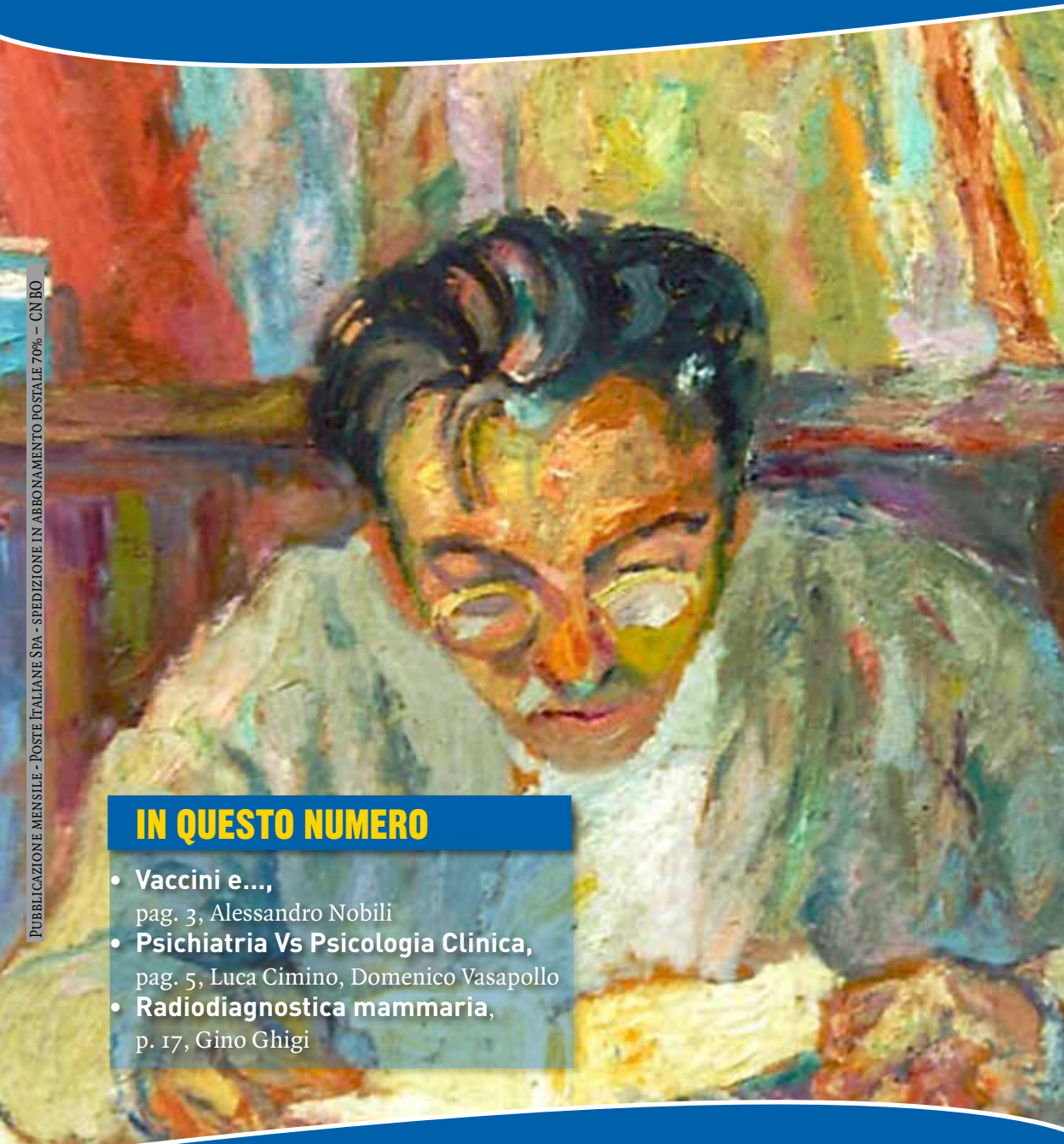
Bollettino Notiziario

anno XLVII - N° 10 ottobre 2016

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



IN QUESTO NUMERO

- **Vaccini e...,**
  pag. 3, Alessandro Nobili
- **Psichiatria Vs Psicologia Clinica,**
  pag. 5, Luca Cimino, Domenico Vasapollo
- **Radiodiagnostica mammaria**,
  p. 17, Gino Ghigi

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*)

SANITÀ

UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Ospedale Privato Accreditato
Villa Bellombra

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

Via Bellombra, 24 · 40136 Bologna.
Tel. 051/58.20.95 · Fax 051/33.81.03
info@villabellombra.it - www.villabellombra.it

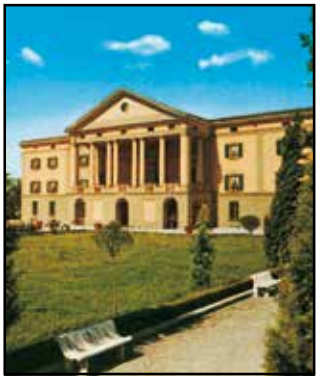
UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Ospedale Privato Accreditato
Santa Viola

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

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

SOCIALE



UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Casa Residenza per Anziani
Villa Ranuzzi

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

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

UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Casa Residenza per Anziani
Villa Serena

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

Via Toscana, 219 · 40141 Bologna - Tel. 051/47.70.11
Fax 051/48.12.01 - info@villaserena-bo.it - www.villaserena-bo.it

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Alessandro Nobili

CAPO REDATTORE
Dott. Andrea Dugato

REDAZIONE
Abbati dott. Pietro
Balbi dott. Massimo
Bondi dott. Corrado
Cernuschi dott. Paolo
Fini dott. Oscar
Lumia dott. Salvatore
Pileri prof. Stefano

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
Contiene I.R.

Il Bollettino di Settembre 2016 è stato consegnato in posta il giorno 15/9/2016

SOMMARIO

ANNO XLVII - OTTOBRE 2016 N° 10

ARTICOLI

Vaccini e pseudoscienziati del web • **3**

Verbale della Commissione per la Pediatria del 6 aprile 2016 • **4**

Psichiatria e psicologia clinica: ambiti di competenze e di responsabilità • **5**

Atto medico ed ambulanze 118 • **13**

Un nuovo Servizio Domiciliare ANT: il Servizio PICC • **15**

Up to date in radiodiagnostica mammaria • **17**

La medicina personalizzata. Importanza della medicina di genere • **20**

NOTIZIE

Dalla pagina 24 alla 27

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **28**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **28**

CONVEGNI E CONGRESSI • **29**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

L'immagine di copertina di questo mese:

Il Medico studioso
Cecilia Ravera Oneto (1948)

In copertina il medico studioso Mario Ravera dipinto dalla moglie, la pittrice italiana Cecilia Ravera Oneto. Qui il medico appare ritratto nel 1948, impegnato nello studio, illuminato da pennellate impressioniste di luce e colore. La pittrice italiana coniuga lo stile figurativo delle correnti artistiche europee tra cui l'Espressionismo tedesco insieme alla perdurante matrice impressionista. Cecilia Ravera Oneto è stata inserita nella sezione della pittura ligure del dopoguerra alla mostra "Genova, il Novecento" del 1986.

Illustrazione e commento a cura di Raffaella Lenzi

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

www.odmbologna.it

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. ANDREA DUGATO

Segretario
Dott. VITTORIO LODI

Tesoriere
Dott. OSCAR FINI

Consiglieri Medici
Dott.ssa MARGHERITA ARCIERI
Dott. LUIGI BAGNOLI
Dott. MASSIMO BALBI
Dott. FRANCO BENETTI
Prof. DAVIDE FESTI
Dott. GIUSEPPE IAFELICE
Dott. SALVATORE LUMIA
Prof. MAURILIO MARCACCI
Dott. ALESSANDRO NOBILI
Prof. STEFANO PILERI
Dott. ANTONIO SANTORO

Consiglieri Odontoiatri
Dott. LUCA ORTENSI
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente:	Dott. CORRADO BONDI
Segretario:	Dott. SEBASTIANO PANTALEONI
Componenti:	Dott. FRANCESCO CICOGNANI SIMONCINI
	Dott. LUCA ORTENSI
	Dott. GIOVANNI RUBINI

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente:	Dott. ALESSANDRO ZATI
Componenti:	Dott. SANDRO ACCIARRI
	Dott.ssa ANNA ESQUILINI
Supplente:	Dott. ILARIO RIGANELLO

Vaccini e pseudoscienziati del web

Alessandro Nobili

"Avviso importante. Si consigliano caldamente i genitori di documentarsi sugli effetti (e l'utilità) del vaccino che il Ministero della 'Sanità' (virgolettato, n.d.r.) ci sta proponendo, prima di permettere che il delicato Sistema nervosa dei loro bambini (e quello degli adulti in generale) sia violato dai forti inquinanti presenti nel vaccino stesso". *Questo l'incipit di una delle pagine web che vengono proposte per prime quando si effettua la ricerca digitando su Google le parole "vaccini pericoli". Dopo una stringata quanto confusa prolusione sui potenziali gravi danni indotti dai vaccini, asseritamente riscontrati sui veterani della Guerra del Golfo, venivano riportate le* fonti bibliografiche, *una decina in tutto. In realtà, tranne che per una, si trattava del rimando ad affermazioni e/o interventi comparsi su altri siti web dello stesso tenore. L'unica eccezione essendo costituita da un articolo dell'"American Journal of Pathology", peraltro non proprio recente (2000) che riportava il riscontro di artrite reumatoide su alcuni topi, presuntivamente reattiva ad un adiuvante contenuto nel vaccino loro somministrato. A parziale compensazione di una tale debolezza di prove oggettive gli autori del sito pubblicavano un video, in cui il noto attore Americano Jim Carrey arringa un gruppuscolo di persone davanti alla Casa Bianca, affermando che se negli ultimi venti anni sono triplicate le diagnosi di autismo, e nello stesso periodo il numero dei soggetti vaccinati è aumentato esponenzialmente, una relazione dovrà pur esserci... Concludeva il simpatico Jim sostenendo, tra gli applausi della piccola* claque, *che dovremmo cominciare a basarci di più sull'istinto... In un altro sito, reperibile sempre dalla prima pagina della ricerca su Google, compariva una lunga raffica di accuse contro le vaccinazioni, che culminava nell'elenco delle malattie che ne derivano: debolezza immunitaria, asma, allergie, eczema, vasculopatie, alterazioni del comportamento, difficoltà di apprendimento e paralisi, tonsilliti ricorrenti, otiti, reumatismo articolare, sordità, cecità, morbo di Crohn, cancro, sclerosi multipla, sindrome da fatica cronica, lupus, problemi psichiatrici, autismo, epilessia, parkinsonismo, insufficienza epatica, renale e cardiaca...Si specificava che si tratta di effetti collaterali a lungo termine, dallo sviluppo insidioso, ma il cui collegamento con le vaccinazioni è* ben documentato. *Seguiva l'elenco di una quindicina di riferimenti bibliografici, di cui solo due riguardavano riviste di levatura internazionale, risalenti agli anni 1986 e 1990, in assenza peraltro di specificazioni riguardo gli oggettivi collegamenti tra le affermazioni riportate ed i reali contenuti dei suddetti articoli. Ma il passaparola mediatico via web, come sappiamo, ha potenza e risorse infinite, ed in breve tempo l'esercito dei "vaccini-no-grazie" ha raggiunto dimensioni sempre più cospicue, tanto da prospettare una vera propria minaccia per la salute pubblica, dal momento che la* barriera sociale *contro certe infezioni perde gran parte dell'efficacia se la soglia dei vaccinati scende sotto un certo livello (75% circa). Tanto che la FNOMCeO si è sentita in dovere di scendere in campo riaffermando i motivi per cui non si può abbassare la guardia.* "I vaccini sono, nella storia moderna, gli interventi più efficaci mai resi disponibili per l'uomo" *ha detto il Presidente Roberta Chersevani, aggiungendo* "È forse proprio la scomparsa del confronto quotidiano con le loro conseguenze mortali ed invalidanti che ha indotto molti a credere che il successo su tali malattie fosse definitivo". *Dimenticavo. Nell'ultimo sito web che ho precedentemente citato si affermava anche che "La Poliomielite è stata provocata dalle vaccinazioni... Il virus della polio è generalmente innocuo, vale a dire che un sistema immunitario in ordine consente una buona risposta difensiva...". Io ed i miei coetanei apparteniamo alla generazione che per prima beneficiò del vaccino antipolio, grazie al quale noi e tutti quelli nati dopo di noi fummo affrancati dall'incubo di morire o rimanere invalidi a causa del poliovirus, che aveva flagellato intere precedenti generazioni di giovani. E non posso fare a meno di rammentare un recente breve scambio di parole con un collega, appena un po' più vecchio di me ed invalido per esiti di polio quando, con un velo di malinconia, mi disse: "Due anni. Sarebbero bastati solo due anni di anticipo del vaccino e non mi sarei ammalato...". Che dire, la battaglia contro gli pseudoscienziati ed i tuttologi del web è appena all'inizio. Sarà lunga, difficile e di esito incerto. Ma la dobbiamo combattere. Perché il nostro dovere, come Uomini e come Medici, è di lasciare alle future generazioni un mondo migliore di quello che abbiamo ereditato.*

Verbale della Commissione per la Pediatria del 6 aprile 2016

Presenti: *Alessandro Ballestrazzi, Tina Felicani, Elisabetta Parolini e Angela Licignano*

La Commissione si riunisce su invito del Presidente dell'OdM di Bologna Dott. Giancarlo Pizza per esprimere una posizione condivisa sul tema delle **vaccinazioni**.
La necessità di tale presa di posizione deriva dalle polemiche ricorrenti sulle vaccinazioni e i loro possibili effetti collaterali, polemiche che in alcuni casi hanno interessato anche professionisti che hanno preso posizione in senso contrario all'obbligo vaccinale.
I presenti, dopo ampia e articolata discussione, condividono quanto segue:
– Le vaccinazioni rappresentano un prezioso e valido strumento per la prevenzione di alcune tra le malattie infettive più severe che possono interessare l'età pediatrica (ma non solo). In questo senso le vaccinazioni, fin dalla prima vaccinazione storica e cioè quella antivaiolosa di Jenner nell'Inghilterra del XVIII secolo, hanno rappresentato insieme alla sanificazione delle acque e alla scoperta degli antibiotici uno dei più significativi progressi della storia della medicina.
– I dati sulla prevalenza delle malattie infettive nel nostro paese indicano chiaramente e senza margini di dubbio che le relative vaccinazioni si sono dimostrate in grado di prevenire tali patologie con una significativa riduzione della morbilità e della mortalità ad esse connesse.
– L'introduzione di nuove vaccinazioni (es. varicella e meningococco B) va nella direzione di una lotta sempre più puntuale nei confronti di malattie infettive ancora gravate da una significativa morbilità e mortalità.
– Di contro, non esistono dati in letteratura che associno con certezza le vaccinazioni agli effetti collaterali denunciati dagli antivaccinatori, effetti smentiti da numerosi studi e controlli. L'esempio al riguardo è la supposta associazione tra vaccinazione antimorbillosa e autismo, smentita da numerosissimi studi scientifici e anzi oggetto di forte contestazione anche in seguito alle vicende occorse al ricercatore che a suo tempo segnalò tale asserita associazione.
– Sempre sotto questo punto di vista, i supposti danni arrecati dalle vaccinazioni al sistema immunitario sono tutti da dimostrare e non sono suffragati da alcuna provo scientifica.
– L'attività dei movimenti antivaccinali si è purtroppo tradotta in un calo della percentuale di immunizzazione nella popolazione che in alcuni casi ha prodotto conseguenze molto negative. Un esempio è appunto il morbillo ricomparso nell'area di Bologna dopo molti anni di assenza e che si è tradotto in una vera e propria epidemia con numerosi ricoveri a causa di complicanze anche severe.
– I membri della Commissione denunciano inoltre la scarsa qualità delle informazioni sulle vaccinazioni disponibili in rete tre le cause della disinformazione del pubblico.
– I membri della Commissione raccomandano l'adesione dei professionisti (pur nella salvaguardia del principio deontologico della scienza e coscienza) alle linee guida e ai calendari vaccinali stabiliti, allo scopo di favorire degli obiettivi di salute pubblica decisi e perseguiti dalle Autorità del nostro paese.

F.to i Membri della Commissione per la Pediatria dell'OdM di Bologna

Psichiatria e psicologia clinica: ambiti di competenze e di responsabilità

Cimino Luca, Vasapollo Domenico

Una tematica sempre più importante, anche a causa di una evoluzione legislativa il più delle volte non chiara, riguarda il fenomeno della sovrapposizione di competenze che tradizionalmente erano appannaggio dell'ambito medico da parte di nuove figure professionali, come sottolineato con forza anche dal Consiglio nazionale FNOMCeO, nella riunione del 15 maggio 2010, che ha evidenziato la "*forte azione erosiva dei tradizionali ambiti di esercizio della professione medica*" conseguente a "*surrettizie e inaccettabili sottrazioni di competenze*"[1].

