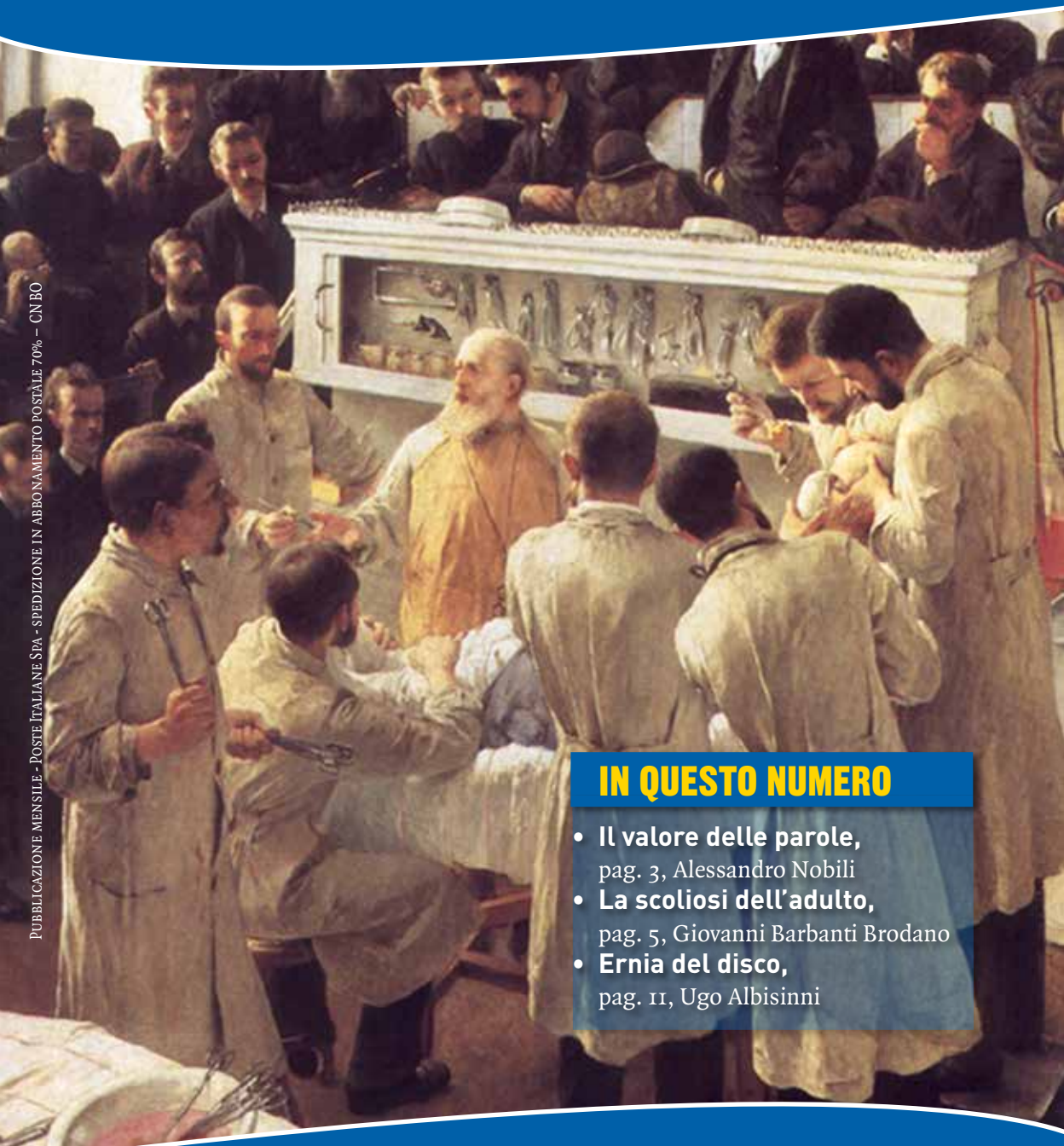
Bollettino Notiziario

anno XLVIII - N° 1 gennaio 2017



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

IN QUESTO NUMERO

- **Il valore delle parole,** pag. 3, Alessandro Nobili
- **La scoliosi dell'adulto,** pag. 5, Giovanni Barbanti Brodano
- **Ernia del disco,** pag. 11, Ugo Albisinni

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

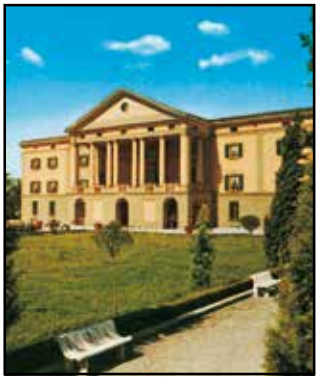
UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

