente la sentenza di primo grado.

3. Avverso la sentenza emessa dal Tribunale di Bologna, quale giudice di appello, proponeva ricorso B.D., articolando due motivi. Resisteva con controricorso la compagnia assicurativa (...). In vista dell'udienza camerale del 16 luglio 2021 il ricorrente depositava memoria con la quale, nel riportarsi al ricorso quanto al secondo motivo, illustrava ulteriormente le argomentazioni poste a fondamento del primo motivo. Il Collegio, ritenendo di rilevanza nomofilattica la questione della risarcibilità della lesione permanente di lieve entità in difetto di accertamento medico strumentale, rimetteva la causa alla pubblica udienza.

4. In vista dell'odierna udienza il Procuratore Generale ha depositato conclusioni sul primo motivo, chiedendone l'accoglimento; mentre il Difensore della compagnia resistente ha depositato memoria, insistendo nel rigetto del ricorso.

RAGIONI DELLA DECISIONE

1. B.D. censura la sentenza impugnata per due motivi.

1.1. Con il primo denuncia violazione o falsa applicazione del D.Lgs. n. 209 del 2005, art. 139, comma 2 come modificato dalla L. n. 27 del 2012, art. 32, comma 3 ter ed innovato dalla L. n. 124 del 2017, art. 1, comma 19 nella parte in cui il Tribunale di Bologna ha ritenuto il difetto di accertamento strumentale della le-

sione permanente di lieve entità di per sé sufficiente ad escludere la risarcibilità del danno biologico permanente accertato dalla c.t.u. medico-legale. Osserva che, secondo la lettura della norma data dal giudice di appello felsineo, il danno biologico da lesione permanente di lieve entità è risarcibile solo e soltanto qualora detta lesione emerga, direttamente ed univocamente, da un accertamento medico-strumentale. Rileva che, proprio sulla base di detta lettura della norma, poiché nel caso di specie l'accertamento era stato soltanto visivo clinico (e non strumentale), la sua domanda risarcitoria era stata respinta. Sostiene che, contrariamente a quanto ritenuto dal Tribunale di Bologna, il danno biologico permanente, derivante la lesione di lieve entità, per il suo risarcimento, non richiede necessariamente un accertamento medico-strumentale obiettivo, potendo risultare sufficiente che esso sia stato oggettivamente percepito dal Medico-legale in sede di visita medica (cioè di esame obiettivo/visivo), come per l'appunto era avvenuto nel suo caso.

1.2. Con il secondo motivo denuncia la nullità della sentenza e del procedimento per violazione dell'art. 132 c.p.c., comma 2, n. 4 e art. 115 c.p.c., nonché la violazione dell'art. 1227 c.c. nella parte in cui il Tribunale di Bologna ha ritenuto che la spesa, da lui sostenuta per avvalersi di assistenza professionale nella trattativa risarcitoria stragiudiziale con la compagnia assicurativa, non era risarcibile. Tanto affermando il giudice d'appello è incorso in errore: sia perché ha riproposto la motivazione espressa dal giudice di primo grado, senza tener conto dei motivi di appello che erano stati da lui formulati; sia perché ha riferito a lui offerta risarcitoria assicurativa, che invece si riferiva alla ditta B.; sia perché ha argomentato sui tempi ridotti dell'avvenuto risarcimento da parte della compagnia, dell'importo già corrisposto e dell'infondatezza della pretesa risarcitoria.

2. Il primo motivo è fondato

2.1. Del d.l. n. 1 del 2012, art. 32, i commi 3-ter e 3-quater inseriti entrambi dalla l. n. 27 del 2012, di conversione del d.l. stesso, hanno introdotto alcune modifiche nel sistema risarcitorio del d.lgs. n. 209 del 2005, art. 139. In particolare, dell'art. 139 cit., il comma 3-ter

dispone che al comma 2 sia aggiunto, in fine, il seguente periodo: "In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente". Il comma 3-quater aggiunge che "il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui al d.lgs. 7 settembre 2005, n. 209, art. 139 è risarcito solo a seguito di riscontro medico-legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione".

La L. 4 agosto 2017, n. 124, art. 1, comma 19 ha ulteriormente riscritto il testo dell'art. 139 cit. aggiungendo un espresso richiamo, peraltro influente ai fini del ricorso qui in esame, alle cicatrici ed al danno visivamente riscontrabile. Contestualmente, la L. n. 124 del 2017, art. 1, comma 30, lett. b), ha abrogato del D.L. n. 1 del 2012, il comma 3-quater.

2.2. Sull'interpretazione da attribuire alle disposizioni ora richiamate questa Corte ha già avuto occasione di pronunciarsi. La normativa introdotta nel 2012 ha come obiettivo quello di sollecitare tutti gli operatori del settore (magistrati, avvocati e consulenti tecnici) ad un rigoroso accertamento dell'effettiva esistenza delle patologie di modesta entità, cioè quelle che si individuano per gli esiti permanenti contenuti entro la soglia del 9 per cento. Il legislatore, cioè, ha voluto dettare una norma che, in considerazione dei possibili margini di aggravamento della prova rigorosa dell'effettiva sussistenza della lesione, imponga viceversa una prova sicura.

Ciò è del tutto ragionevole se si riflette sul fatto che le richieste di risarcimento per lesioni di lieve entità sono, ai fini statistici (che, come è noto, assumono grande rilevanza per la gestione del sistema assicurativo), le più numerose; ragion per cui dette richieste, nonostante il loro modesto contenuto economico, comportano comunque ingenti costi collettivi.