Fra le varie problematiche inerenti la definizione degli ambiti di competenze rispetto agli operatori della salute, un aspetto particolare riguarda l'ambito della salute mentale e specificatamente il ruolo esercitato dallo psichiatra e dallo psicologo in merito all'atto diagnostico, problematica quest'ultima particolarmente sentita soprattutto dopo la promulgazione da parte del legislatore della nota legge 56/89[2]. È parere di chi qui scrive, infatti, che un uso inopportuno di terminologia fuorviante nella definizione dei compiti e delle funzioni professionali che afferiscono e definiscono la diagnosi medica propriamente detta rispetto a quella psicologica, possa talora ostacolare in maniera non certo indifferente quella necessità di definire gli ambiti di competenza di due professioni che, seppure intrinsecamente volte ad una auspicabile e doverosa reciproca collaborazione, presentano finalità e metodologie operative differenti. Pur essendo tale argomento da noi già più volte affrontato[3], e a cui si rimanda per un approfondimento del tema, riteniamo tuttavia possa essere utile puntualizzarne ancora brevemente alcuni aspetti, per le importanti implicazioni che da questo scaturiscono sia in un contesto clinico che forense.

Riguardo a possibili fraintendimenti in merito alle distinte competenze, un contributo alla carenza di chiarezza nella individuazione di una netta e doverosa linea di confine tra l'ambito di responsabilità del medico e quello dello psicologo deriverebbe, come detto, dall'uso di terminologia fuorviante nella definizione di compiti e funzioni di detti professionisti. A tale proposito si ritiene utile qui sottolineare –in ciò confortati da autorevole dottrina (Rodriguez & Aprile, 2004) – il mancato rilievo di precisi riferimenti normativi che in maniera organica e sistematica definiscano nella sua globalità l'area specifica di autonomia della professione medica[4], potendosi

[1] Consiglio Nazionale FNOMCeO, Ravenna 15 maggio 2010 (Relazione del Presidente): "(...). Tale legislazione ha generato 22 nuove professioni sanitarie, ognuna caratterizzata da autonomia nell'ambito delle proprie competenze che, nei processi clinico assistenziali e preventivi, intercettano le competenze dei medici e degli odontoiatri, i quali già si confrontano con altre professioni che hanno da tempo consolidato un loro ruolo nelle attività e nelle organizzazioni sanitarie (biologi, fisici, chimici, psicologi). Questo insieme di vecchie e nuove professioni operanti in ambito sanitario esercita una forte azione erosiva dei tradizionali ambiti di esercizio della professione medica ed odontoiatrica, coerentemente con il possesso di un oggettivo e specifico profilo di competenze esclusive, ma anche conseguentemente a discutibili sovrapposizioni o a surrettizie e inaccettabili sottrazioni di competenze. La preoccupazione non nasce ovviamente da una prospettiva di sviluppo continuo delle competenze e degli skills delle professioni sanitarie né da una pregiudiziale ostilità a modelli flessibili di assistenza, ma dal grande rischio di un uso spregiudicato ed opportunista delle competenze ai fini di realizzare organizzazioni meno onerose di servizi sanitari; una prospettiva low-cost che potrebbe sedurre molti, soprattutto quelle amministrazioni in difficoltà con la tenuta dei bilanci. (...).".

[2] Legge 18 febbraio 1989, n 56 (Ordinamento della professione di psicologo) (GU 24 febbraio 1989 n 46).

[3] Si veda a riguardo: Cimino L., Landuzzi F., Vasapollo D. (2010). Medico e psicologo: l'importanza di definirne l'ambito di competenza. Riv. It. Med. Leg. 6: 967-988; Cimino L. Diagnosi psichiatrica e diagnosi psicologica: considerazioni metodologiche e medico legali. In: Cerisoli M., Vasapollo D., Cimino L. (con la collaborazione di). Problematiche medico legali e valutazione del danno nelle patologie di interesse psichiatrico. Società Editrice Universo. Roma, 2012.

[4] Come è noto, la necessità di definire (o delimitare) l'attività medica è relativamente recente e trova una sua prima definizione nella legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", in cui l'articolo 1 ha posto come "criterio limite" dell'attività delle professioni sanitarie "le competenze previste per le professioni medi-

evidenziare "*solo sporadici, non coordinati, provvedimenti parziali in relazione ad alcune specifiche attività*" e rilevando una ulteriore fonte di incertezza nella consuetudine di definire "*non mediche*" alcune professioni, risultando così solo un generico riferimento a ciò che "*non è*" assistenza medico-chirurgica, la quale però – come già accennato – non è mai stata adeguatamente delineata (Motta & Magliona, 2000). Nel nostro ordinamento, infatti, non è presente una definizione in positivo di "atto medico" e anche la Definizione Europea che indica come atto medico "*la totalità degli atti professionali, ovvero attività scientifiche, d'insegnamento, formative, cliniche, educative, medico-terapeutiche, compiuti al fine di promuovere la salute, fornire la diagnosi, cure riabilitative e prevenzione, a paziente, gruppi, comunità nell'ambito del rispetto dei valori etici e deontologici*"[5], non appare adeguata a delineare con precisione gli ambiti di competenza degli operatori della salute.

Tuttavia, in dottrina appare ormai consolidata la tutela della specificità medica in riferimento a diagnosi e cura, concordandosi così ampiamente con quanto viene reiteratamente evidenziato in giurisprudenza ove – tra l'altro – si individua il reato di esercizio abusivo della professione medica ai sensi dell'art. 348 CP[6] nella condotta di chi – pur non avendone il titolo – "*effettua diagnosi e rilascia prescrizioni*" (Cass Pen, sez VI, 25 febbraio 1999), esplica attività "*di diagnosi e terapia, proprie della professione medica in generale*" (Pret Perugia, 17 ottobre 1996), "*esprima giudizi diagnostici e consigli, ed appresti le cure al malato*" (Cass Pen, sez II, 9 febbraio 1995; Cass Pen, sez VI, 11 maggio 1990), così sottolineandosi che "*tutti quegli atti finalizzati alla diagnosi di malattie e alla prescrizione dei rimedi per curarle (anche se diversi da quelli ordinariamente praticati) sono atti tipici del medico*" (Pret Gela, 16 gennaio 1995), poiché la professione medica "*si estrinseca nell'individuare e diagnosticare le malattie, nel prescriverne la cura, nel somministrare i rimedi*" (Cass Pen, Sez VI, 27 marzo 2003), concetto in tal guisa sempre ribadito – talvolta anche in forma "negativa" – dalla Suprema Corte che esclude infatti una riserva *ex lege* per il medico di una particolare attività se essa "*non implica la formulazione di diagnosi o la prescrizione di terapie*" (Cass Pen, Sez VI, 16 ottobre 2008).

Più in particolare, la peculiarità dell'atto medico sarebbe individuabile proprio nella diagnosi, in quanto "*l'intervento terapeutico può competere anche ad altre professioni o arti sanitarie, sempre però – e solo – previa indicazione diagnostica del medico*" (Norelli, 2000).

Anche se, come viene evidenziato pure da Negrini e Coll. (2004), i pilastri idealmente rappresentativi della intangibilità (in quanto di esclusiva competenza medica) della diagnosi e della conseguente prescrizione terapeutica già mostrano segni di iniziale erosione innescata anche da non recentissima legislazione[7], è qui doveroso sottolineare come non si rinvenga però norma alcuna che inserisca nell'ambito di competenza dello psicologo un onere diagnostico, tanto meno se da egli espletabile in forma esclusiva, risultando infatti – proprio dalla disamina della legge istitutiva del suo albo (L. 56/1989) – l'affidamento a tale professione non di competenze diagnostiche *stricto jure*, bensì l'uso di strumenti – conoscitivi e

che"; tuttavia in assenza di definizioni contenute nel diritto positivo sono state ipotizzate interpretazioni non univoche delle "competenze" mediche, e anche l'assenza di una posizione definitiva da parte della Cassazione non ha contribuito a determinare chiarezza in tale ambito. Anche l'apertura, tramite il "comma 566" della legge di stabilità 2015, agli atti non complessi e non specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia effettuabili dalle professioni sanitarie, e la c.d. proposta "D'Incecco", dal nome del suo primo proponente, ove, al secondo comma dell'articolo 1, afferma che "L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione o prescrizione", non hanno di certo portato chiarezza in merito, generando invece ulteriori problematiche definitorie. Diversa è la posizione che emerge dalla più recente versione (Fnomceo 2014) del Codice Deontologico Medico che ha prodotto una definizione di attività medica e ha cercato di porre dei limiti definitori, anche se, lo ricordiamo, il codice deontologico è un atto normativo, ma non giuridico, di diretta emanazione della rappresentanza istituzionale della professione medica.

[5] Definizione Europea di Atto Medico adottata dall'Union Européenne des Mèdicins Specialist-UEMS-Budapest 3-4 Novembre 2006. In: Il Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri. Anno IX n. 6, 2007.

[6] Codice Penale. Libro Secondo. Titolo II (Dei delitti contro la pubblica amministrazione). Capo II (Dei delitti dei privati contro la pubblica amministrazione). Art. 348 (Abusivo esercizio di una professione): "Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire duecentomila a un milione".

[7] Si può fare qui riferimento – per esempio – alla disciplina delle funzioni attinenti al 118 (D.P.R. 27 marzo 1992) e al "triage" di pronto soccorso (Atto di intesa Stato-Regioni. Linee guida n. 1/1996. GU 17 maggio 1996, n. 114), ove all'Infermiere – pur nell'ambito di protocolli predefiniti – viene di fatto richiesta una non certo irrilevante attività decisionale sulla scorta di una autonoma sua valutazione delle condizioni cliniche del paziente.

di intervento – a tal fine utilizzabili, così quindi legittimandosi il delegare allo psicologo il rilievo di segni e sintomi inerenti alla sfera psichica della persona, i quali – pur indubbiamente rappresentandone il punto di partenza – non costituiscono certamente l'essenza di un processo diagnostico. Peraltro, sempre la legge fondante la professione di psicologo, nel regolamentare l'esercizio dell'attività psicoterapeutica (art. 3, L. 56/1989), sottolinea esplicitamente che agli psicologi è "*vietato ogni intervento di competenza esclusiva della professione medica*", che – proprio alla luce delle precedenti considerazioni – in null'altro può essere concretizzato se non in quell'*individuare e diagnosticare le malattie*, riconosciuto da consolidata giurisprudenza come peculiare ed esclusivo del medico, come rilevato pure da Mottola (2007) da cui – però – non si può non dissentire quando apoditticamente asserisce la illegittimità per il medico di porre diagnosi in ambito psicologico, poiché ne deriverebbe una assurda dicotomia psiche-soma incompatibile con l'intangibile concetto di unitarietà della persona.

A tal proposito, un utilizzo a nostro avviso inadeguato di riferimenti giurisprudenziali si riscontra in un *parere pro veritate* (Gulotta, 2006) richiesto dal Consiglio nazionale dell'Ordine degli Psicologi, ove l'Autore – oltre ad insistere a voler relegare la medicina all'esclusivo ambito somatico e ad autoreferenziarsi per due volte su tre citazioni bibliografiche – accenna ad enunciazioni della Suprema Corte dello Stato della California, ove ben differenti dalle nostre sono le fonti del diritto e certamente non sovrapponibili sono gli ordinamenti didattici, in riferimento ai quali – in ogni caso – proprio nella declaratoria del SSD M-Psi/08 Psicologia clinica (citata con enfasi nel medesimo parere) non risulta accenno alcuno ad attività di diagnosi, risultando le relative competenze limitate a "*interventi di valutazione, prevenzione, riabilitazione psicologica e psicoterapia*", quindi ad attività proiettate alla individuazione di elementi da utilizzarsi poi nell'epicrisi diagnostica ovvero inserite in un già definito iter terapeutico, potendosi altrimenti configurare – "*nell'ipotesi di uno psicologo che esprima giudizi diagnostici e prescriva cure al malato*" (Zanotti, 2008) – il reato di cui all'art. 348 CP.

Riguardo invece ai riferimenti giurisprudenziali[8] sui quali viene in pratica fondato un altro *parere pro veritate* (Sartori, 2007) richiesto anch'esso dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi e relativo all'uso esclusivo di test da parte di psicologi iscritti all'albo, preme qui sottolineare come la sentenza in esso citata – indicata dall'estensore del parere qui in argomento come "*il principale riferimento dal punto di vista legislativo*" (sic!) – è stata pronunciata dalla Suprema Corte[9] su ricorso proposto avverso la sentenza del 13 dicembre 2004 emessa dalla Corte di appello di Milano ed indubbiamente considera l'abusivo esercizio della professione di psicologo (art. 348 cp), ma da parte di un soggetto che aveva rilasciato false dichiarazioni sulle proprie qualità personali, così incorrendo nel reato previsto e punito dall'art. 495 CP[10] per aver affermato nel suo curriculum vitae di avere conseguito la laurea in medicina e chirurgia e di essere in possesso del titolo di professore, circostanze invece poi rivelatesi entrambe non vere.

Nel 2008 – ancora su richiesta del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi – viene reso un ulteriore parere (Torchia, 2008) in merito alla possibilità per gli psicologi di effettuare diagnosi nel campo di loro pertinenza, a fronte delle "*contestazioni sollevate da taluni medici, ad avviso dei quali gli psicologi non sarebbero competenti ad effettuare diagnosi psicopatologiche*". In questo parere vengono considerate in successione le norme ritenute di riferimento e di esse vengono citati ampi stralci, inerenti "*l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità*", che viene citato esattamente nei medesimi termini sia dalla legge 56/1989[11]

[8] Cass Pen, Sez VI, 5 giugno 2006 n. 767.

[9] Cass Pen, Sez VI; Luigi Sansone (pres), Francesco Ippolito, Giorgio Colla, Giovanni Conti (relatore), Vincenzo Rotundo, PM Aurelio Galasso.

[10] Codice Penale. Libro Secondo. Titolo VII (Dei delitti contro la fede pubblica). Capo IV (Della falsità personale). Art. 495 (Falsa attestazione o dichiarazione a un pubblico ufficiale sulla identità o su qualità personali proprie o di altri): "Chiunque dichiara o attesta falsamente al pubblico ufficiale, in un atto pubblico, l'identità o lo stato o altre qualità della propria o dell'altrui persona è punito con la reclusione fino a tre anni. Alla stessa pena soggiace chi commette il fatto in una dichiarazione destinata ad essere riprodotta in un atto pubblico".

[11] Legge 18 febbraio 1989, n 56 (Ordinamento della professione di psicologo) (GU 24 febbraio 1989, n 46). Art 1 (Definizione della professione di psicologo): "1. La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di

che dal D.P.R. 328/2001[12], venendo così ripetutamente sottolineati quegli "*strumenti di diagnosi e di valutazione*" richiamati pure all'art. 25 del Codice deontologico della professione in argomento. A questo punto, ritenuto che il citato quadro normativo non possa lasciar adito a dubbio alcuno, l'autore afferma la conseguente possibilità per gli psicologi di effettuare diagnosi "*nell'ambito di attività agli stessi riservato*", con ciò destando in noi notevole perplessità in quanto – come già sottolineato in precedenza – dalla disamina dei riferimenti riportati nel parere non si rinviene norma alcuna su cui motivatamente fondare l'inserimento nell'ambito di competenza dello psicologo di un onere diagnostico *stricto jure*, risultando desumibile da tali riferimenti solo l'affidamento a tale professione dell'uso di strumenti – conoscitivi e di intervento – a tal fine utilizzabili e risultando così legittimo il delegare allo psicologo il rilievo di segni e sintomi inerenti alla sfera psichica della persona, i quali – pare opportuno qui ancora rilevare – di certo rappresentano l'*incipit* di un processo diagnostico, ma non ne costituiscono certamente l'essenza, essendogli peraltro a lui espressamente "*vietato ogni intervento di competenza esclusiva della professione medica*" (art 3, L 56/1989), concretizzabile in quell'*individuare e diagnosticare le malattie* affidato esclusivamente al medico da consolidata giurisprudenza già in precedenza qui riferita. Riscontrando come tale parere venga *ab initio* espressamente citato dal gruppo di lavoro[13] (di cui fa parte pure l'autore di un precedente *parere pro veritate*) che ha curato – sempre per il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi – un ulteriore parere (2009), non desta meraviglia il riscontrare come anche da quest'ultimo emerga la stessa linea interpretativa riguardo ad una auto-attribuzione esclusiva della diagnosi psicologica, nel cui contesto qui verrebbe ricompresa pure quella psicopatologica.