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 Dicembre 2016 è stato consegnato in posta il giorno 6/12/2016

SOMMARIO

ANNO XLVIII - GENNAIO 2017 N° 1

ARTICOLI

Il valore delle parole • **3**
ECM - Programma Culturale Odontoiatri 2017 • **4**
Focus sulla scoliosi dell'adulto. Studio e prevenzione • **5**
Il C.D. modello "See and Treat" • **7**
Nuove prospettive nella terapia dell'ernia del disco • **11**
A.M.A.B. a fianco di Agopuntura nel Mondo – Agom, per il terremoto del Centro Italia • **14**
La Responsabilità Solidale in Odontoiatria (e non solo) • **15**
Una giornata al Pronto Intervento • **17**
Delibera della CNFC in materia di crediti formativi ECM • **18**

LETTERE

Pagina • **20**

NOTIZIE

Pagina • **24**
MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **27**
MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **27**

CONVEGNI E CONGRESSI • **28**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

L'immagine di copertina di questo mese:

A. Seligmann, *la Lezione del Professor Billroth* (1890 ca.)

Il dipinto, eseguito in uno schema quasi geometrico, ci illustra con nitidezza coloristica e disegnativa la lezione tenuta dal professor Billroth, volta a insegnare attraverso l'operazione chirurgica un intervento per la nevralgia del trigemino.

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

Il valore delle parole

Alessandro Nobili

"L'attuale prevalente modello sanitario, il c.d. fee-for-service payement, ha portato gli amministratori ed i medici dello U.S. Health Care ad imporre severe restrizioni al tempo dedicato a 'parlare', per il quale essi sono rimborsati poco o niente. Nuovi modelli di rimborso basato sul 'valore del tempo impiegato a parlare', tuttavia, tendono ad incentivare i medici a riprendere il controllo sulla quantità e qualità del tempo che essi impiegano parlando". Comincia così l'editoriale di Robert Kaplan del numero di novembre del "New England Juornal of Medecine". Egli riporta due chiari esempi di come un'adeguata comunicazione (e motivazione) può far risparmiare parecchio denaro al servizio sanitario, peraltro soddisfacendo il dovere deontologico che i pazienti siano il meglio possibile informati e coinvolti nelle decisioni terapeutiche. I dati riferiti mostrano che meno della metà dei pazienti con malattia renale avanzata sono trattati in modo corretto nel periodo che precede il ricorso all'emodialisi. In un protocollo ideale il chirurgo vascolare dovrebbe approntare una fistola arterovenosa molti mesi prima di cominciare la dialisi, preparando così per tempo il paziente alla procedura emodialitica. Ma i nefrologi, spesso sotto pressione psicologica nell'intento di massimizzare il numero di pazienti visitati al giorno, difettano di dedicare sufficiente tempo a convincere i pazienti a realizzare al più presto la fistola. Sarebbe stato calcolato che una efficace conversazione con il paziente finalizzata a questo scopo costerebbe meno di 200 dollari. Invece il risultato è che troppi pazienti iniziano l'emodialisi con un catetere, e conseguentemente vanno incontro ad un alte percentuali di infezioni ed altre complicazioni, che non solo sono dolorose ed invalidanti, ma che possono aumentare il costo terapeutico, nei sei mesi successivi, sino ad oltre 20000 dollari. Analogamente molti pazienti diabetici, a cui viene ritardata la raccomandazione di cominciare una cura con insulina parenterale, posticipano l'inizio del trattamento consigliato. Se il medico impiegasse più tempo a comprendere le ragioni delle resistenze del paziente, in molti casi riuscirebe a vincerle, scongiurando le croniche costose complicazioni della malattia in stadio avanzato. Altra criticità è rappresentata dall'aderenza dei pazienti alle terapie prescritte. Molti studi avrebbero dimostrato che impiegare maggior tempo a spiegare e motivare i pazienti, prestando puntualmente orecchio alle loro ragioni e preoccupazioni, determina un sostanziale incremento delle percentuali di aderenza alle terapie, ed un inversamente proporziaonale calo delle complicazioni acute e croniche. Da tempo si parla di alleanza terapeutica tra medico e paziente. E quasi tutti sono d'accordo che quando questa alleanza si realizza i risultati sono migliori e le cure costano meno. Non altrettanti, tuttavia, appaiono consapevoli del fatto che questa alleanza non può ridursi ad un protoccollo a cui segue una consegna, ancorché ben spiegata e motivata all'inizio. L'alleanza (ogni alleanza...) regge e dà i suoi frutti se viene costantemente rinnovata. In tal modo la fiducia del paziente si rafforza. Tende invece a declinare se egli ha la percezione di essere solo un individuo-paziente, etichettato una volta per tutte. Dovrebbe essere chiaro che parlare (e prima ancora ascoltare) non è semplice informazione tecnica: parole mal comprese, poco empatiche, sbrigative, producono spesso l'effetto di aspettative sbagliate e cure più costose. Chi amministra gli ospedali (pubblici e privati) spesso dimostra, a parole, ampia aderenza a questi concetti. Ma poi, di fatto, i tempi di una buona ed esaustiva comunicazione non sono retribuiti (niente tariffe, ticket o Drg). Quando essi capiranno che creare le condizioni per una buona comunicazione fa risparmiare, saranno (con loro sorpresa) in grado di tagliare i costi senza eliminare servizi. Raggiungendo risultati migliori.