D'altronde, anche la Corte costituzionale, tornando ad occuparsi della materia, dopo la sentenza n. 235 del 2014, con l'ordinanza n. 242 del 2015, ha avuto modo di chiarire che il senso della normativa del 2012 è quello di impedire che l'accertamento diagnostico riondi in una "discrezionalità eccessiva, con

rischio di estensione a postumi invalidanti inesistenti o enfatizzati”, anche in considerazione dell’interesse “generale e sociale degli assicurati ad avere un livello accettabile e sostenibile dei premi assicurativi”. Il che conferma l’esigenza economica di un equilibrio tra i premi incassati e le prestazioni che le società di assicurazione devono erogare. E, ancora più di recente, la Consulta (cfr. sent. 98/2019) ha avuto modo di precisare che, “attualmente, nell’art. 139 occorre distinguere tra lesioni micropermanenti di incerta accertabilità, il cui danno non patrimoniale non è risarcibile (come danno assicurato) e lesioni micropermanenti che invece sono ritenute (...) adeguatamente comprovate e quindi tali da escludere plausibilmente il rischio che esse siano simulate”. Nella suddetta prospettiva, questa Corte di legittimità ha già avuto modo di chiarire che i criteri di accertamento del danno biologico, evocati dalla normativa vigente, stanno complessivamente a significare la necessità di condurre a una obiettività dell’accertamento medico-legale che riguardi le lesioni ed i relativi postumi (sent. n. 18773/2016). Ed ha precisato (sent. n. 1272/2018; ord. nn. 22066/2018, 5820/2019 e 11218/2019) che le modifiche legislative del 2012 hanno assunto come obiettivo quello di rimarcare l’imprescindibilità di un rigoroso accertamento dell’effettiva esistenza di dette patologie, anche quando normativamente di modesta entità, e cioè con esiti permanenti contenuti entro la soglia invalidante del 9 per cento.

2.3. Ciò posto, dando continuità alla giurisprudenza di legittimità sopra richiamata, il rigore – che il legislatore ha dimostrato di esigere e che, peraltro, deve caratterizzare ogni tipo di accertamento in tale materia – non può essere inteso nel senso che la prova della lesione debba essere fornita, nel caso di microlesioni, sempre e comunque con l’accertamento clinico strumentale (radiografie, TAC, risonanze magnetica, ecc.). Infatti, è sempre e soltanto l’accertamento medico-legale, che sia svolto in conformità alle *leges artis*, a stabilire se la lesione sussista e quale percentuale sia ad essa ricollegabile (ord. n. 7753/2020). E l’accertamento medico legale non può essere imbrigliato con un vincolo

probatorio che, ove effettivamente fosse posto per legge, condurrebbe a dubbi non manifestamente infondati di legittimità costituzionale, posto che il diritto alla salute è un diritto fondamentale garantito dalla Costituzione e che la limitazione della prova della lesione del medesimo deve essere conforme a criteri di ragionevolezza, anche nei casi di danni anatomici non accertabili strumentalmente (quali fratture, lussazioni, lesioni legamentose, ecc.). Pertanto, il rigore, che il legislatore ha dimostrato di esigere, va inteso nel senso che – fermo restando un accertamento rigoroso in rapporto ad ogni singola patologia e ferma restando l’irrilevanza della mera sintomatologia soggettiva riferita dal danneggiato – accanto a situazioni nelle quali, data la natura della patologia e la modestia della lesione, l’accertamento strumentale risulta, in concreto, l’unico in grado di fornire la prova rigorosa che la legge richiede, ve ne possano essere altre nelle quali, al contrario, sempre data la natura della patologia e la modestia della lesione, è possibile pervenire ad una diagnosi attendibile anche senza ricorrere a tali accertamenti, tenuto conto del ruolo insostituibile della visita medico-legale e dell’esperienza clinica dello specialista, sulla cui base dovranno essere rassegnate al giudice conclusioni scientificamente documentate e giuridicamente ineccepibili.

In definitiva, l’accertamento del danno alla persona deve essere sì condotto secondo una rigorosa criteriologia medico-legale, ma nell’ambito di detta criteriologia, anche nel caso di micro permanenti, sono ammissibili anche fonti di prova diverse dai referti di esami strumentali. Gli esami strumentali, infatti, non sono l’unico mezzo utilizzabile, ma si pongono in una posizione di fungibilità ed alternatività rispetto all’esame obiettivo (criterio visivo) e all’esame clinico, demandato al Medico legale. I criteri scientifici di accertamento e di valutazione del danno biologico tipici della medicina legale (e cioè il criterio visivo, il criterio clinico ed il criterio strumentale), invero, non sono tra di loro gerarchicamente ordinati e neppure vanno unitariamente intesi, ma vanno utilizzati dal Medico legale, secondo le *legis artis*, nella prospettiva

di una “obiettività” dell’accertamento, che riguardi sia le lesioni che i relativi eventuali postumi.

Ad impedire il risarcimento del danno alla salute con esiti micropermanenti, dunque, non è di per sé l’assenza di riscontri diagnostici strumentali, ma piuttosto l’assenza di una ragionevole inferenza logica della sua esistenza stessa, che ben può essere compiuta sulla base di qualsivoglia elemento probatorio od anche indiziario, purché in quest’ultimo caso munito dei requisiti di cui all’art. 2729 c.c. La nuova normativa, dunque, valorizza (e, al contempo, grava di maggiore responsabilità) il ruolo del Medico legale, imponendo a quest’ultimo la corretta e rigorosa applicazione di tutti i criteri medico legali di valutazione e stima del danno alla persona. Pertanto, sarà risarcibile anche il danno i cui postumi non siano “visibili”, ovvero non siano suscettibili di accertamenti strumentali, a condizione che l’esistenza di essa possa affermarsi sulla base di una ineccepibile e scientificamente inappuntabile criteriologia medico legale. Tale conclusione, peraltro, si pone in perfetta linea con la constatazione – di recente formulata dalle Sezioni Unite di questa Corte (cfr. sent. n. 3086/2022, p. 20 e ss.) – “che nel passaggio dal codice di procedura civile del 1865 al codice vigente l’istituto peritale è fatto oggetto, nel rinnovato assetto valoriale che ha posto il giudice al centro dell’ordinamento processuale, di un profondo ripensamento che, ben più di quanto non rendano percepibile l’assunzione di una nuova denominazione e la nuova collocazione nella topografia del codice, ne ha mutato alla radice la natura in nome di una diversa concezione del ruolo che – già in allora, ma tanto più oggi di fronte alla preponderante lievitazione del contenzioso ad alto tasso di specialità – l’apporto del sapere tecnico gioca nella risoluzione delle controversie civili”.