Infatti, non solo si afferma apoditticamente – con riferimento all'art.1[14] della legge 56/1989 – l'intenzione del legislatore di "*accomunare gli psicologi a medici e odontoiatri come uniche figure professionali con facoltà di diagnosi e dall'altro limitare ai soli psicologi la possibilità di formulare la diagnosi psicologica*", ma si fa pure qui riferimento alla sentenza emessa dalla Suprema Corte in data 5 giugno 2006, ancora non rilevando che nella fattispecie il primo capo di imputazione – come già ricordato – verteva sull'aver rilasciato false dichiarazioni in merito al conseguimento della laurea in medicina e chirurgia ed al possesso del titolo di professore, e giungendo già in premessa a sottolineare come lo stesso parere sia finalizzato esclusivamente "*a specificare il contenuto dell'attività di diagnosi psicologica e psicopatologica (...) a tutti gli ambiti applicativi della disciplina*", poiché – "*dando per acquisito giuridicamente e storicamente quanto stabilito formalmente dall'art.1 della Legge 56/89*" – detta diagnosi "*è già attribuita di diritto agli psicologi dalla normativa vigente*".

L'importanza di delineare con rigore gli ambiti di competenza, onde evitare condotte operative

abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito. (...)".

[12] Decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328 (Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti) (GU 17 agosto 2001, n. 190, SO n. 212). Art 51 (Attività professionali): "1. Formano oggetto dell'attività professionale degli iscritti nella sezione A, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 1, comma 2, restando immutate le riserve e attribuzioni già stabilite dalla vigente normativa, oltre alle attività indicate nel comma 2, le attività che implicano l'uso di metodologie innovative o sperimentali, quali: a) l'uso di strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione, riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità; (...)".

[13] Gruppo di Lavoro "Atti Tipici" insediato presso il Consiglio Nazionale Ordine Psicologi: Sandra Vannoni (Coordinatore); Fulvio Giardina (Consigliere Segretario CNOP); Maurizio Micozzi (Consigliere Tesoriere CNOP); Giuseppe Luigi Palma (Presidente CNOP); Piero Porcelli (Psicologo Psicoterapeuta, Servizio Psicodiagnostica e Psicoterapia, IRCCS S. de Bellis, Castellana Grotte, BA); Giuseppe Sartori (Professore ordinario Neuroscienze Cognitive e Neuropsicologia Clinica, Facoltà di Psicologia, UniPd); Claudio Tonzar (Vice Presidente CNOP). Referee: Angelo Bianchi (Psicologo Dirigente Dip Salute Mentale, USL 8, Arezzo); Niels Birbaumer (Institut für Medizinische Psychologe und Verhaltensneurobiologie, Eberhard Karls, Universität Tubingen); Irene Daum (Direktorin Institut für Kognitive Neurowissenschaft Abt. Neuropsychologie, Fakultät für Psychologie, Ruhr Universität Bochum); Vittorio Lingiardi (Direttore II Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Facoltà di Psicologia 1, Sapienza, UniRm).

[14] L. 56/1989. Art. 1 (Definizione della professione di psicologo): "1. La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito.".

non conformi alla normativa vigente, non interessa solamente l'ambito clinico, ma anche quello forense. Infatti, numerosi autori di formazione psicologica (Pajardi et al., 2006; Bianchi, 2007) reclamano a gran voce un ruolo centrale dello psicologo in ambito forense per quanto attiene, ad esempio, alla valutazione del danno biologico di natura psichica.

Lungi dal riproporre note polemiche inerenti i rapporti fra queste due discipline, a nostro giudizio è tuttavia necessario delineare con precisione, *de jure condito*, il reale ruolo spettante alle figure professionali coinvolte su questo particolare tema.

Esponenti di discipline psicologiche sostengono che il danno psichico richieda competenze che, sul piano sia metodologico, sia diagnostico, non appartengono in via esclusiva alla medicina legale e/o alla psichiatria forense, ma che invece afferiscono "*al patrimonio scientifico e professionale della psicologia clinica*" (Pajardi, 2009).

Riguardo alle competenze metodologiche della medicina legale in tema di danno psichico già autorevole dottrina (Buzzi, 2008) si è espressa in merito, sottolineando il ruolo centrale di questa disciplina nella valutazione del danno biologico di natura psichica, del resto, consensualmente a quanto stabilito dalla cassazione civile con sentenza n. 5795 del 04/3/2008, nei seguenti termini: "*Nella valutazione del danno biologico, come lesione della salute, il medico legale deve considerare, con valutazione scientifica, la gravità del danno, tenendo conto di tutte le componenti fisiche, psichiche, interrelazionali, estetiche, dinamiche e di perdita della capacità lavorativa generica, avvalendosi eventualmente di elaborati scientifici, e considerando tutte le circostanze dedotte o esaminate in relazione alla stabile invalidità e al mutamento delle condizioni biologiche di vita della parte lesa (...)*".

Riguardo alle competenze diagnostiche abbiamo già sottolineato che l'ambito diagnostico di competenza dello psicologo, come precisato dall'art. 1 della Legge 56/89, deve necessariamente intendersi come "*diagnosi psicologica*"[15], ovvero come quella procedura finalizzata ad una rilevazione delle problematiche e delle risorse del soggetto nell'ambiente ov'è inserito (*assessment*), da attuarsi anche mediante un'analisi psicopatologica[16], considerata nella sua dimensione fenomenologica ed esistenzialistica, ovvero da intendersi come lo studio dei fenomeni psichici, sviluppatisi nell'esperienza soggettiva: in altre parole come il paziente vive il proprio stato morboso, nella sua individualità, indipendentemente dai disturbi che connotano lo stesso (Poli & Cioni, 2007).

Sebbene a riguardo alcuni autori (Rossi, 1994; Del Corno 2009; Stanghellini & Rossi Monti, 2009) abbiano assunto talvolta posizioni, a nostro avviso, per così dire "scotomizzanti", rimarcando l'ampiezza del campo di applicazione della psicologia clinica, presentata come attenta alla persona nella sua dimensione sincronica e diacronica, a fronte di una psichiatria descritta invece come riduttiva e reificante, il cui interesse viene ritenuto unicamente votato ad una valutazione puramente descrittiva di segni e sintomi su cui impostare un trattamento farmacologico, noi riteniamo questa impostazione assolutamente non sostenibile, anche se purtroppo condivisa da larghe frange di appartenenti alla psicologia clinica che arrivano a differenziare nel campo della sofferenza psichica "malattie psicologiche da malattie mediche"[17], in quanto non tiene in debito conto della struttura e finalità proprie di

[15] A tale proposito ricordiamo quanto evidenziato nella sentenza emessa dal Tribunale Ordinario di Milano in data 01.09.2003 che, in merito ad una condanna per esercizio abusivo della professione di psicologo, definisce la diagnosi psicologica come "*il riconoscimento dei segni, assunti come indizi di facoltà specifiche della persona o del quadro globale della personalità, il cui principale metodo di indagine è il test*".

[16] Riteniamo utile sottolineare come, qualora l'approccio psicopatologico venga inteso in termini di "*descrizione clinica dei sintomi psichici di un dato quadro morboso*" (modalità definita nella dominante letteratura anglosassone con il termine di *psychopathology*, assimilabile alla definizione di "psicopatologia descrittiva") esso, identificandosi appunto con un procedimento diagnostico finalizzato all'identificazione di un quadro morboso, deve necessariamente intendersi di esclusiva competenza medica. Infatti a tale proposito Sims (2003) sottolinea che "*nella pratica psichiatrica, l'applicazione puntuale della psicopatologia descrittiva è necessaria per almeno tre ragioni. 1. La psicopatologia descrittiva è una capacità professionale fondamentale dello psichiatra e, forse, la sola competenza diagnostica che caratterizza l'unicità della psichiatria. 2. La psicopatologia descrittiva è molto più che saper condurre un colloquio clinico con un paziente, o il saperlo ascoltare, anche se necessariamente essa implica entrambe queste componenti. 3. La psicopatologia descrittiva è utile e applicabile in clinica. (...). La psicopatologia descrittiva può essere considerata come capacità caratterizzante lo psichiatra, alla stregua dell'anamnesi medica e dell'esame obiettivo per l'internista. Lo psichiatra aggiunge a queste abilità generali della pratica medica particolare competenza nella psicopatologia descrittiva*".

[17] Si veda a proposito quanto sostenuto a pag. 7 nel già citato Gruppo di Lavoro Atti Tipici CNOP (2009). Parere sulla diagnosi Psicologica e Psicopatologica. Roma 29 maggio 2009.

una corretta intervista psichiatrica, quando, per l'appunto, viene invece descritta come non attenta alla persona e alla sua storia, ma solo alla delineazione dei sintomi riferiti dal paziente onde procedere ad una classificazione nosografica del disturbo. Tali considerazioni, al di là delle storiche polemiche e contrapposizioni fra le due discipline che purtroppo tuttora si mantengono[18], evidenziano tuttavia la necessità, per l'appunto affatto pleonastica, di differenziare i rispettivi ambiti di competenza onde delineare il reciproco contributo della psichiatria e della psicologia clinica in ambito clinico e forense.

Senza ripercorrere in questo contesto l'evoluzione riguardo il concetto di diagnosi inerente alle discipline psichiatriche e psicologiche, a cui per un approfondimento si rimanda ai nostri lavori precedentemente citati[19], l'ampio dibattito che da sempre è intercorso, con posizioni talora conflittuali, tra queste due discipline in merito alla definizione, metodo e finalità diagnostiche, non si è risolto neanche con la promulgazione della legge 56/89, la quale anzi, per una interpretazione talora faziosa si è, paradossalmente, rinvigorito. In realtà la diagnosi psichiatrica e la diagnosi psicologica non rappresentano due posizioni antagoniste, bensì due "vertici osservativi" differenti, la cui reciproca integrazione contribuisce a delineare un sistema interpretativo-esplicativo clinicamente fondato (Del Corno, 2009). Psicologia clinica e psichiatria hanno infatti entrambi come oggetto la sofferenza mentale nelle sue varie declinazioni, ma si rivolgono ad essa con metodi di approccio e strumenti differenti, non potendo pertanto essere condivisa né la posizione che vede le due discipline impegnate in livelli diversi di gravità della patologia mentale, né quella che reifica l'atteggiamento psichiatrico nei confronti del paziente come l'"avere-di-fronte-qualcosa", rispetto all'"essere-con-qualcuno" della psicologia clinica (Rossi Monti, 2002).

A differenza di altre branche della medicina, dove per fare diagnosi si ricorre ad analisi ed esami diagnostici, in psichiatria è il medico stesso che, sulla base del colloquio psichiatrico quale momento di incontro non solo con i sintomi del paziente, ma con il "suo mondo interno", fa diagnosi di disturbo psichiatrico (Niolu et al., 2007). L'approccio psichiatrico è quindi per sua stessa natura intrinsecamente clinico, nell'accezione più antropologica del termine, ovvero incontro con una persona sofferente per riconoscere, svelare il processo patologico nascosto attraverso le manifestazioni rilevabili (come definito dall'etimo δια-γνοσις, conoscere attraverso), all'interno della storia personale del soggetto, ove l'approccio nomotemico non esclude pertanto quello idiografico, in cui cioè la collocazione nosografica trova piena concretezza e validità all'interno di un inquadramento storico-motivazionale.

Appare pertanto evidente che in ambito clinico, ma soprattutto forense, con particolare riferimento alla valutazione del danno biologico di natura psichica, come peraltro da noi già sottolineato (Cimino et al., 2010), l'inquadramento nosografico rappresenta la prima ed irrinunciabile fase del processo psicodiagnostico, che si configura in quella diagnosi psichiatrica il cui principale scopo è di disvelare, tramite le manifestazioni sintomatiche rilevabili, il processo patologico sottostante; ed è proprio questa particolare attenzione alla sequenza etiopatogenetica che, peraltro, in campo forense, rappresenta il fondamento di ogni corretta valutazione peritale, ovvero la chiarificazione del problema del nesso causale, del "perché" di un quadro clinico in relazione con eventi significativi, il compito precipuo della psichiatria nei cui confronti la diagnosi psicologica, pur foriera di un importante contributo, avendo tuttavia come finalità non la ricerca di segni e sintomi di malattia, ma la complessità delle reazioni di un essere umano attraverso lo studio delle situazioni-problema di un individuo (Del Pistoia, Pazzagli, 2006), non appare ad essa sostituibile. Infatti l'attenzione della psicologia clinica è rivolta soprattutto alla comprensione della persona sofferente, al suo disagio, attraverso uno studio approfondito, storico e "genetico",

[18] A tal proposito ricordiamo, oltre i già citati pareri *pro veritate*, talvolta fondati su non corrette interpretazioni giurisprudenziali, che in seguito alla lunga pressione esercitata da parte dell'Ordine Nazionale degli Psicologi, oltre che da numerosi ordini locali, fra cui quello degli psicologi del Lazio appare particolarmente solerte in iniziative di tal genere, il Consiglio di Stato con sentenza n. 4483/2007 ha stabilito che la specializzazione in Psicologia Clinica, promossa e sviluppatesi storicamente in ambito medico, è accessibile unicamente agli psicologi e preclusa ai medici, riproponendo in tal modo una dicotomia anacronistica a scapito della formazione di una figura, quale appunto quella dello psicologo clinico con formazione medica, capace, coniugando professionalità sia mediche che psicologiche, di armonizzare in sé aspetti psicologici, psicodiagnostici e psicosomatici.

[19] Loc. Cit *sub* 3.

dello specifico caso che prenda cioè in esame aspetti e tratti della personalità, conflitti, angosce, difese, potenzialità individuali onde valutare le possibilità di cambiamento, alla luce di un senso che risulta però radicato nella clinica psichiatrica. Tra l'altro, tale posizione è sostanzialmente condivisa anche da alcuni autori di area psicologica, i quali hanno esplicitamente ammesso che, qualora lo psicologo "*sconfini in altri settori che di competenza dello psicologo chiaramente non sono (...) incorre nella violazione di norme che attribuiscono in via esclusiva specifiche competenze ad altre figure professionali*" (Frati, 2005). Partendo da tali presupposti, la valutazione del danno alla persona, ivi compreso – ovviamente – il danno biologico di natura psichica, quale espressione di un'alterazione dello stato di salute intesa come unicità psiche-soma, "*non può prescindere da una visita medica con valutazione preliminare di ordine clinico e consequenzialmente di carattere medico-legale*"[20]. Per di più, l'attività di figure professionali diverse da quella del medico legale nel campo della valutazione del danno psichico, che – come espressamente ribadito pure dalle Sezioni Unite della Cassazione civile nella sentenza dell'11.11.2008 – rientra naturalmente e logicamente nel danno biologico, potrebbe anche configurare una fattispecie rilevante ai sensi e ai fini di cui all'art. 348 c.p. ("Esercizio abusivo della professione medica") e finanche, in caso di valutazione del danno formulata da medici non specialisti in medicina legale, a violazione di previsioni normative (D.M. 03.07.2003[21] ai sensi della legge n. 57/2001[22]; Dlgs n. 209/2005[23]) e deontologiche (art. 62 C.D.M.[24]).

Infine, analoghe ed ancor più stringenti considerazioni possono essere formulate anche in merito alla valutazione dello stato di mente in ambito penale, che, rappresentando la prima, fondamentale fase dell'analisi dell'imputabilità, non può che appartenere ad una valutazione medico-psichiatrica, basata su di un approccio psicopatologico-descrittivo (fase nosografica-psicopatologica), il quale, per le motivazioni precedentemente esposte, appartiene esclusivamente all'area operativa del medico. Solo successivamente, onde delineare la relazione esistente fra funzionamento psico(pato)logico e delitto, si può passare a quella fase che Fornari (2015) definisce del "*comprendere psicologico*" che costituisce il presupposto per un'analisi criminogenetica e criminodinamica dell'evento delittuoso, senza sconfinare così nei limiti espressi ex art. 220 c.p.[25].