2.4. Ai criteri sopra indicati non si è attenuto il Tribunale di Bologna nel caso di specie, nel quale la c.t.u. medico-legale, incaricata nel corso del giudizio di primo grado, come riferito in ricorso, a seguito di esame dell’acquisita documentazione medica (comprensiva di referti medici attestanti una, pur aspecifica, ret-

tilineizzazione del rachide cervicale e lombare) e di sottoposizione dell’infortunato a visita medico legale, ha ritenuto che:

– B.D. ha riportato un trauma indiretto distortivo del rachide cervicale ed un trauma diretto contusivo del rachide lombosacrale;
– da detti traumi sono originati effetti lesivi e menomativi, che, “pur non dimostrati con diagnostica strumentale radio e tomografica, lo sono stati incontestabilmente sull’obiettivo piano clinico con referto di persistente contrattura mialgica evoluta in cervicalgia cronica, anche per la situazione discopatica cervico-lombare quale concausa di lesione e di menomazione”: detti effetti, pur essendo “stati accertati solo clinicamente, in quanto derivanti da una lesione iniziale non accertata né accertabile strumentalmente della l. n. 27 del 2012, ex art. 32, commi ter e quater” sono “non di meno obiettivamente rilevanti ai fini del danno valutabile medicolegalmente”:

– “gli attesi reliquati permanenti invalidanti di natura meramente soggettiva disfunzionale cervico-lombalgica, come tali clinicamente documentati, ma non strumentalmente accertati, né accertabili” integrano un danno biologico permanente, quantificato secondo i vigenti parametri valutativi nella misura del 2,5%.

Occorre aggiungere che nel caso di specie, come rilevato in ricorso, la lesione psico-fisica permanente ed il correlato danno biologico permanente devono essere stati accertati dal Medico legale incaricato secondo *lege artis*. Tanto si desume non soltanto dal fatto detto accertamento non ha formato oggetto di contestazione da parte dei consulenti tecnici di parte e neppure richiesta di chiarimento da parte dei due giudici di merito ma anche dal fatto che lo stesso Tribunale, nella impugnata sentenza, ha avuto modo di rilevare che: a) la c.t.u. medico-legale ha prospettato una “argomentazione esaustiva, dalla quale non vi è motivo di discostarsi”; b) nell’elaborato peritale è precisato “in particolare che la lesività è stata (...) rilevata clinicamente (da specialisti Ospedalieri ed ambulatori privati)”.

In definitiva, la sentenza impugnata va cassata nel punto in cui, richiamando il consolidato orientamento di quell’Ufficio giudiziario, ha

affermato (pp. 2-3) che “le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non possano dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente” e che “il danno alla persona per lieve entità sia risarcito soltanto a seguito di riscontro medico legale, da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l’esistenza della lesione”.

Tale valutazione, infatti, ha violato l’art. 139 c.d.a., perché il Giudice di appello ha escluso la risarcibilità del danno biologico permanente, nonostante che il c.t.u. – “con argomentazione esaustiva, dalla quale non vi è motivo di discostarsi” – sulla base dell’esame dei certificati/referti medici in atti, di quanto emerso in sede di esame obiettivo/visivo, aveva precisato che la lesività conseguente al trauma di cui si discute (trauma diretto policontusivo del cranio, della spalla sinistra e del rachide lombare ed indiretto cervicale distorsivo) era stata rilevata clinicamente (da Specialisti Ospedalieri ed ambulatori privati) ed aveva quantificato il danno biologico permanente nella percentuale del 2,5%. Ha quindi errato il Tribunale nel subordinare la risarcibilità del danno di lieve entità al suo accertamento tramite criteri di tipo strumentale, svilendo in tal modo l’accertamento svolto dalla c.t.u. e ponendo a carico dell’infortunato un onere probatorio non necessario.

3. Anche il secondo motivo è fondato

3.1. Secondo consolidata giurisprudenza di questa Corte, le spese per consulenza medico-legale stragiudiziale di parte ex art. 148 c.d.a. hanno natura di danno emergente, natura, quindi, intrinsecamente differente rispetto alle spese processuali vere e proprie, con la conseguenza che la loro liquidazione è soggetta ai normali oneri di domanda, allegazione e prova secondo le ordinarie scansioni processuali (arg. ex Sez. Un. 16990/2017; ord. nn. 2644/2018, 24481/2020, in tema di spese relative ad attività legale stragiudiziale, nonché sent. n. 997/2010 e ord. n. 14444/2021, in tema di spese per attività stragiudiziale svolta da uno studio di assistenza infortunistica stradale in funzione della successiva causa risarcitoria).

È stato altresì precisato che l’assistenza stragiudiziale (e, quindi, la corrispondente spesa)

può ritenersi necessaria/giustificata/utile in funzione dell’esercizio stragiudiziale del diritto al risarcimento (cfr. in particolare la sentenza n. 16990/2017 delle Sezioni Unite) secondo una valutazione *ex ante* (rapportata alla presumibile esperienza e/o conoscenza tecnica e legale del danneggiato e non a quella qualificata del professionista), che tenga conto della particolarità del caso concreto.