---

[20] Linee di principio e metodologico-operative medico-legali in responsabilità civile. Associazione Sindacato Italiano Specialisti in Medicina Legale e delle Assicurazioni. In: www.sismla.it

[21] Decreto 3 luglio 2003 (Tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 1 e 9 punti di invalidità) (GU n. 211 del 11 settembre 2003) – Allegato I – Criteri applicativi: "(...) *va ricordato che il danno alla persona in ambito responsabilità civile, per come esso è stato delineato negli ultimi venti anni dalla giurisprudenza e dalla dottrina e, da ultimo, da due provvedimenti legislativi (decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, che regola l'attività indennitaria dell'INAIL, e, appunto, la legge 5 marzo 2001, n. 57) si fonda sul concetto di danno biologico, che consiste nella menomazione temporanea e/o permanente all'integrità psico-fisica della persona, la quale esplica una incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti personali dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito. (...). Ove la menomazione accertata incida in maniera apprezzabile su particolari aspetti dinamico-relazionali personali, lo specialista medico-legale dovrà fornire motivate indicazioni aggiuntive che definiscano l'eventuale maggiore danno tenuto conto delle condizioni soggettive del danneggiato, richiamate dal comma 4 dell'art. 5 della legge n. 57/2001 come modificato dalla legge n. 273/2002 (...). Danni psichici. Le voci previste dalla tabella fanno riferimento a condizioni psicopatologiche con consolidata connotazione diagnostica. L'accertamento medico-legale della loro esistenza e del loro rapporto causale con l'evento a cui è attribuito il danno da valutare si basa sulla verifica della analisi di compatibilità fra le manifestazioni cliniche e i contenuti psicotraumatizzanti dell'evento a cui le stesse manifestazioni si possono far risalire*".

[22] Legge 5 marzo 2001, n. 57 "Disposizioni in materia di apertura e regolazione dei mercati" (GU n. 66 del 20 marzo 2001). Titolo I - Regolazione dei mercati - Capo I - Interventi nel settore assicurativo - Art. 5 (Modifiche al decreto-legge n. 857 del 1976, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 39 del 1977), comma 3: "*Agli effetti di cui al comma 2, per danno biologico si intende la lesione all'integrità psicofisica della persona, suscettibile di accertamento medico-legale. (...)*".

[23] Dlgs 7 settembre 2005, n. 209 "Codice delle Assicurazioni Private" (GU n. 239 del 13-10-2005 - Suppl. Ordinario n. 163). Titolo X - Assicurazioni obbligatorie per i veicoli a motore e i natanti. Capo III - Risarcimento del danno. Art. 138 (Danno biologico per lesioni di non lieve entità), n. 2, lett. a): "*agli effetti della tabella per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito*".

[24] Art. 62 CDM: "L'attività medico-legale, qualunque sia la posizione di garanzia nella quale viene esercitata, deve evitare situazioni di conflitto di interesse ed è subordinata all'effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso (...)".

[25] Art. 220 c.p., comma 2, (Oggetto della perizia): "(...) *Salvo quanto previsto ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza, non sono ammesse perizie per stabilire l'abitualità o la professionalità del reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere qualità psichiche indipendenti da cause patologiche*".

Pertanto, alla luce di queste considerazioni, appaiono, a nostro avviso, forzate tutte quelle interpretazioni che attribuiscono alla c.d. "diagnosi psicologica" indebite dilatazioni, denaturando la natura e le finalità della disciplina stessa ed uscendo dai precetti della legge 56/89 che, non a caso, vieta "*ogni intervento di competenza esclusiva della professione medica*" (art. 3, L. 56/1989); psichiatria e psicologia clinica contribuiscono entrambe, attraverso la formulazione di un sistema interpretativo-esplicativo clinicamente fondato, allo stesso obiettivo, ovvero alla conoscenza di tutte quelle variabili che concorrono alla sofferenza di una persona onde indirizzare un idoneo intervento terapeutico o guidare una corretta valutazione peritale, non dovendosi però dimenticare, come, sebbene sinergico, "*il contributo della psicologia clinica non può sostituire quello fondamentale e primario della psichiatria*" (Fornari, 2005).

Bibliografia

1. Bianchi A (2007) La complessità del danno psichico. Responsabilità Civile e Previdenza 9-11: 1190 ss, 2470 ss.
2. Buzzi F (2008) Ovvero in tema di (ricercate) incomprensioni fra neuropsicologia e medicina legale. Riv. It. Med. Leg. 3: 945.
3. C.N.O.P. Gruppo di Lavoro "Atti Tipici" (2009). Parere sulla Diagnosi Psicologica e Psicopatologica. Roma 29 maggio 2009. In: www.psy.it
4. Cimino L, Landuzzi F, Vasapollo D (2010). Medico e psicologo: l'importanza di definirne l'ambito di competenza. Riv. It. Med. Leg. 6: 967-988.
5. Cimino L. Il contributo della psicopatologia fenomenologica nella diagnosi psichiatrico-forense. In: Cerisoli M., Vasapollo D., Cimino L (con la collaborazione di). Problematiche medico legali e valutazione del danno nelle patologie di interesse psichiatrico. Società Editrice Universo. Roma, 2012.
6. Del Corno F. Diagnosi psichiatrica e diagnosi psicologica. In: Dazzi N, Lingiardi V, Gazzillo F (a cura di). La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia. Raffaello Cortina Editore. Varese, 2009.
7. Del Pistoia L. Psicopatologia: realtà di un mito. In: www.psychomedia.it
8. Engel G (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Scienze; 196: 129-36.
9. Fornari U, Delsedime M, Milano MM (2005) Percorsi clinici e discipline forensi. Centro Scientifico Editore. Torino.
10. Fornari U (2008) Trattato di psichiatria forense. Utet, Torino.
11. - (2015) Trattato di psichiatria Forense. Utet, Torino.
12. Frati F (2005) La diagnosi psicologica nel servizio sanitario nazionale e la certificazione psicologica per gli psicologi professionisti. Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna, n.1 Anno X.
13. Gulotta G (2006) Parere Pro Veritate. Milano, 14 dicembre. In: www.ordinepsicologi.piemonte.it
14. Lanteri-Laura G, Bouttier JG. Psychologie pathologique. EMC 37032, 1983.
15. Linee di principio e metodologico-operative medico-legali in responsabilità civile. Associazione Sindacato Italiano Specialisti in Medicina Legale e delle Assicurazioni. In: www.sismla.it
16. Motta G, Magliona B (2000) Le nuove professioni sanitarie: una riforma incompiuta? Professione 10(9): 29-35.
17. Mottola M (2007) Diagnosi in ambito psicologico e diagnosi differenziale medica. In: www.Psychomedia.it, 8 Novembre.
18. Negrini G, Cicognani A, Alberti T (2004) Rapporti tra operatori sanitari di diversa professionalità. Professione 12(2): 14-18.
19. Niolu C, Robone C, Siracusano A. Relazione medico-paziente, colloquio psichiatrico, anamnesi psichiatrica, esame psichico. In: Balestrieri M, Bellantuono C, Berardi D, di Giannantonio M, Rigatelli M, Siracusano A, Zoccali R.A. Manuale di Psichiatria. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2007.
20. Norelli GA (2000) La medicina: una scienza unitaria. Toscana Medica 1: 4-6.
21. Pajardi D, Macrì L, Merzagora Betsos I. (2006) Guida alla valutazione del danno psichico. Giuffrè Editore, Milano.
22. Pajardi D. (2009) Il ruolo dello Psicologo giuridico: identità, formazione e tutela della Professionalità. In: www.ordpsicologier.it
23. Pazzagli A, Benvenuto P (2006). Per una psicologia del patologico. Rivista di psicologia clinica 2/3: 135-140.
24. Poli E, Cioni P (2007) Psicopatologia generale. In: Cassano BG. Psicopatologia e clinica psichiatrica. Utet, Milano.
25. Rodriguez D, Aprile A (2004) L'autonomia delle professioni sanitarie (2°). Professione 12(2): 9-13.
26. Rossi Monti M (a cura di). Percorsi di psicopatologia. Fondamenti in evoluzione. FrancoAngeli, Milano, 2002.
27. Rossi N. Definizione e delimitazione della psicologia clinica. In: Trombini G (a cura di) Introduzione alla clinica psicologica. Zanichelli, Bologna, 1994.
28. Sartori G (2007) Parere pro veritate. Padova 12 giugno 2007. In: www.psibz.org
29. Scudellari P, Petio C. La psicopatologia fenomenologia nell'ascolto e nella cura del paziente. Abstract Book, TDM 2008 International Meeting, Bologna, October 2-3, 2008, pag.146-7.
30. Sims A (2004) Introduzione alla psicopatologia descrittiva. Terza edizione. Raffaello Cortina Editore, Milano.
31. Smith S (1976). Psychological testing and the mind of the tester. Bulleting of the Menninger Clinic 40(5): 565-572.
32. Stanghellini G, Rossi Monti M, Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica. Raffaello Cortina Editore, Varese, 2009.
33. Torchia L (2008) Parere sulla possibilità per gli psicologi di effettuare diagnosi nel campo di loro pertinenza. 21 gennaio 2008. In: www.psy.it
34. Zannotti R. La responsabilità penale dello psichiatra e dello psicologo. In: Giusti G (diretto da:) Trattato di Medicina legale e Scienze affini. CEDAM, Milano, 2008.

Atto medico ed ambulanze 118

Lettera aperta all'On. Donata Lenzi da parte del Dott. Salvatore Lumia, Consigliere dell'OMCeo di Bologna

Cara amica ti scrivo...
Cara Donata, ho letto sbigottito sui giornali delle tue dichiarazioni fatte alla Festa dell'Unità sull'Ordine dei Medici di Bologna, circa il problema della sospensione di alcuni medici che, avendo scritto delle procedure in cui delegano agli infermieri atti medici, hanno commesso una istigazione all'abuso di professione.
Conosco bene la tua posizione, ma credo che le tue affermazioni fatte alla Festa dell'Unità in un dibattito, oltretutto, senza nessun invitato dell'Ordine dei Medici a controbattere, siano state un po' esagerate.
Conosco bene la tua posizione, che mi sembra sposi di più le tesi di una parte professionale che, in maniera un po' talebana e senza un reale confronto, intende il proprio sviluppo professionale come una invasione di campo della professione altrui; per fortuna la gran parte di quei professionisti (io ci lavoro insieme tutti giorni sai), non condivide questa visione.
Conosco bene la tua posizione, che è dettata soprattutto dal fatto che, se si attribuissero le funzioni di una professione a dei professionisti che costano meno, le aziende sanitarie e le regioni potrebbero risparmiare un bel po' di soldini, che magari verrebbero poi utilizzate dai Direttori di quelle per elargirsi premi di risultato consistenti.
Conosco bene la tua posizione secondo la quale un Ordine dei Medici (che peraltro è un organo di controllo dello Stato) non dovrebbe mettere in discussione le decisioni di un'Azienda Sanitaria; ma vedi: se una ipotetica azienda trasporti decidesse di far guidare gli autobus ai dipendenti che hanno la patente B e non la prevista D E pubblica, nessuno dovrebbe intervenire? Oppure se una compagnia aerea decidesse di far pilotare i propri voli di linea a piloti che hanno il brevetto per il Piper o agli assistenti di volo, facendo solo qualche corso interno? Tutto bene?
O deve esserci un organo dello stato che, per la tutela del Cittadino (o del paziente) faccia rispettare le norme vigenti sulle patenti, brevetti, abilitazioni professionali conseguenti ad un certo corso di studio, ecc...
E le regole devono esistere solo per i privati e non per le Aziende sanitarie?
Voler far rispettare le regole non mi sembra un atteggiamento conservatore, semmai di buon senso a tutela della salute pubblica.
Certo le regole si possono cambiare, e tu sei una di quelle persone che (anche con il mio voto e con il voto di tutti quelli che seguono i miei consigli) sei stata delegata a scrivere le leggi e le regole, quindi scrivete una nuova legge che definisca esattamente cosa deve fare un professionista e cosa un altro, in maniera che poi l'Università adegui i propri programmi di studio alla formazione delle nuove figure professionali disegnate; definite con quali "esami" possiamo dare le nuove abilitazioni, patenti di guida, brevetti di pilota, e poi così cambieremo le cose e faremo rispettare quelle nuove regole, che così definiranno anche le responsabilità di "chi fa cosa", e l'aspetto della responsabilità oggi è molto sentito.
A me sembra che non sia l'Ordine a mettere in discussione ed in allarme un intero sistema, ma sia questo "sistema" che si inventa modelli che mettono in discussione regole e professioni, creando poi situazioni di reale rischio per i cittadini/pazienti

fonte: *Quotidiano Sanità*

***

Lettera al dottor Giancarlo Pizza

Caro Giancarlo,
ti prego di esprimere il mio apprezzamento e la mia gratitudine al Collega Lumia per la sua lucida, onesta e coraggiosa lettera aperta che condivido pienamente. Con questa lettera il Collega Lumia, da posizione non sospetta, rende giustizia in particolare alla tua coraggiosa, appassionata e meritoria azione personale che spesso ti ha esposto a critiche strumentali

anche da parte di personaggi "minori" del nostro mondo professionale.
Nei giorni scorsi ho avuto modo di scorgere in modo informale una versione del c. 566 (mi dicono di fonte ministeriale) tesa ad emendare quest'ultimo; con i limiti degli aspetti puntualizzati, mi è sembrata una cosa che va verso una direzione positiva. Se ciò che sembra dovesse confermarsi vorrà dire che la tua e la nostra (senza dimenticare Roberto) posizione illuminata, onesta e coraggiosa (ci vuole coraggio a non omologarsi al potere che sbaglia) sta incominciando a dare i suoi frutti forse (per scaramanzia non lo direi) si sta aggiustando la lunghezza d'onda di pensiero in materia.
Il Presidente pro tempore dell'OMCeO di Roma e Provincia plaude all'iniziativa del Consigliere dott. Salvatore Lumia dell'OMCeO di Bologna e Provincia, condividendo i contenuti della lettera aperta, e si impegna a trasmetterla a tutti i componenti del Consiglio Direttivo dell'OMCeO di Roma e Provincia, nonché a pubblicarla sul sito affinché sia portata alla conoscenza di tutti gli iscritti all'Albo.
Un abbraccio

Giuseppe Lavra
Presidente OMCeO Roma

Responsabilità civile Professionale del Medico

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

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

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

PREMIO € 250,00

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

Per informazioni :

GAFEMAR SRL
VIA SABATINI, 3 40133 BOLOGNA 05119980051 info@gafemar.it
Riferimento: Giuseppe Verardi 3384058137
Gafemar srl è un Intermediario Assicurativo iscritto al Registro IVASS (RUI) al n. A000348325

Un nuovo Servizio Domiciliare ANT: il Servizio PICC

Il paziente in fase avanzata o avanzatissima (i terminali) di malattia presentano, in genere, uno scarso patrimonio venoso periferico a causa delle continue infusioni o dei ripetuti prelievi. Tutto ciò riguarda particolarmente i pazienti oncologici. Per questo la Fondazione ANT ha organizzato un Servizio per il posizionamento di PICC (Peripherally Inserted Central Catheter) / Midline a domicilio e la loro gestione per tutti i pazienti oncologici e non, assistiti a domicilio.

Questo Servizio detto Servizio PICC ANT, completamente gratuito per gli assistiti dalla Fondazione, è coordinato dalla dottoressa Mellone e ne fanno parte anche i seguenti Operatori ANT: la dottoressa Raspone, il dottor Giordani, la dottoressa Severini e la dottoressa Morelli ed ha iniziato la sua attività nel giugno del 2012 (Bologna, Pesaro, Firenze, Ferrara, Verona, Brescia, Taranto e Lecce).

Per effettuare l'impianto a domicilio si utilizzano massime protezioni di barriera e ci si avvale di un ecografo facilmente trasportabile, dotato di sonde finalizzate esclusivamente all'identificazione delle vene periferiche del braccio non visibili né palpabili (basilica, brachiale o cefalica) e di un elettrocardiografo che permette di individuare la giusta posizione della punta del PICC a livello della giunzione atrio-cavale. Mentre l'elettrodo intracavitario entra nel terzo medio della Vena Cava e procede verso l'atrio, l'onda P subisce un caratteristico cambio di morfologia.

Di grande importanza risulta essere il rispetto delle regole di base che qui riportiamo:

1) igiene delle mani e massime precauzioni di barriera;
2) scelta appropriata del sito d'inserzione;
3) impianto eco-ed ecg guidato;
4) utilizzo di clorexidina al 2% per l'antisepsi cutanea;
5) l'impiego di suturless device per il fissaggio del catetere;
6) impiego di medicazioni semipermeabili trasparenti.

Il Midline ha caratteristiche molto simili al PICC e la modalità della tecnica d'inserimento è identica ma, a differenza del PICC, è un catetere periferico, la cui punta viene posizionata a livello della vena ascellare o della vena succlavia non in posizione "Centrale".

INDICAZIONI: pazienti adulti oncologici e non, con patrimonio venoso periferico scarso o assente, bisognosi di un accesso venoso stabile e sicuro.

Dal Giugno 2012 al dicembre 2015 il servizio PICC ha impiantato 397 Midline e 407 PICC ed ha interessato 804 pazienti adulti affetti da tumore in fase avanzata ricoverati presso il proprio domicilio.

I seguenti dati riguardano il lavoro svolto dal 1/1/14 al 31/12/15. Il campione esaminato a cura dell'ANT riguarda 470 Pazienti, 261 Midline (55,5%) e 209 PICC (44,5%).

In 284 pazienti (62,4%) i dispositivi sono stati inseriti mediante l'incannulamento della vena Basilica e in 186 pazienti (37,6%) mediante l'incannulamento della vena Brachiale. Età compresa tra i 30 e i 90 anni, un KPS >30%, ed un'aspettativa di vita > 30 giorni.

424 pazienti (90,2%) erano affetti da tumore solido e 46 pazienti (9,8%) da tumore ematologico.

Terapie effettuate: reidratanti 54,4%; NPT 21,3%; emotrasfusioni 16,1%; chemioterapia 7,6%; terapia del dolore: 0,6%;

CAUSE DI RIMOZIONE DEI CATETERI: nel 97,3% per exitus: (a domicilio nel 92,3%; in Hospice nel 2,5%; Ospedale tradizionale nel 2,5%); 2,5% per complicanze provocate da: ostruzione del lume (0,5%); rottura del catetere: (0,4%); trombosi venosa (0,4%); infezioni (0,4%); rimozione accidentale(0,8%).

Il dispositivo, inoltre, è stato rimosso a fine trattamento nello 0,2%.

TEMPO DI PERMANENZA DEL CATETERE:

29% < 1 mese; 40% 30-60gg; 15% 2-6 mesi; 9% 6-8 mesi e 7% oltre 8 mesi.

CONCLUSIONI

È prioritaria un'informazione corretta e completa al paziente. Il PICC è più indicato per la chemioterapia e la NPT endovenosa per periodi medi-lunghi ed il MIDLINE è indicato per terapie infusionali reidratanti, emotrasfusioni e per terapie antalgiche. Il costo dei Midline è maggiore rispetto a quello del Catetere Venoso Periferico (CVP), ma considerando la durata (il CVP deve essere sostituito entro 72-96 ore) e il basso numero di complicanze catetere correlate, il rapporto costo-efficacia nel tempo risulta essere a favore del Midline. Sia il PICC sia il Midline sono dispositivi che portano alla riduzione del numero di ripetute incannulazioni e di venipunture, diminuendo il "discomfort" del paziente, aumentandone la soddisfazione e garantendo maggiore sicurezza nell'offrire sempre la possibilità di un accesso venoso. Infine va segnalato che il bassissimo numero di complicanze catetere-correlate, la presenza di un accesso venoso stabile, sicuro e duraturo nel tempo ne indicano l'appropriatezza dell'impianto dei device a domicilio.

A.M.A.B. – Associazione Medici Agopuntori Bolognesi
Scuola Italo Cinese di Agopuntura

CORSO DI AGOPUNTURA E MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Il corso è patrocinato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bologna, in convenzione con l'Azienda USL di Bologna e in collaborazione con la Facoltà di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino.
Sede: Bologna, Policlinico Sant'Orsola.
Inizio corso: 26 novembre 2016.
Direzione scuola: Dott. Carlo Maria Giovanardi e Dott. Umberto Mazzanti.
Durata: 3 anni, lezioni teorico-pratiche annuali che si svolgono in 9 weekend.
Tirocinio clinico pratico presso strutture pubbliche e possibilità di stage presso ospedali e Università cinesi.
Titolo rilasciato: Attestato Italiano della Federazione Italiana delle Società di Agopuntura (FISA). L'Attestato valido ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 è equipollente a quelli rilasciati dalle università e ai fini dell'iscrizione nei Registri istituiti dagli Ordini professionali dei medici chirurghi e degli odontoiatri.
Destinatari: Laureati in Medicina e Chirurgia e Odontoiatri.
Ecm: sono rilasciati crediti ECM.
Quota: €1.960,00 (IVA compresa), €1.360,00 (IVA compresa) per il primo anno ai neo laureati.
Segreteria organizzativa: segreteriascuola@amabonline.it, Tel. 3409553985, www.amabonline.it

Up to date in radiodiagnostica mammaria

Intervista a Gino Ghigi

La prevenzione oncologica è oggi più che mai determinante e sempre più spesso una diagnosi precoce significa poter vincere la partita contro il cancro. Quali nel tuo settore le novità più importanti?

In ambito senologico,come è noto, stiamo assistendo ad un progressivo incremento di forme neoplastiche tanto che in Italia ogni anno si sviluppano circa 50.000 nuovi casi. Si stima che una donna italiana su 10 abbia aspettativa di ammalarsi di tumore nel corso della vita. A fronte di questi dati preoccupanti abbiamo assistito in questi ultimi anni ad una diminuzione della mortalità legata a questa patologia. Ciò è dovuto a due motivi: la diagnosi precoce ed il miglioramento delle terapie. È per questo motivo che la Mammografia clinica e lo Screening rivestono un ruolo determinante nel riconoscimento precoce delle lesioni mammarie. Oggi la Mammografia digitale assieme all'esame clinico ed all'Ecografia costituiscono le indagini di primo livello. Le indagini di secondo livello sono rappresentate dalla Risonanza Magnetica, dalla Mammografia con contrasto, dalla Medicina Nucleare, dall'esame citologico e dall'agobiopsia. Oggi disponiamo però di una nuova metodica strumentale radiologica: la Tomosintesi.

Si sente parlare di Tomosintesi mammaria: puoi spiegarci di cosa si tratta esattamente e quali vantaggi comporta rispetto alla tradizionale Mammografia digitale?

La Tomosintesi si può definire una metodica tridimensionale che si basa sull'acquisizione di varie proiezioni della mammella ottenute con un movimento angolare del tubo radiogeno sul principio della tomografia o stratigrafia. Vengono ricostruite sottili sezioni ad alta risoluzione che possono essere visualizzate in sequenza o in modo dinamico (cine loop). Il "rumore" strutturale cioè determinato dalla sovrapposizione della struttura mammaria risulta assai ridotto. La Mammografia digitale risulta ancora oggi il gold standard per lo studio della mammella. La sensibilità della Mammografia digitale riportata dalla letteratura è attorno al 90%, tuttavia nei "seni densi" cioè con molta componente fibro-ghiandolare, essa scende fino alla metà. La specificità della Mammografia digitale è molto bassa e questo rappresenta un limite della metodica. Essendo la Mammografia bidimensionale la sensibilità viene ridotta in presenza di strutture con coefficienti di assorbimento simili creando falsi negativi. Oppure è possibile che per la sovrapposizione dei tessuti possa venir simulata una lesione creando un falso positivo. La Tomosintesi è metodica tridimensionale e quindi in parte supera i limiti della Mammografia digitale consentendo una migliore performance diagnostica (sino al 40% secondo un recente studio svedese).

Puoi spiegare meglio cosa significa, in termini pratici, potere disporre di un esame che assicura maggior sensibilità e maggior specificità?

L'impiego della Tomosintesi, secondo i dati della letteratura, determina una lieve riduzione dei falsi negativi con una sensibilità superiore rispetto alla Mammografia digitale, sensibilità che peraltro è già molto alta (90%). La specificità della Tomosintesi è nettamente superiore rispetto a quella della Mammografia digitale (85%>23%) con una marcata riduzione dei falsi positivi. L'impiego della Tomosintesi evita quindi il ricorso ad approfondimenti quali proiezioni mammografiche aggiuntive, ingrandimenti ed esami di secondo livello in particolare ago-aspirati. In definitiva la Tomosin-

tesi consente la diagnosi di carcinomi invasivi e non con il riconoscimento di masse e distorsioni. Per ciò che riguarda il riconoscimento di micro calcificazioni la letteratura è per ora discorde nel riconoscere il primato all'una o all'altra metodica. Ricordo comunque come sia possibile, partendo dalle immagini della Tomosintesi, "costruire" immagini sintetiche cioè che risultano dalla somma delle varie sezioni, ottenendo immagini del tutto equivalenti a quelle della Mammografia digitale.

Secondo il tuo parere dovrebbe sostituire la MD come esame di screening preliminare o dobbiamo considerarlo come un esame supplementare per una diagnosi di secondo livello?

La Tomosintesi ha alta sensibilità ed alta specificità, consente di ottenere oltre che un'analisi tomografica (simile alla TAC) anche immagini sintetiche equivalenti a quelle della Mammografia digitale, senza necessità di una doppia esposizione. La dose di radiazioni ionizzanti che ricevono le pazienti per eseguire una Tomosintesi risulta lievemente superiore a quella erogata per eseguire una Mammografia digitale e varia da 1,1 a 1,5 volte a seconda dell'apparecchiatura utilizzata prodotta da diverse industrie. Tale dose risulta comunque essere ampiamente all'interno dei range stabiliti dalle normative. Pertanto per i vantaggi che presenta questa nuova metodica penso che debba essere utilizzata come esame di primo livello in sostituzione della Mammografia digitale. Del resto come ho potuto ascoltare agli ultimi Convegni a cui ho partecipato alcuni Centri in Italia ed in Europa già la utilizzano per eseguire gli screening alle popolazioni femminili dei loro territori. Ritengo che questo cambiamento debba avvenire in modo graduale dopo aver divulgato la conoscenza e l'utilizzo della nuova apparecchiatura sia ai medici che agli operatori sanitari che a tutta la popolazione femminile. Mi aspetto inoltre nuove linee guida emanate dalle maggiori Società scientifiche.

La Tomosintesi mammaria è disponibile presso tutte le maggiori strutture ospedaliere?

A Bologna mi risulta che la Tomosintesi sia disponibile presso l'Ospedale Bellaria e presso L'Ospedale Privato Accreditato Villa Erbosa in cui svolgo la mia attività libero professionale.
Sul territorio nazionale ed in Europa si sta diffondendo rapidamente presso tutti i maggiori Centri di Senologia e di screening.

Parlaci un po' di te: come ti sei avvicinato alla radiologia e quali i passaggi cruciali della tua carriera.

Quando ero studente avevo una grande passione per la fotografia. Quale occasione migliore per un giovane fotografo poter vedere l'interno del corpo umano e poter diagnosticare malattie? Dopo la scuola di specialità ho vinto una borsa di studio dell'Università di Bologna e dopo un concorso per Assistente Universitario presso l'Istituto di Radiologia al S. Orsola. Ciò ha consentito di potermi dedicare alle nuove metodiche di allora: Ecografia, TAC ed RM. In particolare negli anni Ottanta ho seguito la fase pionieristica dell'ecografia contribuendo a realizzare un nuovo polo diagnostico e divulgando l'insegnamento con i corsi di addestramento voluti dalla SIRM. È stato quel periodo molto fecondo per la partecipazione ai Congressi e per l' attività scientifica. Sono stato poi chiamato all'insegnamento universitario come Professore Associato prima di Anatomia Radiologica e poi di Radiologia al Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia.
L'interesse per il distretto oro-maxillo-facciale mi ha poi portato alla fine degli anni Novanta in via San Vitale presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università a ricoprire l'Insegnamento al Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria. In collaborazione con le Industrie ho contribuito alla messa a punto ed alla divulgazione di una nuova TAC dedicata alla Odontoiatria: TC cone beam. Questa opportunità ha consentito una visibilità della mia attività a livello nazionale che mi ha permesso di presiedere la Sez. di Radiologia odontostomatologica e capo-collo della SIRM e di organizzare Corsi e Convegni nazionali di cui tre tenuti a Bologna. Attualmente, pensionato all'Università, svolgo attività libero-professionale dedicandomi a quelle parti della Radiologia che più ho amato.

A tuo parere la specializzazione in radiologia va bene così o dovrebbe essere ristrutturata sulla base del vertiginoso aumento delle competenze, soprattutto tecnologiche, da cui è stata caratterizzata negli ultimi due decenni?

La Radiologia, oggi Diagnostica per immagini, ha subito negli ultimi 30 anni una rivoluzione tecnologica molto significativa. Il radiologo che un tempo si occupava di tutto ormai è scomparso ed è stato sostituito dalla specialista d'organo, di tecnica, dal radiologo interventista. La SIRM sta già percorrendo questo cammino avendo istituito nell'ambito della propria Società sezioni di studio

che organizzano Corsi di aggiornamento continui e Convegni dedicati. La Scuola di Specializzazione in Diagnostica per Immagini si è adeguata a questo cambiamento cercando di dare una conoscenza globale. A mio parere sarebbe opportuno integrare queste conoscenze con Master dedicati.

Quali potrebbero essere secondo te i campi di maggior progresso ed innovazione per la radiologia dei prossimi anni?
La Radiologia 3D ha recentemente avuto un importante ruolo nel modificare l'approccio diagnostico e terapeutico in particolare in ambito chirurgico consentendo simulazione di interventi o approccio computer guidati. Penso che le possibilità della Radiologia 3D non siano state ancora completamente utilizzate.
Un altro settore della Radiologia con grandi possibilità di sviluppo è sicuramente quello della Radiologia Interventiva sia vascolare (angioplastica, posizionamento di stents, embolizzazioni, ecc.) che extravascolari: procedure terapeutiche per via percutanea nelle situazioni di non operabilità.

Non solo medicina (e radiologia)... Quali i tuoi hobby nella vita?
Pur avendo lasciato da alcuni anni le strutture ospedaliere-universitarie continuo con entusiasmo a praticare a "tempo definito" la professione in alcune strutture private provando piacere nel rapporto umano che si instaura con i pazienti ma anche nuovi stimoli, provando metodiche come la tomosintesi di cui ho parlato. Quindi per me la Radiologia è un hobby, non un lavoro. Ma al di fuori della Medicina una passione che mi è sempre appartenuta è il mio rapporto preferenziale con la natura e con gli spazi della Montagna; è per questo che quando ho la possibilità trascorro i miei fine settimana in Val Gardena, specie d'inverno, con gli sci, le ciaspole ma anche solo con gli scarponi.

Prof. Gino Ghigi (Radiologo)
Già Professore Associato di Diagnostica per immagini e Radioterapia - Università degli Studi di Bologna
gino.ghigi@gmail.com

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Ai Colli

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO PSICHIATRICO
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
- Psicogeriatria
- Etnopsichiatria e Servizio di Consultazione Culturale:
  Coordinatore:
  Dott. Vincenzo Spigonardo

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061
Sito internet: ***www.aicolli.com*** E-mail: ***casadicura@aicolli.com***
40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

La medicina personalizzata. Importanza della medicina di genere

Sergio Semeraro

PREMESSA

Giovannella Baggio chi era costei? Perdonatemi la metafora manzoniana (ed anche un po' ... calcistica) ma, al contrario dello sconosciuto Corneade, si tratta di una collega assai nota. Essa ha infatti fondato, e ne è la presidente, il *Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere* (1). Vi è inoltre la *Società Italiana per la Salute e Medicina di Genere* (2).

DEFINIZIONE. "La Medicina di Genere non è la salute della donna e dell'uomo. È lo studio delle risposte, in termini di terapia, diagnostica e prevenzione, da dare a quelle patologie dell'uomo e della donna che incidono egualmente nei due generi e che non sono legate alla funzione produttiva" (3).

Si tratta, al fine, non di una nuova specializzazione (ce ne sono anche troppe) ma di una nuova *cultura operativa* che deve doverosamente conquistare l'attenzione di tutta la classe medica (e non). Tante sono infatti le peculiarità di genere che spesso emergono in rapporto a fattori morbosi che colpiscono sia donne che uomini. Non parliamo di COSTI DELLA SALUTE ma di INVESTIMENTI PER LA SALUTE. L'approccio della Medicina di Genere può infatti anche contribuire alla *riduzione dei costi*, in quanto opera in favore di una *medicina personalizzata* e, conseguentemente, più *efficace* nella restituzione della salute (4).

GENERE E INVECCHIAMENTO

In un recente mio articolo sul nostro "Bollettino Notiziario" (5) ho sottolineato l'importanza dell'età anagrafica nel processo di identificazione del malato, al fine appunto di una medicina personalizzata, occupandomi prevalentemente in qualità di geriatra delle problematiche delle persone anziane.

Non minore importanza, rivestono, al fine di una identificazione del malato, le caratteristiche che sono proprie del GENERE. Caratteristiche che riguardano non solo la salute e la medicina, ma che comprendono anche importanti fattori di ordine culturale e sociale.

VITA ATTIVA E VITA NON ATTIVA NEI DUE GENERI

È noto come a partire dall'Unità d'Italia il genere femminile, dopo averlo raggiunto, ha progressivamente distanziato quello maschile in merito all'*aspettativa di vita*. A tale proposito sappiamo, e ce lo dimostra l'I.S.T.A.T. nella tabella 1, che la esistenza degli over 65 si compone di due segmenti. Il primo si caratterizza spesso per una prosecuzione almeno parziale della attività lavorativa, conservazione di interessi, attualità di ruoli sia sociali che familiari. Il secondo segmento si caratterizza spesso, con evidenti peculiarità, per una perdita progressiva dei propri ruoli ed interessi, con ritmi che si fanno sempre più casalinghi. Inoltre si affacciano spesso i segni di una progressiva perdita dell'autosufficienza (Tab. 1).