3.2. Ciò posto, nel caso di specie, il giudice di primo grado aveva ritenuto “le asserite spese di assistenza stragiudiziale”, quantificate in fattura in Euro 350, non compatibili “con i tempi ridotti dell’avvenuto risarcimento da parte della compagnia” (affermazione questa che aveva formato oggetto di doglianza nel secondo motivo dell’atto di appello). L’odierno ricorrente, in sede di appello, aveva lamentato l’irrelevanza *ex se* de “i tempi ridotti dall’avvenuto risarcimento da parte della compagnia” ai fini della risarcibilità del danno patrimoniale integrato dalla spesa sopportata dal danneggiato per avvalersi di assistenza professionale stragiudiziale nella procedura ex art. 148 c.d.a., ma il Tribunale di Bologna, nella impugnata sentenza, pur correttamente qualificando la relativa voce come danno emergente, ha ritenuto non dovute “le spese sostenute per avvalersi dell’assistenza stragiudiziale nella trattativa risarcitoria con la compagnia assicuratrice”, sostenute dal dipendente B., “tenuto conto dei tempi ridotti dell’avvenuto risarcimento da parte di (...) Assicurazioni spa, dell’importo già da questa corrisposto a titolo di patrocinio,(...) e dell’infondatezza delle pretese azionate in giudizio”, e cioè argomentando su circostanze che non costituiscono criteri rilevanti ai fini della valutazione della concreta evitabilità dell’assistenza professionale stragiudiziale e della corrispondente spesa.

Detta motivazione, dunque, contrasta: sia con l’art. 132 c.p.c., comma 2, n. 4, essendo nulla la motivazione della sentenza di appello, che riproponga l’argomentazione svolta dal giudice di primo grado, senza alcun esame critico della stessa in base ai motivi di gravame; sia con l’art. 1227 c.c., comma 2, essendo risarcibile la spesa sostenuta dal danneggiato per avvalersi di assistenza pro-

fessionale nella trattativa risarcitoria stragiudiziale con la compagnia assicuratrice ogni qualvolta il ricorso ad essa possa ritenersi inevitabile, necessario o anche semplicemente utile in funzione dell'esercizio stragiudiziale del diritto al risarcimento. Il tutto secondo una valutazione *ex ante* avuto riguardo a quello che poteva ragionevolmente presumersi essere l'esito del futuro giudizio.

4. Per le ragioni che precedono, in accoglimento del ricorso, la sentenza impugnata va cassata in relazione alle censure accolte e la causa va rinviata al Tribunale di Bologna, in persona di diverso magistrato, il quale in particolare deciderà attenendosi ai seguenti principi di diritto:

“In materia di risarcimento del danno da c.d. micro-permanente, il D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, art. 139, comma 2, nel testo modificato dal D.L. 24 gennaio 2012, n. 1, art. 32, comma 3 – ter, inserito dalla legge di conversione L. 24 marzo 2012, n. 27, va interpretato nel senso che l'accertamento della sussistenza della lesione temporanea o permanente dell'integrità psico-fisica deve avvenire con rigorosi ed oggettivi criteri medico-legali; tuttavia l'accertamento clinico strumentale obiettivo non potrà in ogni caso ritenersi l'unico mezzo probatorio che consenta di riconoscere tale lesione a fini risarcitori, a meno che non si tratti di una patologia, difficilmente verificabile sulla base della sola visita del medico legale, che sia suscettibile di riscontro oggettivo soltanto attraverso l'esame clinico strumentale”;

“Il D.Lgs. n. 209 del 2005, art. 139, come modificato dalla L. n. 27 del 2012 e dalla L. n. 124 del 2017, valorizza (e, al contempo, grava di maggiore responsabilità) il ruolo del medico legale, imponendo a quest'ultimo la corretta e rigorosa applicazione di tutti i criteri medico-legali di valutazione e stima del danno alla persona (e cioè il criterio visivo, il criterio clinico ed il criterio strumentale): tali criteri non sono tra di loro gerarchicamente ordinati e neppure vanno unitariamente intesi, ma vanno tutti prudentemente utilizzati dal medico legale, secondo le *legis artis*, nella prospettiva dell'“obiettività” del complessivo accertamento, che riguardi sia le lesioni che i relativi eventuali postumi. Pertanto, sarà risarcibile

anche il danno da micropermanente, i cui postumi non siano suscettibili di accertamenti strumentali, a condizione che l'esistenza di detti postumi possa affermarsi sulla base di una ineccepibile e scientificamente inappuntabile criteriologia medico-legale”;

“In tema di responsabilità civile da circolazione, le spese sostenute dal danneggiato per l'attività stragiudiziale svolta in suo favore da una società infortunistica, diretta sia a prevenire il processo sia ad assicurarne un esito favorevole, ancorché detta attività possa essere svolta personalmente, costituiscono un danno emergente, che, se allegato e provato, deve essere risarcito ai sensi dell'art. 1223 c.c. L'utilità di dette spese, in funzione della possibilità di porle a carico del danneggiante, anche in caso di danno da micropermanente, dev'essere valutata *ex ante*, con specifico riferimento alle circostanze del singolo caso concreto (tra esse compresa il grado di esperienza e di conoscenza tecnico-legale dell'interessato), avuto riguardo a quello che poteva ragionevolmente presumersi essere l'esito del futuro giudizio”.

Al giudice di rinvio è demandato anche il compito di liquidare le spese del presente giudizio di cassazione.

Stante l'accoglimento del ricorso, non sussistono i presupposti processuali per il versamento, da parte del ricorrente, ai sensi del D.P.R. 30 maggio 2002, n. 115, art. 13, comma 1-quater, nel testo introdotto dalla L. 24 dicembre 2012, n. 228, art. 1, comma 17, di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato, in misura pari a quello eventualmente dovuto per il ricorso, a norma dello stesso art. 13, comma 1-bis.

P.Q.M.

La Corte:

accoglie il ricorso, e, per l'effetto: cassa la sentenza impugnata in relazione alle censure accolte e rinvia la causa, anche per le spese del presente giudizio di legittimità, al Tribunale di Bologna in persona di diverso magistrato.

Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio della Terza Sezione Civile, il 11 novembre 2022.

Depositato in Cancelleria il 22 dicembre 2022.



CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio
a Bologna e provincia



Per le radiografie è obbligatoria la prescrizione del medico

**SEMPLICE
E VELOCE
SENZA LISTA
D'ATTESA**

SCEGLI IL GIORNO
E IL LUOGO PER
IL TUO ESAME.
AL RESTO CI
PENSIAMO NOI

INFO E PRENOTAZIONI

Prenota on-line sul sito
clinicadomicilio.it o chiama
il numero 800100670 oppure scrivi a
info@clinicadomicilio.it
Tutti i giorni, festivi compresi,
dalle 8:00 alle 22:00.