Ebbene i dati, come dimostrato dalla citata tabella, affermano che la percentuale di vita attiva (% sulla totale residua) risulta maggiore negli uomini rispetto alle donne.

MOVIMENTO E POSTURA

"Movimento, movimento" è la parola (ripetuta) con cui Heriberto Herrera, coach dell'Inter, sintetizzava il concetto, fondamentale secondo lui, per un buon espletarsi del gioco del calcio.

Assumo questo detto dell'allenatore neroazzurro quale metafora (e due) per introdurre il problema di queste due funzioni, essenziali per un buon rapporto con l'ambiente che ci circonda (e con noi stessi) particolarmente nell'età *avanzata*.

In questo campo emergono notevoli differenze per quel che concerne i due generi. Conseguenti sono le opportunità, anzi le necessità di porvi rimedio (6).

Tabella 1 - RAPPORTO VITA ATTIVA RESIDUA/VITA TOTALE

	DONNE			UOMINI		
	TOTALE	ATTIVA	% A/T	TOTALE	ATTIVA	% A/T
65-69	19.6	10.6	**54,8%**	13.11	9.3	**70,93%**
70-74	16.2	8.12	**50,12%**	11.9	8.2	**68,9%**
75-79	13.1	7.1	**54,19%**	9.6	6.5	**67,7%**
80-84	9.8	4.8	**48,19%**	7.4	4.8	**64,86%**
≥ 85	7.8	2.8	**35,89%**	6.5	3.3	**50,76%**

Tabella 2 - LE QUATTRO PAUSE

Sindrome clinica	Organi produttori degli ormoni	Ormoni carenti	Andamento clinico
Menopausa	Ovaie	Estrogeni	Cessazione improvvisa
Andropausa	Testicoli	Testosterone	Riduzione progressiva
Adrenopausa	Ghiandole surrenali	Deidroepi-androsterone	Riduzione progressiva
Somatopausa	Ipofisi	Ormone Somatotropo (crescita)	Riduzione progressiva

Tabella 3 - DECESSI PER MALATTIE CARDIOCIRCOLATORIE

ANNI	UOMO	DONNA
≤ 75	34.959	17.246
> 75	70.415	113.542

Istituto Superiore di Sanità

Tabella 4 - DECESSI PER MALATTIE CEREBROVASCOLARI

ANNI	UOMO	DONNA
≤ 75	6.578	4.685
> 75	19.786	34.452

Istituto Superiore di Sanità

LA SARCOPENIA

Significa, com'è noto, *perdita della massa muscolare*, che si concretizza attraverso tre meccanismi. 1) Atrofia ex non uso (7). 2) Fattori dovuti all'invecchiamento (8). 3) Insufficiente apporto alimentare proteico (8).

CONSEGUENZE DI ORDINE PRATICO

1) Di ordine DINAMICO

– Tasso di disabilità della donna (5-12%) doppio rispetto agli uomini (I.S.T.A.T.)

– Il 46% delle donne non svolge attività fisica rispetto al 34% degli uomini (I.S.T.A.T.)

– L' ipercifosi dorsale (con rischio di caduta) è più frequente nel genere femminile (9)

– La postfall syndrome (esiti di pregresse cadute) è più frequente nelle donne (10)

– Incidenti domestici: il 65% riguardano le donne (I.S.T.A.T.)

2) Di ordine ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGICO (I.S.T.A.T.)

– Fratture di femore annuali: 80.000 di cui il 70% nel genere femminile con mortalità ospedaliera ad un anno del 60%

– Tasso di istituzionalizzazione del 20-25%

– Costo complessivo: 1 miliardo di euro

PROVVEDIMENTI PREVENTIVO-TERAPEUTICI

1) Di ordine FISICO

– Allenamento contro resistenza (6)

– Solo nel genere maschile somministrazione di ormone somatotropo più ormoni sessuali

2) Di ordine ALIMENTARE

– Adeguato apporto di proteine. Il muscolo non è solo un tessuto contrattile ma sostiene la funzione di *vero organo*, ben collegato col metabolismo generale. Nella ipoalimentazione il fegato (attraverso complessi meccanismi) mantiene la glicemia "rubando" gli aminoacidi al muscolo, da cui l'atrofia (9).

Alla faccia dei vegani!

LA SOLITUDINE GRANDE NEMICA DELLE DONNE

Tre i fattori determinanti. 1) Aumento spettanza di vita. 2) Trasformazione delle civiltà agricole in quelle industriali. 3) L'urbanizzazione.

Nel 2007 in Italia 3.826.586 vedove contro 697.266 vedovi (12).
A Bologna calcolato il *rischio di solitudine* in base a tre fattori (vedovanza, divorzio, celibato o nubilanza) è risultato coinvolgere 44.000 donne contro nemmeno 7.000 uomini (I.S.T.A.T.).
La solitudine associata anche ad una sottovalutazione dell'evento si rivela, non infrequentemente, un fattore di ritardo, appunto per le donne, del ricovero ospedaliero anche per eventi acuti (13).

INVECCHIAMENTO ORMONALE (Tab. 2)
MENOPAUSA SÌ ANDROPAUSA NO
Nel genere maschile "progressiva" riduzione degli ormoni sessuali dell'1% l'anno a partire dai 30 anni (no pausis).
Nel genere femminile improvvisa "cessazione" (menopausa dal greco cessazione del sangue) della increzione di estrogeni con iperincrezione reattiva di ormoni ipofisari da cui il climaterio (dal greco *klimoten*, scalino).
Terapia ormonale sostitutiva sconsigliata: può favorire neoplasie mammarie.
Sconsigliata anche se possibile l'asportazione precoce delle ovaie, come da Neurology e da ulteriori studi, in quanto favorirebbe il rischio di precocità di disturbi cognitivi nonché di insorgenza del Parkinson. La carenza di estrogeni influisce in maniera notevole anche sull'apparato osteo-articolare (vedi).

OKINAWA PARADISO DELLE DONNE (GRAZIE ALLA SOIA)
Uno studio ministeriale giapponese (14) ha riscontrato nelle donne di quest'isola elevatissima aspettativa di vita, numero elevato di centenarie, notevole e duraturo impegno sociale, anche in qualità di "sacerdotesse".
La causa: elevato consumo di estrogeni naturali (non agenti sui recettori mammari), contenuti nella soia; alimento colà assunto in grande quantità.
In quell'isola la terapia sostitutiva ormonale è sconosciuta: non ve n'è bisogno!

NO ADRENOPAUSA
Concentrazione minore nelle donne del D.H.E.A. (forma attiva il D.H.E.A.S.).
Riduzione con l'età in entrambi i sessi che si pareggia in età avanzata.
Bassi tassi di D.H.E.A.S. in relazione a disturbi cognitivi ed affettivi (depressione). Successi della terapia sostitutiva solo nelle donne (15).
Negli Stati Uniti enfatizzazione di tale ormone: *invecchiamento* identificato col termine "D.H.E.A.S. Deficity Syndrome" (16)!

LA SOMATOPAUSA
L'ormone somototropo, responsabile della crescita per la sua attività sulle cartilagini iuxta ipofisarie, viene prodotto durante tutta la vita anche dopo il raggiungimento della maturità sessuale. Riduzione progressiva: dal 15 al 75% negli > 60enni di entrambi i sessi.
Somministrazione dell'ormone: aumento della muscolatura ossea e riduzione del tasso adiposo. Migliori risultati negli uomini se associato ad ormoni maschili (17).

GENERE E INVECCHIAMENTO CEREBRALE
Escluse peculiarità di genere nelle *abilità intellettuali globali*.
Nelle donne maggiore fruizione dell'emisfero sinistro: mentalità analitica e maggiore propensione alla *comunicazione*.
Nell'uomo mentalità più sintetica e maggiore abilità visuo-spaziali (18).
DISTURBI COGNITIVI. Prevalenti nelle donne ma giustificati dalla loro inferiore "scolarità" propria delle generazioni passate. Influenza della scolarità dimostrata dal Frammingam Study (19).
DISTURBI AFFETTIVI. Prevalgono nel genere femminile negli 65-85enni (20).
Negli uomini maggiore aggressività per iperproduzione di una sostanza proteica da parte di un gene specifico.
Nelle donne una sostanza derivante dalla serotonina è responsabile di ansia ed empatia.
Nelle donne con infarto miocardico, mortalità a quattro anni superiore nei soggetti depressi (21).

GENERE E MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO
Per quel che concerne gli aspetti cronologici della nostra vita terrena si può affermare che le donne, in merito a tali patologie, cominciano "meglio" ma finiscono "peggio" degli uomini (Tab. 3, Tab. 4).
Le tabelle 3 e 4 dell'Istituto Superiore della

Sanità dimostrano che le morti per malattie cardiovascolari e neurovascolari prevalgono nel genere maschile per quel che concerne la popolazione ≤ 75enne. Tale rapporto di genere si inverte nei soggetti > 75enni.
Nella donna la morte per malattie del S.C. è al primo posto a livello europeo con valori superiori a quelli del genere maschile: 52% contro il 42%. Confermati tali dati, anche se relativamente inferiori, dalle statistiche italiane. In merito alla ipertensione arteriosa il 44% delle donne ne soffre ma è alta la percentuale dei soggetti non adeguatamente trattati (22).
L'obesità è presente nel 27% delle donne, il sovrappeso nel 34% (22).
Fattori di rischio specifico per le donne sono i fenomeni legati alla menopausa (carenza di estrogeni) soprattutto se precoce (22).
Importanti sono inoltre fattori quali la pre - eclampsia / eclampsia (22).
La sindrome metabolica si è rivelata statisticamente superiore nelle donne rispetto agli uomini nella popolazione > 65 (27% contro 14,5%) (23).

ASPETTI DI ORDINE MEDICO LEGALE

La Medicina Legale, come ha spesso sottolineato la professoressa Susi Pelotti, si trova direttamente coinvolta nel tema della Medicina di Genere. Basti pensare alle violenze, le mutilazioni genitali femminili, l'infanticidio, gli aspetti medico-legali delle malattie, la sperimentazione clinica, le responsabilità professionali.
Per la complessità dell'argomento suggerisco quindi di consultare due importanti contributi della nominata collega (24) (25).

CONSIDERAZIONI

Per la limitazione dello "spazio", a causa delle dovute e logiche norme editoriali, questo articolo risulta assai sintetico rispetto all'importanza dell'argomento trattato. Spero comunque di aver giocato un'efficace carta in favore di questa *cultura operativa* che deve accumunare tutte le discipline medico-chirurgiche (e non).
Dati più analitici potranno essere estratti dalle note bibliografiche e dai riferimenti relativi alla letteratura specifica.
Mi permetto infine di proporre questo suggerimento. Che ne direste di un apposito INSEGNAMENTO UNIVERSITARIO DELLE MEDICINA DI GENERE?

BIBILIOGRAFIA

1) c/o Unità Operativa Complessa di Medicina Generale. Azienda Ospedaliera di Padova. E-mail: medicinadigenere@sanita.padova.it
2) Presso Fondazione Giovanni Lorenzini Medical Science Foundation. E-mail: info@gendermedicine.org
3) BAGGIO G.: La Medicina di Genere: un'emergenza all'inizio del terzo millennio. Bullettino delle Scienze Mediche 2012 fasc. 1,4-61
4) PERACINO A. P.: Bullettino delle Scienze Mediche 2012 fasc. 1, 29-34
5) SEMERARO S.: Bollettino Notiziario Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri provincia di Bologna. Agosto 2016
6) SAGGIN R. et al.: Geriat, Med J, 1 (suppl.) 2008
7) RYALL J.G. et al.: Cellular and molecular mechanism underlyng age-related, skeletal muscle wasting and weakness. Biogerontology 2008; 9: 213-228.
8) HALACE E. jr: Studies of protein reserves. The relation between protein untake and resistence to protein deprivation. Am. J. Clin. Nutr. 1962; 11: 574-576.
9) DIOGUARDI F.S.: Sarcopenia, Wasting e Cachessia nell'anziano. Geriatria 2011, Vol. XXIII; N° 15; 147-149.
10) COLUCCI O.M. e coll.: Geriat Med. J. 2008.
11) FALASCHI P. e coll.: Geriat Med. J. 2008.
12) SARACENO C.: La Stampa 17/1/2007
13) Women Ischemic Syndrome Evolution
14) Ministero Giapponese della Salute e della Previdenza Sociale. Sezione Informazione e Statistiche 1996.
15) WOLF O.T. e al.: J. Clin. Endocr and Metet., 82, 1997.
16) OKONATO K. et al., Epidemiology, 8, 1998.
17) SNYDER et al., Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 84, 1999.
18) CARLINI M. et al., Da Esculapio a Igea, Ed.-Plus 2007, 1-14.
19) COOB J.L. et al., Frammingam Study.
20) Studio Epidemiologico Anziani Comune di Bologna, 1989.
21) Italian Long Study of Agnig. 2011.
22) FRANCONI F., CANTELLI FORTI G.: Manuale di Medicina Sesso-genere. Bononia University Press, 2013.
23) BORGHI C. et al.: Brisighella Heart Study 2006 Cardiovascular events in patients with Metabolic Syindrome; Prev; 13:10.
24) PELOTTI S.: Bullettino delle Scienze Mediche, 2012 fasc. 1, 55-60.
25) PELOTTI S.: Manuale di Medicina Sesso-genere, Cap. 17, 279-292.

Anche quest'articolo è stato elaborato nell'ambito del "Centro Studi per i problemi della popolazione anziana della città di Bologna", ospite della Società Medica Chirurgica (Archiginnasio).
Coordinatore: Sergio Semeraro. Segretario: Stefano Naldi. Docenti dei Corsi per allenamento della memoria: Giancarlo Savorani - psicogeriatra e Valentina Gallassi - psicologa e psicoterapeuta.

Riferimenti: Stefano Naldi - Tel. 3332076870 - email: stefano.naldi@fastwebnet.it

Dentista condannato nonostante un lavoro eseguito bene, vanificato dai mancati controlli

Il controllo sui pazienti dei lavori effettuati dai colleghi è fondamentale per il **dentista**, che altrimenti rischia di dover pagare anche per problemi non direttamente conducibili a sé. Lo ha stabilito la **Cassazione**, secondo cui i dentisti possono essere ritenuti responsabili del mancato controllo tanto da dover risarcire al paziente i costi per ripristinare la situazione. Sottoporre il paziente alle cure odontoiatriche non è più sufficiente, dunque, per il dentista, che **deve accertare eventuali interventi fatti in precedenza da altri professionisti** e che siano stati eseguiti correttamente, come otturazioni, estrazioni e devitalizzazioni. Il caso preso in considerazione dalla Cassazione, che ha confermato la sentenza emessa dalla **Corte di appello di Milano** nel 2011, riguarda la responsabilità civile di un dentista di **Monza**, il quale aveva montato una protesi su un paziente senza verificare se alcuni denti dell'assistito fossero stati devitalizzati maldestramente da un suo collega. A causa dei fastidi accusati dopo il fissaggio della protesi, comunque legati alle devitalizzazioni eseguite male, il paziente ha chiesto un risarcimento e il dentista è stato ritenuto civilmente responsabile per non aver verificato la congruità delle devitalizzazioni prima di procedere al posizionamento della protesi. Inoltre, ha dovuto restituire 4.260 euro al paziente per la rimozione dell'apparecchio.

***

Diabete mellito e rischio di fratture ossee

L'uso di insulina ed una lunga durata del diabete rappresentano elementi in grado di influire significativamente sul rischio di fratture. Nelle persone affette da diabete infatti il rischio fratture da osteoporosi è evidente già in età più giovane.
Prof. Eduardo Mannucci direttore Diabetologia AOUC: "La correlazione è legata alle terapie per il diabete che sono in grado di influire sul metabolismo dell'osso ed anche sull'incidenza di fratture. Esiste una classe di farmaci, i glitazzoni, che è sicuramente associata ad una riduzione di densità ossea e ad un aumento del rischio di fratture".
Uno stile di vita attivo, l'ottimizzazione dei livelli di calcio e vitamina D ed il miglioramento del controllo della glicemia possono essere utili nella prevenzione delle cadute.
La Diabetologia coordina le attività di assistenza al diabete della Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi ed ha come impegno quello di esaminare gli effetti sul metabolismo osseo del sistema delle **INCRETINE** e **GLP1**.