Il servizio è attivabile su tutta
la provincia di Bologna.

REFERTO GARANTITO IN SOLE 24 ORE

NUMERO VERDE - 800100670



800100670



clinicadomicilio.it



clinica domicilio

CONSORZIATA



CERTIFICATA



Aut.San. PG.N. 25139/2017

THE ALMA MATER STUDIORUM/LUSTGARTEN FOUNDATION LECTURE - IRCCS POLICLINICO DI SANT'ORSOLA, BOLOGNA - PANCREATIC CANCER: THE COMMITMENT OF BREAKTHROUGH SCIENCE FOR A BETTER PROGNOSIS

Bologna, IRCCS Policlinico di Sant'Orsola - April 3, 2023

16:00 WELCOME MESSAGE

Dr. Chiara Gibertoni

General Director IRCCS Policlinico di Sant'Orsola, Bologna

Prof. Alberto Credi

Deputy Rector Alma Mater Studiorum University of Bologna

Prof. Francesco Saverio Violante

Professor of Occupational Medicine and Director of DIMEC Alma Mater Studiorum University of Bologna

16:10 INTRODUCTION TO THE LECTURE

Prof. Riccardo Casadei

Professor of General Surgery IRCCS Policlinico di Sant'Orsola, Bologna

Dr. Mariacristina Di Marco

Medical Doctor of Medical Oncology DIMES Alma Mater Studiorum University of Bologna

Prof. Giovanni Brandi

Professor of Medical Oncology Alma Mater Studiorum University of Bologna

16:30 PRESENTATION OF THE LECTURE

Dr. Paolo Rossi Barnard

Italian Journalist, Bologna

GENE/IMMUNOTHERAPY FOR PANCREATIC CANCER: STATE OF THE ART AND THE HOPES FOR CUTTING-EDGE IMPROVEMENTS IN THE FUTURE

Prof. Elizabeth M. Jaffee

Professor of Oncology, Immunology, Pathology, and Cellular and Molecular Medicine Johns Hopkins Hospital, Baltimore USA

17:15 QUESTIONS AND DISCUSSION

17:45 TAKEAWAYS: MEETING PATIENTS' ASSOCIATION AND THE PRESS

Prof. Elizabeth M. Jaffee

Professor of Oncology, Immunology, Pathology, and Cellular and Molecular Medicine Johns Hopkins Hospital, Baltimore USA

Moderator Dr. Paolo Rossi Barnard

Italian Journalist, Bologna

INFORMAZIONI GENERALI

SEDE

IRCCS Policlinico di Sant'Orsola Aula Magna "I Maestri" Pad. 23 piano 1

Via Giuseppe Massarenti, 9 - Bologna

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

Questo evento formativo si terrà esclusivamente in forma residenziale

ISCRIZIONI

L'iscrizione al corso è gratuita, potrà avvenire esclusivamente attraverso procedura online sul nostro sito: www.mitcongressi.it

NON SARÀ GARANTITA LA POSSIBILITÀ DI ISCRIVERSI PRESSO LA SEDE CONGRESSUALE

**Corso di aggiornamento in ORTOPE-
DIA e TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA -
Prima edizione 2023**

**Sala Marchetti
Centro di Ricerca Codivilla-Putti
dell'Istituto Ortopedico Rizzoli
Via di Barbiano 1/10, Bologna**

13 Aprile
PIEDE E CAVIGLIA

27 Aprile
IL GINOCCHIO E L'ARTO INFERIORE

11 Maggio
L'ANCA PEDIATRICA

25 Maggio
ARTO SUPERIORE

15 Giugno
COLLO, SCHIENA, TORACE

22 Giugno
PRINCIPI DI NEURO-ORTOPEDIA

6 Luglio
CENNI SULLE
MALATTIE RARE SCHELETRICHE

OBIETTIVO

Trasmettere e diffondere la cultura per l'inquadramento e la gestione del paziente pediatrico con malattie, disturbi e anomalie di formazione e sviluppo dell'apparato muscolo-scheletrico.

Il corso permette di acquisire competenze specifiche riguardanti lo sviluppo dell'apparato muscoloscheletrico durante l'infanzia, l'esame clinico-strumentale ortopedico del paziente pediatrico, lo screening, la diagnosi precoce, l'inquadramento clinico ed il trattamento terapeutico dei principali disordini a carico dei vari segmenti osteoarticolari.

A CURA DI
Struttura Complessa di Ortopedia e
Traumatologia Pediatrica - Direttore:
Dott. Gino Rocca

SEGRETERIA SCIENTIFICA
Dott. Giovanni Trisolino
giovanni.trisolino@ior.it

SEDE DEL CORSO
Sala Marchetti
Centro di Ricerca Codivilla-Putti
dell'Istituto Ortopedico Rizzoli
Via di Barbiano 1/10, Bologna

DURATA COMPLESSIVA
30 ore suddivise in 7 giornate dalle
14,30 alle 18.30

ECM
Ottenuti 30.2 crediti ECM.
L'evento è stato accreditato n. 5798-
374902 per: Medico Chirurgo specializzato in Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Medicina Fisica e Riabilitativa; Infermiere; Infermiere Pediatrico; Fisioterapista; Tecnico Ortopedico.

ISCRIZIONI E INFORMAZIONI
Il corso è a numero chiuso (50 partecipanti) e si perfeziona iscrivendosi dal sito www.korilu.it nella pagina dedicata. La quota di iscrizione comprende tutti e 7 gli incontri:

- Euro 250.00 + IVA 22%
per tutte le figure professionali
- Euro 150.00 + IVA 22%
per il Medico Chirurgo Specializzando
- Gratuita per il Medico Chirurgo Specializzando UNIBO al 5° anno

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Korilù srl
via Belmeloro 5, 40126 Bologna
Tel. 051385328
[email: congressi@korilu.it](mailto:congressi@korilu.it)
www.korilu.it

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 2 febbraio 2023

CASSARINO VALENTINA	340/96.46.599	PLEBANI KEVIN	347/36.84.041
COLAJANNI ELENA	347/90.35.570	PUGLIESE MARIA TERESA	327/35.81.533
DALMONTE MARIA CRISTINA	334/80.07.117	RAVASIO RICCARDO	366/53.42.541
DI CASTRI VINCENZO	340/72.80.049	RUBINO SALVATORE	329/54.67.316
DOMENICALI FILIPPO	339/13.18.004	SPAGNUOLO ANTONIO	347/24.22.463
FAVUZZA ANNA MARIA IOLANDA	338/71.46.232	ZAVALLONI GIULIO	338/11.60.167
LAMANNA LORENZO	338/42.64.516	ZUCCARINO LEONARDO	327/20.56.074
OTHMAN HUSSEIN	388/87.75.355		

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
DI MARZIO GIULIA	Medicina Interna	339/30.12.847
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della mano	
SANTI MICHELA	Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
SILVESTRI LUCA	Cardiologia	349/61.39.480
	Otorinolaringoiatria	340/79.22.768

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

**Monitoraggio cardiorespiratorio
Studio apnee notturne e russamenti**

Tel. 051.338475

neurologia@villabaruzziana.it

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

Certificato



UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

VILLA BELLOMBRA RIABILITAZIONE ROBOTICA

Riabilitazione intensiva

con tecnologia
robotica

LOKOMAT PRO®

ARMEO POWER®

ARMEO SPRING®

per il recupero
degli arti inferiori
e superiori

Villa Bellombra
è consorziata e associata con:



VILLA BELLOMBRA
PRESIDIO OSPEDALIERO
ACCREDITATO

Via Casteldebole 10/7
40132 Bologna
tel 051.58.20.95
info@villabellombra.it
www.villabellombra.it

Seguici su facebook

Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Pedone
Specialista in Geriatria, Medicina Interna,
Cardiologia, Pneumologia e Dietologia



Certificato



UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

SANTA VIOLA PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

Ricoveri privati tempestivi
senza lista d'attesa

L'Ospedale Santa Viola
è consorziato e associato con:



Ricoveri ospedalieri

Post acuzie



Riabilitazione



Pazienti affetti
da disturbi della
coscienza



Ricerca
e formazione



SANTA VIOLA
Presidio Ospedaliero
Accreditato

via della Ferriera, 10,
Bologna 40133
t. 051 38 38 24
info@santaviola.it
www.santaviola.it

Seguici su facebook



Autor. Sanitaria N. PG 196321 del 14.05.2018

Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Pedone

Specialista in Geriatria, Medicina Interna,
Cardiologia, Pneumologia e Dietologia

RELAZIONE EVENTI FAD SULLA FASCIA

3 febbraio 2021 - 3 marzo 2021 - 7 aprile 2021

Fascial Manipulation Institute by Stecco ha organizzato per i giorni: 3 Febbraio 2021, 3 Marzo 2021, 7 Aprile 2021; tre incontri gratuiti riguardanti la fascia e i suoi aspetti fondamentali.

Gli argomenti discussi in questi tre incontri sono:

- La fascia corporis: implicazioni cliniche (03/02/2021);
- Cosa influisce il tessuto fasciale (03/03/2021);
- Fasce e dolore (07/04/2021).

Questi eventi sono stati pensati ed organizzati per permettere ai nostri interessati di rimanere informati ed approfondire eventuali concetti riguardanti la fascia e le novità proposte negli ultimi anni. Motivo per cui sono stati invitati professionisti, ricercatori e collaboratori fondamentali per la ricerca e per lo sviluppo di questa metodica. Abbiamo ottenuto un riscontro positivo riguardo l'interesse, ed altrettanto positivo riguardo l'organizzazione pratica degli eventi.

A livello pratico abbiamo utilizzato la piattaforma Clickmeeting per le dirette live nelle quali intervenivano i professionisti invitati, tramite Clickmeeting siamo stati in grado di catalogare gli accessi dei partecipanti, in modo tale da poter controllare eventuali uscite in anticipo e/o vere e proprie assenze.

Abbiamo inoltre utilizzato una piattaforma Moodle 3.0 (chiamata Stecco Learning Environment 3.0) nella quale sono stati inseriti tutti i partecipanti, all'interno delle pagine create (in relazione agli eventi FAD) sono presenti i Quiz da noi creati (per testare la comprensione del singolo), la registrazione dell'evento (qualora un partecipante non sia risultato sufficiente alla verifica Quiz, è giusto fornire ad esso gli strumenti ed il materiale per integrare eventuali lacune) e i feedback (utili a noi per capire come migliorare l'organizzazione degli eventi stessi).

Entrando più nello specifico, nel prossimo paragrafo specificheremo l'attenzione, la soddisfazione osservata nei partecipanti, evento per evento:

1) LA FASCIA CORPORIS: IMPLICAZIONI CLINICHE

In questo evento, tenutosi il giorno 3 Febbraio 2021 alle ore 19:00, gli ospiti invitati ad intervenire sono stati: Pepe Guglielmina, Stecco Carla, Pirri Carmelo e Pratelli Elisa. Abbiamo avuto un livello di soddisfazione generale molto alto; durante il webinar il 94% ha votato le "bene" o "molto bene" alla domanda: "Com'è andato questo webinar?". Abbiamo avuto 224 partecipanti iscritti e 128 certificati emessi. Come si può notare nelle statistiche registrate, abbiamo ricevuto complimenti anche nel riguardo di: qualità educativa, materiale di aggiornamento, qualità espositiva e chiarezza organizzativa.