***

Fuoco di Sant'Antonio

Si chiama comunemente **Fuoco di Sant'Antonio**, ma il nome scientifico è **Herpes Zoster**: si tratta di una fastidiosa eruzione cutanea che riguarda almeno una persona su quattro in Europa nel corso della propria vita e in 2 casi su 3 dopo i 50 anni.
Una malattia che colpisce ogni anno oltre 1,7 milioni di persone in Europa, circa 157.000 in Italia, con un'incidenza che è destinata a crescere nei prossimi anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, con ricadute significative in termini economici e sociali.
Molti non sanno che ammalarsi di Varicella da bambini è sufficiente per essere suscettibili di ammalarsi di Herpes Zoster. Il virus, infatti, si annida nell'organismo in uno stadio di latenza nei gangli nervosi, per poi rendersi nuovamente visibile a distanza di anni sotto forma di Fuoco di Sant'Antonio, principalmente come conseguenza del declino fisiologico delle difese immunitarie (immunosenescenza) che si verifica con l'avanzare dell'età.
L'invecchiamento è associato anche a una maggiore gravità della malattia, alla comparsa e alla severità delle sue complicanze e a un più alto numero di ospedalizzazioni che, per oltre il 60%, riguardano soggetti con più di 65 anni, facendo registrare una degenza media annua di oltre 22.000 giornate.
Non solo l'invecchiamento, ma anche alcune malattie croniche possono aumentare il rischio di sviluppare l'Herpes Zoster: pazienti con diabete o Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) sono esposti da 2 a 8 volte in più al rischio di sviluppare l'infezione.
"Quando si parla di Fuoco di Sant'Antonio è facile pensare che si tratti semplicemente di un'eruzione cutanea che si manifesta con la comparsa di vescicole in corrispondenza dell'area interessata dalla riattivazione virale. In realtà la malattia è espressione di una sofferenza del nervo causata dal virus che, risvegliandosi, provoca un'infiammazione. Pertanto, anche se le manifestazioni cliniche sono limitate

ad un'area circoscritta del corpo, il grado di compromissione dello stato di benessere dell'individuo è generale. Il 60-90% dei pazienti prova dolore durante la fase acuta dell'Herpes Zoster, che si risolve solitamente in 2-4 settimane con la guarigione dal rash cutaneo", ha dischiarato **Giancarlo Icardi**, direttore del Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova. Tuttavia non sempre il Fuoco di Sant'Antonio si esaurisce clinicamente con la fase acuta. Il 20-25% dei pazienti oltre i 50 anni con Herpes Zoster sviluppa la complicanza più temibile: la Nevralgia Post Erpetica.
La Nevralgia Post Erpetica è causa di grande sofferenza e invalidità, tale da interferire in maniera significativa nella quotidianità e nella vita attiva dei pazienti, in alcuni casi addirittura costringendo ad abbandonare in anticipo il lavoro. È principalmente questo il motivo per cui vi è un'attenzione diffusa verso il Fuoco di Sant'Antonio. Ciò non deve far comunque dimenticare che la malattia può provocare anche altre complicanze tanto frequenti quanto fastidiose. "Tra queste, l'Herpes Zoster Oftalmico, che colpisce la divisione oftalmica del nervo trigemino e interessa il 10-20% dei pazienti, con conseguenze anche molto gravi a carico dell'occhio, inclusa una riduzione permanente della vista e persino cecità", ha aggiunto Icardi.
"La principale esigenza dei pazienti affetti da Fuoco di Sant'Antonio e da Nevralgia Post Erpetica è senz'altro la riduzione del dolore, oltre alla necessità di tenere sotto controllo le infezioni cutanee per evitare il rischio di sovrainfezioni batteriche. I farmaci utilizzati – antivirali, antinfiammatori e analgesici – sono parzialmente efficaci nell'eliminazione del dolore in tempi brevi e, soprattutto, possono essere gravati da pesanti effetti collaterali, particolarmente significativi per quei pazienti che utilizzano già altri farmaci per patologie croniche concomitanti", ha dichiarato T**ommasa Maio**, responsabile del Progetto MMG e Vaccinazioni della FIMMG. Attualmente non sono disponibili trattamenti medici che possano prevenire l'insorgenza del Fuoco di Sant'Antonio e delle sue complicanze.
L'unico modo per prevenirle è attraverso la **vaccinazione**, oggi possibile grazie al primo vaccino contro l'Herpes Zoster, autorizzato in Europa per l'immunizzazione degli adulti over 50, l'unico in grado di contrastare la riattivazione e la replicazione virale del virus Varicella Zoster, riducendo dal 51 a circa il 70% il rischio di sviluppare la malattia. La sicurezza e l'efficacia del vaccino sono provati da numerosi studi clinici. "Vaccinare significa prevenire la presenza di condizioni croniche potenzialmente invalidanti e comunque ad alto impatto sulla qualità di vita dell'anziano. Per dare un senso all'aumento dell'aspettativa di vita bisogna mettere i cittadini nelle condizioni di realizzare una vita in salute, attiva e indipendente mentre invecchiano", ha dichiarato **Roberto Bernabei**, direttore del Dipartimento di Geriatria, Neuroscienze e Ortopedia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore Roma e Presidente di Italia Longeva.

***

Alimentazione: attenzione alle informazioni sui media

– Il cibo è uno degli argomenti più presenti sui media ma l'alimentazione è oggetto di una informazione non sempre corretta e completa e questo trend sta determinando dei problemi di salute pubblica in tutte le fasce di età.
È questo il ragionamento che ha ispirato l'ANMCO a organizzare il Convegno dal titolo: *Food Science & Food Ingredients: the need for reliable scientific approaches and correct communication* recentemente svoltosi a Firenze. I messaggi che riguardano la salute pubblica devono essere gestiti secondo le più rigorose evidenze scientifiche. È necessario evitare le semplificazioni eccessive che hanno indotto a comportamenti sbagliati e pericolosi per la salute.
L'alimentazione non può essere trattata a compartimenti stagni demonizzando singole classi di nutrienti ma funziona come un'orchestra complessa in cui proprio la varietà degli strumenti e il loro equilibrio funzionano nella melodia. Dichiara **Michele Gulizia** presidente Nazionale ANMCO, direttore della Divisione di Cardiologia dell'Azienda "Garibaldi-Nesima" di Catania: "Il cibo è un sistema complesso: mentre da un lato è oggetto di un'attenzione mediatica quasi morbosa, scarsa è l'informazione sulle caratteristiche nutrizionali di ciò che mettiamo in tavola. Emblematico è il caso dei grassi, troppo spesso demonizzati e il cui corretto utilizzo è stato riabilitato dopo 40 anni di terrorismo informativo. Ma la disinformazione sugli alimenti interessa anche i carboidrati, le proteine, e le diete riduttive che escludano intere fasce di nutrienti o singoli elementi anche in assenza d'indicazioni mediche che giustifichino questi comportamenti. Notizie che a volte influiscono sulle scelte alimentari e sui comportamenti di fasce di popolazione".
Un importante report pubblicato sul "Journal of Clinical Epidemiology" ha evidenziato come le raccomandazioni emanate dall'OMS non siano state correttamente diffuse: anche le 'forti raccomandazioni' infatti sono spesso basate su studi con affidabilità bassa o molto bassa.
La ricerca ha esaminato tutte le Linee Guida dell'OMS pubblicate tra il 2007 e il 2012 e ha rilevato che su 456 raccomandazioni, le 289 (oltre il 50%) classificati come 'forti' erano basate su studi di qualità bassa o molto bassa. (1) Risulta difficile quindi ritenere che le Linee Guida che ne derivano siano totalmente affidabili così come incerte possono risultare le conseguenze sulla salute pubblica. Inoltre

l'OMS emana talora raccomandazioni 'condizionali' delle quali non sono specificati né noti gli effetti reali in termini di benefici. Una situazione singolare se si pensa che durante la 2° Conferenza Internazionale sulla Nutrizione che si è tenuta a Roma nel novembre del 2014, tutti gli Stati membri hanno caldeggiato all'unanimità che i documenti dell'Organizzazione Mondiale siano redatti prendendo in considerazione solo studi tra i migliori disponibili e dalle evidenze scientifiche di più alta qualità. Sarebbe inoltre opportuno redigere le raccomandazioni sulla base di studi osservazionali multicentrici specifici sull'argomento da trattare e di recente pubblicazione per evitare incongruenze o derivazioni che spesso fanno travisare l'informazione reale. Basti pensare infatti che nel recente report sull'introito di zuccheri aggiunti nella dieta di adulti e bambini, le raccomandazioni sono state stilate prendendo in esame 4 studi osservazionali degli anni Sessanta, svolti in Giappone che indagavano l'insorgenza di carie dentali.
E solo in una nota a fondo pagina è specificato che le raccomandazioni 'condizionali' sono redatte quando non ci sono certezze sull'equilibrio tra rischi e benefici o svantaggi nell'adozione della raccomandazione. "Dobbiamo andare oltre l'approccio 'riduzionista'" spiega **Carlo La Vecchia**, professore Straordinario di Epidemiologia presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità dell' Università di Milano "l'insieme in nutrizione è molto più che la sola somma delle singole parti. Ci siamo resi conto che alcuni studi epidemiologici non sono adatti a tratte delle conclusioni esatte per stilare Linee Guida scientificamente corrette.
Gli anni di guerra ai grassi si sono dimostrati un *misunderstanding* scientifico. E la moderna tendenza alla 'carbofobia' sembra andare nella stessa direzione. Oggi, il focus non dovrebbe essere sulla quantità totale di sostanze nutritive ma sulla composizione complessiva e la qualità della dieta".

***

Tumore della tiroide: un aiuto dalle nanotecnologie

La lotta contro il **carcinoma anaplastico della tiroide** presenta diverse sfide: è un tumore con un tasso di mortalità vicino al 100% e la sopravvivenza media è di 3-5 mesi.
Una strategia promettente è rappresentata da tecniche di silenziamento genico attraverso l'interferenza dell'RNA (RNAi). La tecnica, tuttavia, non è semplice da applicare.
Ora, alcuni ricercatori del Brigham and Women's Hospital, in collaborazione con i colleghi del Massachusetts General Hospital, hanno sviluppato una piattaforma innovativa, che permette loro di raggiungere il tumore con precisione, impedirne la crescita e ridurre le metastasi.
I risultati della sperimentazione, condotta su modelli animali e colture cellulari, sono stati pubblicati di recente sulla rivista "Proceedings of the National Academy of Sciences".
La piattaforma può essere inclusa, a detta degli stessi scienziati, nel campo relativamente nuovo della cosiddetta "teranostica", un approccio che unisce lo scopo terapeutico a quello diagnostico nel trattamento dei tumori. "Ci aspettiamo che questo studio spiani la via allo sviluppo di piattaforme di teranostica per i tumori allo stadio avanzato", riferiscono i ricercatori.
L'interferenza dell'RNA, la cui scoperta è stata premiata nel 2006 con il Nobel per la medicina, permette ai ricercatori di silenziare geni mutati, inclusi quelli da cui dipendono i tumori per crescere, sopravvivere e sviluppare metastasi.

***

Il 70 per cento dei pazienti sconfigge il tumore

Aumentano le guarigioni degli italiani colpiti dal cancro, oggi il 68% dei cittadini a cui vengono diagnosticati tumori frequenti sconfigge la malattia.
Percentuali che raggiungono il 91% nella prostata e l'87% nel seno, le due neoplasie più diffuse fra gli uomini e le donne. L'impegno degli oncologi si muove su più fronti: da un lato migliorare la consapevolezza dei cittadini sulle regole della prevenzione, perché il 40% dei casi di tumore può essere evitato con uno stile di vita sano (no al fumo, dieta corretta e costante attività fisica), con evidenti risparmi per il sistema sanitario.
Dall'altro garantire a tutti le terapie più efficaci e l'assistenza migliore, un obiettivo da raggiungere con la creazione immediata di un Fondo Nazionale per l'Oncologia.
La proposta è avanzata alle Istituzioni dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) nel convegno nazionale sullo "Stato dell'Oncologia in Italia" organizzato al Senato dalla Società Scientifica con la partecipazione del Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin.
"Nel 2015 sono stati stimati 363mila nuovi casi di cancro nel nostro Paese – spiega **Carmine Pinto**, presidente nazionale AIOM – il Fondo può essere finanziato con le accise sul tabacco, 1 centesimo in

più a sigaretta, per colpire una delle cause del tumore al polmone, tra le forme più diffuse, con circa 41.000 nuove diagnosi registrate nel 2015. Terapie innovative sempre più efficaci consentono ai pazienti di vivere a lungo, in alcuni casi più di 5 anni con una buona qualità di vita, anche se colpiti da patologie particolarmente aggressive come il melanoma avanzato che fino a pochi anni fa era caratterizzato da una sopravvivenza di 6-9 mesi".
Più di 3 milioni di cittadini (il 4,9% della popolazione) vivono con una diagnosi di tumore.
E circa due milioni di persone possono affermare di avere sconfitto la malattia.

***

Virus Zika

Il **virus Zika** trasmesso dalle punture di zanzare provoca la **microcefalia**, un'anomia del feto che causa la nascita dei bambini con la testa più piccola rispetto al resto del corpo.
La conferma arriva dagli Stati Uniti e più precisamente dal **Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie di Atlanta** (Cdc): *È chiaro ora che il virus causa la microcefalia: abbiamo confermato ciò che prove crescenti avevano suggerito*, ha annunciato il direttore **Tom Frieden**, secondo cui è un legame senza precedenti perché prima d'ora non si sono mai visti virus portati da insetti che hanno causato difetti di nascita nell'uomo. Revisionando accuratamente le evidenze scientifiche disponibili legate al virus Zika e ai difetti di nascita, i ricercatori, guidati da Sonja Rasmussen, hanno individuato uno schema ricorrente di difetti nei bambini esposti a Zika nell'utero e trovato il virus nel tessuto cerebrale dei bambini morti con microcefalia. Le prove sono state pubblicate nel "New England Journal of Medicine".
La scoperta segna allora un punto di svolta, ma restano molte questioni aperte, tra cui quanto spesso si verificano i difetti di nascita nei feti esposti al virus e se una donna incita è più a rischio in specifici stadi della gravidanza. Non tutti i bambini nati da madri contagiate dal virus Zika hanno, infatti, avuto problemi. Ora il Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie sta indagando su un possibile legame tra il virus e l'aumentata probabilità di sviluppare la **sindrome di Guillain-Barré**, che può comportare una temporanea paralisi negli adulti.

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Psicologia Medica

Bologna - via dell'Osservanza, 19

Centralino:
tel. 051 580395

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

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

Ufficio Prenotazione Ricoveri:
tel. 051 6440324 - fax 051 580315

Ambulatorio Centro Nuove Dipendenze
(gioco d'azzardo patologico, Internet, ecc.)
Tel. 329.0887517
Coordinatrice Dott.ssa Arianna Torroni
Medico Chirurgo Specialista in Psichiatria

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 15 settembre 2016

Cognome-Nome	Telefono	Cognome-Nome	Telefono
BALZANI ALESSIO	393/06.03.479	GARDINI GRETA	340/93.55.691
BONDI FULVIO	397/70.75.647	GRAZIANO DANIELE	333/74.94.082
BONFIENI AMANZIO	373/83.84.322	LATTUCA THOMAS	328/62.14.756
BRASILIANI PIERO	338/57.71.502	LOCASO MICHELA	320/07.84.669
BUIATTI MARIA	333/99.21.595	MAHMOUD GHANEM SADAM	347/17.85.672
CALIARI GABRIELE	340/85.87.196	MATTEI SIMONE	329/15.91.919
CASTELLINI GIULIO	328/37.12.038	MELFI MARIAROSARIA	339/40.17.786
CHIARINI VALENTINA	349/00.60.601	MICHELI ORIANA	338/81.05.066
COBILIAS TATIANA	333/92.54.695	NICOLACI TIZIANA	345/63.00.277
COLAIUDA FEDERICO	333/79.16.652	PEDRINI FRANCESCA ALICE	340/78.48.535
COSTANTINO CLAUDIA	335/70.09.963	PIRAINO GILDA ILARIA	345/10.66.455
DE BERARDINIS GIULIA	339/50.77.298	RIZZO RAFFAELLA	380/79.43.223
DI CIOMMO MARIA LUISA	347/23.03.113	ROTINI CARLOTTA	329/79.39.753
DI MARZIO GIULIA	339/30.12.847	RRUSHO ODETA	370/31.18.258
FATTIBENE JESSICA	331/12.76.543	STARA ALESSANDRA	345/59.00.388
FOGUE BWOPDA FABRICE INNOCENT	329/60.15.283	VALLI VITORIO	337/59.10.23
FORLANI GIULIA	333/98.85.260	ZAVARONI SUSANNA	370/31.16.647
GAMBERI ALESSANDRO	333/57.94.387		

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
BOTTOLI ELENA	Corso di Formazione in Medicina Generale	339/30.10.766
CARDELLICCHIO RODOLFO	Ortopedia e Traumatologia	051/49.29.16 335/62.20.145
CANELLA PIERO	Ortopedia e Traumatologia Fisioterapia	 335/39.77.87
CONGIU ERMINIA	Corso di Formazione in Medicina Generale	349/53.19.078
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e Assicurazioni	 347/88.53.126
FABBRI SIMONETTA	Medicina Interna	335/54.87.533
FORLANI GIULIA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	333/98.85.260
GEROCARNI BEATRICE	Psichiatria	338/32.27.405
KAVEH MOGHADAM KEIVAN	Neurologia	338/11.82.355
KINTRILI ARTEMISA	Microbiologia e Virologia	392/02.01.009
LACORTE DORIANA	Pediatria	380/38.65.381
MAHMOUD GHANEM SADAM	Urologia	347/17.85.672
MATTEINI PAOLA Medico Competente	Igiene e Medicina Preventiva Corso di Formazione in Medicina Generale	 051/44.32.41 339/48.19.676
PALUMBO BENEDETTA	Odontoiatra	051/30.38.96 338/33.64.432
PIRAZZOLI GIAN LUCA	Geriatria	329/27.52.327
RIZZO RAFFAELLA	Nefrologia	380/79.43.223
SARTINI ALESSANDRO	Gastroenterologia	347/92.39.701
SCATURRO MELCHIORRE	Neurologia	347/53.37.537
SEVERI SILVIA	Chirurgia Generale	340/64.48.836
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

Corso di Psicoterapia Neo-Ericksoniana ed Ipnosi Clinica - Modello ericksoniano e sue evoluzioni, Applicazioni in clinica, Basi e approfondimenti dell'Ipnosi

28/29 gennaio 2017, 11/12 - 25/26 febbraio, 11/12 - 25/26 marzo

Sede Associazione QE-Academy Via Ruggi 10 Bologna
Orari: 9/12:30-13:30/16

Il Corso, rivolto a Medici, Odontoiatri, Psicologi, Psicoterapeuti, teorico e pratico.
Fornisce una formazione base all'approccio di Milton Erickson, sia per un'applicazione in ambito medico che, più specificamente, psicoterapeutico.
Dà spunti concreti che potranno essere sviluppati, dal medico e dall'odontoiatra nella relazione col paziente e nel lavoro sui sintomi o integrati in qualunque orientamento di psicoterapia.
Considera le evoluzioni della psicoterapia, dagli approcci corporei, all'integrazione, secondo Kabat Zinn, con tecniche e discipline orientali, con la millenaria tradizione meditativa e con l'esperienza clinica quotidiana dei docenti.
Analizza, secondo i recenti approfondimenti delle Neuroscienze e secondo il paradigma della PsicoNeuroEndocrinoImmunologia, le basi biochimiche e neurologiche degli stati di coscienza e la loro interazione con l'organismo, in una visione integrata secondo un modello che coglie l'individuo in una rete di relazioni: neurologica, endocrina immunitaria, psichica e sociale.
Promuove la ricerca, lo sviluppo e l'uso delle personali caratteristiche da investire in un rapporto terapeutico col proprio paziente, per renderlo sempre più un'arte del curare.
Il Corso, rivolto a Medici, Odontoiatri, Psicologi, Psicoterapeuti, è teorico e pratico.
Fornisce una formazione base all'approccio di Milton Erickson, sia per un'applicazione in ambito medico che, più specificamente, psicoterapeutico.

PROGRAMMA

1° week-end
SABATO E DOMENICA: Il modello di Milton Erickson; Il rapporto in terapia; L'abilità della vaghezza; Evoluzione del concetto d'inconscio; Definizione e basi teoriche dell'Ipnosi; Ipnotizzabilità; Segni obiettivi e soggettivi; Fenomeni metabolici e immunitari; Fenomeni psicologici; Calibrazione ricalco e guida; I diversi tipi d'ipnosi; Dimostrazioni, ed esercitazioni.

2° week-end
SABATO E DOMENICA: Schema d'induzione classica; Il modello naturalistico; Utilizzazione; Approfondimento dello stato di trance; La negazione; Dimostrazioni ed esercitazioni; Decondizionamento e ristrutturazione; Ipnosi e modelli derivati; Esercitazioni.

3° week-end
SABATO: La metafora e il simbolo; Loro uso in terapia; Dialogo con il sintomo, suo sviluppo, suo senso, suo uso; Applicazioni dell'ipnosi in clinica, discussione di casi. DOMENICA: Esercitazioni; Casi Clinici; Prova finale teorico pratica.

4° week-end
SABATO: Accoglienza del paziente in studio; Gestione dell'ansia. DOMENICA: Tecniche rilassamento, l'importanza dell'ascolto e del respiro, dallo yoga alla meditazione.

5°week-end
SABATO: Ipnosi regressiva a precedenti età; Ipnosi Agìta, l'approccio corporeo; Il corpo nella coppia. DOMENICA: Casi Clinici e Supervisioni; Prova finale teorico-pratica.

COSTI:
600 euro se l'iscrizione avverrà entro il 15 ottobre - 680 euro oltre il 15 di ottobre
La quota di partecipazione comprensiva dell'iscrizione all'associazione per l'anno 2017
Numero massimo di partecipanti 20
Le iscrizioni si chiuderanno il 15 novembre 2016
L'iscrizione al corso prevede un colloquio preliminare anche telefonico

Informazioni e iscrizioni
dott.ssa Daniela Carissimi
tel. 051/6235150 cell. 3382076221
daniela.carissimi@qeacademy.it
L'evento 2007-161939 Ed. 1 stato accreditato ECM per n. 20 partecipanti MEDICO CHIRURGO (Tutte le discipline), ODONTOIATRA, PSICOLOGO (PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA)
Il Provider Qibl" srl (ID n. 2007) ha assegnato a questo evento n. 50 crediti formativi validi per l'anno 2017.
Gli attestati con i crediti ECM ottenuti verranno consegnati successivamente, dopo la verifica della documentazione consegnata, e inviati direttamente dal Provider tramite e-mail entro 90 giorni dal termine dell'evento.

LE PATOLOGIE ORTOPEDICHE DELL' ARTO INFERIORE NELLA ONTOGENIA DELL'ESSERE UMANO

Bologna, 6 maggio 2016

Sede: Dipartimento di Scienze Biologiche, Geologiche e Ambientali – BiGEa - Via Zamboni, 67 - Bologna

L'incontro inizia con il saluto portato ai convenuti da parte del Presidente del Congresso Dott. M. Draghetti seguito dal Prof. A. Gargini direttore del BiGEa nella cui Aula Magna si svolge l'evento che sottolinea la unità d'intenti delle discipline scientifiche che si interessano dello studio degli esseri viventi e dell'ambiente ove si evolvono. A seguire il direttore del Museo Capellini G. Vai si accomuna agli auguri di Buon lavoro portati dal Direttore.

Il responsabile scientifico di Villa Erbosa SPA Gruppo San Donato Prof. G. Morrone ed il Direttore Sanitario Prof. G. Finzi sottolineano l'importanza dell'evento e del suo ruolo formativo. A seguire l'A.D Ing. G. Valastro sottolinea l'importanza del Lavoro svolto a Villa Erbosa ed il ruolo sociale della stessa.

In rappresentanza del Presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna il Dott. Dugato esprime apprezzamento per la iniziativa scientifica augurandosi che si possa continuare in tale impegno.

Le relazioni a seguire vedono il Dott. M. Cacciari esporre sull'evoluzione del sangue come elemento principe nella evoluzione dei tetrapodi suscitando ammirato interesse nei convenuti e dando la propria disponibilità per visita al Museo annesso per approfondire l'argomento nell'intervallo della giornata congressuale.

Il Dott. R. Libri relazione su: gli Orientamenti diagnostici e terapeutici attuali nel trattamento del piede piatto dell'infante.

Il Dott. M. De Zerbi espone la tecnica ricostruttiva del Legamento crociato anteriore negli adolescenti che pur esigua di numeri permette agli adolescenti la ripresa della attività sportiva ed evita danni cartilaginei negli stessi.

Una ricca e proficua discussione segue gli interventi.

A seguire la Lezione Magistrale del Dott. O. Donzelli: Deformità congenite ed acquisite dell'Arto inferiore.

Si è avuta una ampia e documentata esposizione delle deformità congenite e acquisite con le procedure chirurgiche più attuali.

Il dott. A. Lelli affronta le problematiche molto attuali del ginocchio nel giovane sportivo; tra l'altro espone un test affidabile e semplice nella clinica della lesione dell'LCA.

A chiudere la mattinata il Dott. G. Caruso fa il punto della situazione nel trattamento del Dolore; a seguire ricca e partecipata discussione sugli argomenti trattati.

Nell'intervallo molti partecipanti guidati dal Dott. Cacciari visitano il Museo Geologico G. Capellini.

Nella seduta pomeridiana il Dott. R. Cardelli ci introduce al trattamento infiltrativo nella patologia degenerativa; indi il Dott. G. Germanò espone i campi di pertinenza Reumatologica.

Il Dott. M. Marietta ci aggiorna sulla profilassi anti tromboembolica.

La discussione che segue vede un intenso scambio di opinioni tra relatori e partecipanti.

La esperienza maturata all'IOR viene portata dal Dott. G. Pignatti che espone sulla cura chirurgica della artrosi d'anca e complicanze.

Il Dott. R. Rocchi porta la sua vasta conoscenza in tema di protesica e revisione protesica di ginocchio.

A chiudere la giornata il Dott. E. Andreoli espone sul trattamento riabilitativo pre e post chirurgico nella chirurgia protesica di arto inferiore.

CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie a domicilio a Bologna e provincia

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 lo 051.644.00.55 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.

051.644.00.55 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA
COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

CERTIFICATA
ACCREDIA
kiwa certified

Cerco collega per condivisione studio dentistico Bologna centro - Tel. 331/5850427.

Medico Dentista, Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva, Chirurgia Maxillo-Facciale e Implantologia, esperienza trentennale, cerca preferibilmente in Emilia-Romagna collaborazione per Chirurgia, Implantologia e Protesi. Tel. 331/5850427.

Vendesi villa a schiera di testa. 250mq, Euro 550.000. Tel. 331/5850427.

Cercasi colleghi con cui condividere studio medico già avviato. Ampia possibilità di parcheggio. Piano terra con comodo accesso per i pazienti. Zona residenziale di Castenaso. Tel. 051/785176.

Clinica Odontoiatrica di Modena cerca collaboratori con esperienza in endodonzia, conservativa, chirurgia di base, protesi, per una stimolante esperienza di lavoro in team. Ottime opportunità di crescita professionale, con eventuale inquadramento direzionale e societario. inviare curriculum a: progettosorriso2014@gmail.com.

Cercasi figura professionale con cui condivedere appartamento privato adibito a studio medico in piccolo condominio al primo piano presso Sala Bolognese. L'appartamento è composto da: una camera occupata da pediatra di libera scelta, bagno, ampia sala d'attesa, cucina, seconda camera vuota separata da sala d'aspetto da corridoio con porta. Dotato di aria condizionata. Trattative personali. per info 333/2139377.

Cedesi piccolo studio dentistico autorizzato a norma sito in Castel San Pietro Terme (BO) causa fine attività. No muri. Per info Tel. 347/7727115.

Poliambulatorio e Day Surgery sito in Bologna mette a disposizione ambulatori e blocco operatorio a medici specialisti. Possibilità di utilizzo a giornata o mezza giornata con servizio infermieristico e di segreteria. Per informazioni tel, 051/6493061 - email: info@medical-day.it

Affittasi stanza in studio medico multidisciplinare a Crespellano di Valsamoggia, anche di mezza giornata ai colleghi (NO fisiatria, gastroenterologia). Per informazioni cell 328/0950307.

Vendesi Porta Castiglione appartamento vuoto da attrezzature predisposto per n° 3 poltrone odontoiatriche (con autorizzazione) mq 100 + cantina. Per info Tel 348/3345399.

Affittasi studio medico a medici specialisti per giornate o mezze giornate a Castenaso, posizione centralissima vicino a farmacia. per informazioni telefonare a dott. Paolo Montanari n. 339/6082010.

Poliambulatorio medico Agorà (ginecologia, odontoiatria, dietologia, flebologia....) autorizzato, dentro porta Lame (VIA Giorgio Ercolani n° 10/C-8), offre a colleghi specialisti l'uso di locali con servizi di segreteria per giornate o mezze giornate. In particolare mancano queste branche: neurologia, psichiatria, psicologa, fisiatria, gastroenterologia, pediatria, cardiologia, urologia ed ecografisti. Per informazioni Tel. 051/557366 - Cell. 348/6712133 - e-mail: fabrizia.pierini@libero.it - coop.agramedica@gmail.com.

Affittasi in studio medico (situato in zona Mengoli, composto da ingresso, sala d'aspetto, 3 stanze uso ambulatorio) una stanza arredata uso ambulatorio per una-due giornate o mezze giornate. Non ci sono spese di segreteria. Per informazioni telefonare al 339/7716933.

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

Poliambulatorio Privato

Giardini Margherita

Direttore Sanitario: Dr. Maurilio Missere

– ALLERGOLOGIA	***Dr.ssa Parma Maddalena***
– ANGIOLOGIA MEDICA	***Dr. ssa Monteduro Patrizia***
– CARDIOLOGIA	***Dr. Drago Gianmarco***
	Dr. Marchetta Fausto
– CHIRURGIA PLASTICA	***Dr. Pistorale Antonio***
– DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	***Dr.ssa Orsini Maria Grazia***
– ECOGRAFIA	***Dr. Affinito Domenico***
	Dr. Missere Maurilio
– GINECOLOGIA/OSTETRICIA	***Prof. Cassani Alberto***
	Dr.ssa Alfieri Stefania
	Dr. Guida Gerardo
	Dr. Marino Silvio Antonio
	Dr. Traversa Gabriele
– FISIATRIA	***Dr.ssa Lullini Giada***
– MEDICINA DELLO SPORT	***Dr.ssa Cavallari Fabrizia***
– OCULISTICA	***Dr. Morinelli Gaudenzio***
	Dr.ssa Manzari Alessandra
	Dr. Galazzetti Muscinelli Alberto
– OTORINOLARINGOIATRA	***Dr. Borghesi Francesco***
	Dr. Giorgi Giuseppe
	Dr. Montanari Fabio
– UROLOGIA	***Prof. Bercovich Eduard***
	Dr. Comerci Francesco
– PUNTO PRELIEVI	
– MEDICINA DEL LAVORO	***Dr. Missere Maurilio***
	Dr.ssa Venturi Silvia
	Dr.ssa Belisario Adele
	Dr.ssa Concordia Alessandra
	Dr.ssa Lo Torto Regina
	Dr.ssa Maggi Sara
	Dr.ssa Sifaky Evangelia

You Tube

Instagram

Google+

Seguici su Facebook

CONTATTI

Personale Segreteria: Caterina F. – Alice T.

Sede: Via Santo Stefano 103 – Bologna

Tel/Fax : 051. 48 42 736

segreteria@fondazionectr.it

http://www.poliambulatoriogiardinimargherita.it/

CONVENZIONATI CON LE PRINCIPALI CASSE MUTUE ASSISTENZIALI 1046/GP/cb

PROBLEMI D'UDITO?
PROVA UN PROFESSIONISTA.

- ASSISTENZA E SERVIZIO DOMICILIARE
- PROVE GRATUITE APPARECCHI ACUSTICI INVISIBILI
- CONSULENZE E ASSISTENZA PER PRATICHE CON CONTRIBUTO ASL E INAIL
- SOLUZIONI E PAGAMENTI PERSONALIZZATI

I 5 PASSI DELL'APPLICAZIONE PROTESICA PERSONALIZZATA DEL GRUPPO TI ASCOLTO:

1°Passo	2°Passo	3°Passo	4°Passo	5°Passo
Ti accogliamo	Ti Ascoltiamo per capire le tue esigenze	Iniziamo un percorso insieme	Ti forniamo una soluzione personalizzata	Ti assistiamo nel tempo

I nostri Studi Audioprotesici:

- **BOLOGNA** Via Riva di Reno, 53/ d,e,f - Tel. 051 227028
- **BUDRIO** Via Bianchi, 12 - Tel. 051 227028
- **CASALECCHIO DI RENO** Via Piave, 28/2 - Tel. 051 570624

Ci può trovare anche presso i nostri recapiti di Castiglione dei Pepoli - Crevalcore - Lizzano in Belvedere Pianoro - San Giovanni in Persiceto - San Lazzaro di Savena - Silla (Porretta Terme) - Vergato

ACUSTICA BOLOGNESE
Studi Audioprotesici

GRUPPO Ti Ascolto STUDI AUDIOPROTESICI

www.gruppotiascolto.it
info@acusticabolognese.it