2) COSA INFLUISCE IL TESSUTO FASCIALE

In questo evento, tenutosi il giorno 3 Marzo 2021 alle ore 19:00, gli ospiti invitati ad intervenire sono stati: Barsotti Nicola, Cultrera Pina, Fede Caterina e Stecco Antonio. Abbiamo avuto un livello di soddisfazione generale molto alto; durante il webinar il 96% ha votato le "bene" o "molto bene" alla domanda: "Com'è andato questo webinar?". Abbiamo avuto 181 partecipanti iscritti e 115 certificati emessi. Come si può notare nelle statistiche registrate, abbiamo ricevuto complimenti anche nel riguardo di: qualità educativa, materiale di aggiornamento, qualità espositiva, adeguatezza del materiale tecnico utilizzato ed infine chiarezza organizzativa.

3) FASCE E DOLORE

In questo evento, tenutosi il giorno 7 Aprile 2021 alle ore 19:00, gli ospiti invitati ad intervenire sono stati: Giordani Federico, Pasquetti Pietro, Stecco Carla e Stecco Antonio. Abbiamo avuto un livello di soddisfazione generale molto alto; durante il webinar il 96% ha votato le "bene" o "molto bene" alla domanda: "Com'è andato questo webinar?". Abbiamo avuto 180 partecipanti iscritti e solo 60 certificati emessi. Come si può notare nelle statistiche registrate, abbiamo ricevuto complimenti anche nel riguardo di: qualità educativa, materiale di aggiornamento, qualità espositiva, adeguatezza del materiale tecnico utilizzato ed infine chiarezza organizzativa.

PATOLOGIE CRONICHE E ARTROPATIE: PREVENZIONE E CORRETTI STILI DI VITA – LE NUOVE FRONTIERE DELLA MEDICINA INTEGRATA

15 aprile 2021

Si è tenuto in modalità virtuale l'evento formativo "PATOLOGIE CRONICHE E ARTROPATIE: PREVENZIONE E CORRETTI STILI DI VITA – Le nuove frontiere della medicina integrata" con il Patrocinio, della SINut, della Fondazione Carlo Rizzoli e dell'Ordine dei Medici della città di Bologna.

L'evento è stato proposto come prezioso strumento formativo teorico pratico che cambierà il razionale terapeutico dell'artrosi.

Si è discusso del moderno approccio alla **patologia degenerativa articolare** consistente nell'applicazione di comprovati razionali terapeutici provenienti da differenti aree scientifiche. Tra queste la **nutrizione** e l'**attività motoria** hanno acquisito sempre maggior considerazione da parte dei medici di famiglia, dei biologi nutrizionisti, degli specialisti del metabolismo, della medicina interna e delle malattie dell'apparato locomotore.

Al termine dell'evento è stato puntualizzato che solo una visione e una collaborazione interdisciplinare consentiranno la progettazione di interventi di reale prevenzione della patologia degenerativa articolare, comunemente conosciuta come **artrosi**, in larga diffusione e responsabile della riduzione della qualità della vita.

All'evento formativo hanno partecipato 100 operatori sanitari per le seguenti professioni/discipline:

- Biologi
- Dietisti
- Medici chirurghi per le seguenti discipline: Anestesia e rianimazione, Gastroenterologia, Medicina dello sport, Medicina fisica e riabilitazione, Medicina generale, Ortopedia e traumatologia, Scienza dell'alimentazione e dietetica.

* * *

CONVEGNO MEDINFORMA BOLOGNA - LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE IN AMBITO MEDICO - RIVENDICAZIONE GIUSTA E INGIUSTA RIVENDICAZIONE

29 ottobre 2022

Secondo un dossier Ania sulla responsabilità civile delle strutture sanitarie e dei medici, il numero dei contenziosi è in continua crescita, 30.000 ogni anno; 3 milioni 829 mila i casi pendenti nei tribunali. Gli esiti evidenziano che il 99% per cento dei medici sotto inchiesta (la cosiddetta 'malpractice medica') viene dichiarato innocente al termine delle indagini senza dover neppure affrontare un processo. È emerso inoltre negli anni un ampliamento delle fattispecie di danno e quindi del valore economico di questi procedimenti sia in ambito penale che civile, il che funge spesso da incentivo per intraprendere un'azione legale risarcitoria. L'esplosione del contenzioso ha costi sociali elevatissimi e distrae risorse economiche dalla vera assistenza.

Migliaia di medici in tutta Italia, nel timore di poter essere denunciati, applicano ormai di routine la cosiddetta 'medicina difensiva': sottoporre chiunque a tutti gli accertamenti diagnostici possibili, anche quando sono chiaramente inutili, con l'obiettivo di allontanare il rischio di possibili contenziosi legali per negligenza o superficialità. Ancor più clamoroso è l'abbandono degli ospedali da parte dei medici strutturati, soprattutto nei Pronto Soccorso, e spesso l'abbandono dell'Italia verso Paesi meno riottosi e più generosi economicamente. All'incontro hanno partecipato Domenico Vasapollo, medico legale; Luca Cimino, psichiatra e psicopatologo forense; Pietro Giampaolo e Giovanni Bellisario, consiglieri dell'Ordine degli Avvocati; Maurizio Maggiorotti, presidente nazionale dell'Associazione medici accusati di malpractice ingiustamente (Amami).

Conclusioni di Lucia Musti, Procuratrice Generale di Bologna.

RIUNIONE SIDELF - TRACCIABILITÀ DEGLI ATTI SANITARI IN DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA: LA REFERTAZIONE DERMOSCOPICA: ASPETTI CLINICI DIAGNOSTICI E MEDICO LEGALI

30 aprile 2022

In data 30 aprile 2022 nella splendida "location" sita nella Sala della Traslazione in Piazza San Domenico a Bologna si è tenuta la riunione SIDELF (Società Italiana di Dermatologia Legale) dal titolo "Tracciabilità degli atti Sanitari in dermatologia e Venereologia: la refertazione dermoscopia: aspetti clinici diagnostici e medico legali" riunione ECM riconosciuta, con il patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna. Presidente e responsabile organizzativo il Dr Piergiorgio Rocchi, con responsabili scientifici il Dr Valerio Cirfera (Presidente Sidelf) e il Dr Giancarlo Toma.

Dopo il saluto della Professoressa Bianca Maria Piraccini, Ordinario di clinica dermatologica IRCCS Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, che ha aperto i lavori e dopo breve introduzione sulle finalità della SIDELF, la riunione ha visto lo svolgersi di due sessioni, la prima di carattere specialistico dermatologico incentrata sulla refertazione e sull'esame dermoscopico, la seconda di carattere medico legale, con la conclusione rappresentata da un caso clinico dermo-oncologico, ed infine con la somministrazione ai partecipanti del test ECM.

La riunione, avvalorata dalla presenza di esperti e qualificati relatori, ha visto ampia partecipazione di medici non solo specialisti dermatologici, con interessante e interattivo dibattito.

Il razionale scientifico di questa riunione, che può essere letto nell'abstracts consegnato a tutti i partecipanti, e che si inserisce nella "mission" della SIDELF, vede quale finalità la tutela del dermatologo e la sua professione, per garantire al paziente che usufruisce delle sue cure il meglio, e la ricerca continua di:

- a) La conoscenza come prevenzione del rischio di rilievo clinico e medicolegale;
- b) La tutela del riconoscimento del diritto alla salute dei pazienti affetti da dermatosi invalidanti e inabilitanti;
- c) La difesa del dermatologo e della sua prestazione d'opera professionale, in caso di contestazioni e controversie.

Tutto ciò, operando il Medico quotidianamente per la tutela della salute del suo paziente nel contesto di uno stato di diritto, rileva necessaria e doverosa la conoscenza degli aspetti deontologici, medico legali e giuridici della Professione Sanitaria.

La branca dermatologica, in particolare la onco-dermatologia può essere causa di controversie in particolare in merito alla necessaria e potenziale diagnosi tempestiva oggi rappresentata anche dalla indagine dermoscopia che deve essere eseguita da esperto del settore.

L'esame dermoscopico ha un ruolo diagnostico di primo piano in oncologia dermatologica e rappresenta un aspetto di rilievo, non solo clinico-diagnostico, ma anche medico-legale; spesso si allegano immagini prive della relativa refertazione, oppure, al contrario, refertazioni insufficienti o disgiunte e avulse dalle relative immagini, oppure ancora, si rilasciano diagnosi, sospette o certe, senza un supporto tracciabile di quanto espletato durante la visita specialistica e sue conclusioni.

Tutti questi aspetti possono dare luogo a criticità, che in una ipotetico contenzioso medico-legale e in via presuntiva, potrebbero configurare elementi di Responsabilità Professionale Medica riferibili a condotte potenzialmente valutabili come negligenti.

Lo scopo del corso è stato quindi quello di presentare tali criticità e il rischio medico-legale ad esse correlato, indicando la migliore buona pratica clinico-assistenziale per prevenirle, in ordine alla stesura di una refertazione dermoscopia semplice, essenziale, comprensibile, chiara e sintetica, intesa quale certificazione medica afferente all'art. 24 del più recente Codice di Deontologia Medica, che si integri alle altre fasi della consulenza specialistica dermatologica, ed allo stesso tempo, sia esaustiva e comprensiva degli elementi di una prestazione professionale ottimale, anche dal punto di vista medico legale e giuridico.

In via Zaccherini Alvisi 8, in un nuovo centro medico sono disponibili ambulatori per medici e operatori sanitari. Servizio di accoglienza, WI-FI, pulizie generali comprese nel canone. Per un sopralluogo e ulteriori informazioni contattare lo 051/348344 chiedendo di Gioia o Jessica.

Odontoiatra Specialista in Ortognatodonzia, con esperienza di 18 anni e diverse centinaia di casi trattati, offre consulenza di ortodonzia presso Studi Odontoiatrici di Bologna e provincia. Effettua trattamenti di tutte le età e con varie apparecchiature a seconda delle necessità cliniche. Offre e chiede serietà e professionalità. No catene low-cost. Tel. 349-7931655

Affitto studio odontoiatrico in via Calabria 25 Bologna, zona Mazzini-Savena. Tel. 335/433182.

Affittasi appartamento fuori porta Saragozza mq 65: arredato, 2 camere, cucina abitabile, 1 bagno, ampio terrazzo, 4° e ultimo piano, cantina, ascensore, riscaldamento autonomo. Max 2 persone, referenziate e con Garanti. Euro 800

mensili + spese condominiali. Per info: patrizia.calzati57@gmail.com.

Offro studio a Casalecchio di Reno in centro. Si compone di 3 stanze, ingresso con attesa e possibilità di fare piccoli gruppi, bagno; due ingressi indipendenti, aria condizionata, arredato, tutto nuovo e a norma. Il contesto è di pregio, lo studio è accogliente e silenzioso. La zona è ben servita da mezzi pubblici. Per informazioni e visionare lo studio contattate Dott.ssa Barbara Lolli, cell. 349/4600660, lolibarbara@gmail.com.

Per prossima cessazione attività cede- si o affittasi per alcune mezze giornate studio odontoiatrico sito a San Lazzaro di Savena (BO) in attività dal 1989. 2 unità operative, sala aspetto, segreteria, 2 bagni, tutti i permessi in regola, costi molto contenuti. Per contatti scrivere a: nerident59@gmail.com.

Studio medico zona Ospedale Maggiore. Affittasi: ampio ambiente - Sala d'aspetto, due bagni. Sono presenti altri specialisti. Tel. 339/5375562.

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

DA OGNI INCONTRO GENERIAMO VALORE



Siamo nati azienda e **siamo diventati un gruppo**, sappiamo cosa vuol dire essere piccoli e stiamo imparando a essere grandi. Cresciamo con i nostri clienti e tracciamo insieme **nuove strade da percorrere**, sviluppando **packaging per l'healthcare nati dal dialogo**.



www.renogroup.eu

RENOGROUP
La forma del cambiamento