ECM - Programma Culturale Odontoiatri 2017

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna

"I GIOVEDÌ... DELLA RESPONSABILITÀ"

Sala Conferenze Ordine dei Medici - Bologna

La responsabilità sul lavoro in odontoiatria
Giovedì 12 gennaio 2017
dalle ore 18:30 alle ore 21:30
Relatore: Prof. Francesco Violante
Responsabili scientifici:
Dott. Corrado Bondi
e Prof. Luigi Checchi

La responsabilità nella comunicazione
Giovedì 9 febbraio 2017
dalle ore 18:30 alle ore 21:30
Relatore:
Dott. Michele Cassetta
Responsabili scientifici:
Dott. Luca Ortensi
e Prof. Gian Andrea Pelliccioni

Responsabilità ed etica in odontoiatria
Giovedì 16 marzo 2017
dalle ore 18:30 alle ore 21:30
Relatore:
Prof. Stefano Canestrari
Responsabili scientifici:
Dott. Andrea Dugato
e Prof. Luigi Checchi

La responsabilità legale in odontoiatria
Giovedì 20 aprile 2017
dalle ore 18:30 alle ore 21:30
Relatore:
Prof. Vittorio Manes
Responsabili scientifici:
Dott. Alessandro Nobili
e Prof. Luigi Checchi

La responsabilità gestionale in odontoiatria
Giovedì 27 aprile 2017
dalle ore 18:30 alle ore 21:30
Relatore:
Dott. Gabriele Vassura
Responsabili scientifici:
Dott. Corrado Bondi
e Dott. Alessandro Nobili

Componenti la Commissione Formazione dell'Odontoiatra ed ECM:
Prof. Luigi Checchi - Dott. Corrado Bondi
Dott. Alessandro Nobili - Dott. Luca Ortensi
Prof. Gian Andrea Pelliccioni -
Dott. Andrea Dugato

Segreteria Organizzativa:
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna
Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 4 -
40138 Bologna
Tel. 051 399 745 - Fax 051 303864
segreteria@odmbologna.it

Le iscrizioni sono aperte per n° 50 partecipanti e verranno effettuate a partire da 20 giorni prima di ogni singolo evento, mediante e-mail da inviare alla Segreteria Organizzativa - segreteria@odmbologna.it
Per informazioni rivolgersi presso la Segreteria Organizzativa.

Focus sulla scoliosi dell'adulto. Studio e prevenzione

Giovanni Barbanti Brodano*

Una malattia altamente debilitante, con un impatto sulla qualità della vita simile a quello di diabete e malattie cardiache: così i dati della letteratura descrivono la scoliosi dell'adulto.
È in effetti una patologia vertebrale molto invalidante, causa di dolori e deficit neurologici agli arti inferiori correlati ad una stenosi del canale, quasi sempre associata alla deformità. Soprattutto nei pazienti anziani (>70 anni) provoca uno sbilanciamento sagittale del tronco, con conseguente flessione delle anche e delle ginocchia che rendono sempre più faticosa e difficile la normale deambulazione.
Gli studi epidemiologici sull'argomento sono pochi, nessuno in Italia; sembra incidere nel 6% dei pazienti con età superiore ai 50 anni, con prevalenza nel sesso femminile, anche se l'impressione degli specialisti che vedono i pazienti nei loro ambulatori è di un'incidenza superiore.

Dal punto di vista patogenetico si divide in due grandi categorie:
- progressione di una scoliosi dell'adolescenza
- scoliosi degenerativa "de novo".

In entrambi i casi la progressione della curva in età adulta è causata dalla degenerazione artrosica dei dischi intervertebrali e delle zigoapofisi posteriori che causa la perdita dei normali rapporti dell'unità funzionale spinale (due vertebre ed un disco interposto) con conseguente formazione ed aggravamento della deformità vertebrale.
Spesso si associano spondilolistesi anteriori, laterali, oppure rotatorie e una stenosi del canale lombare.

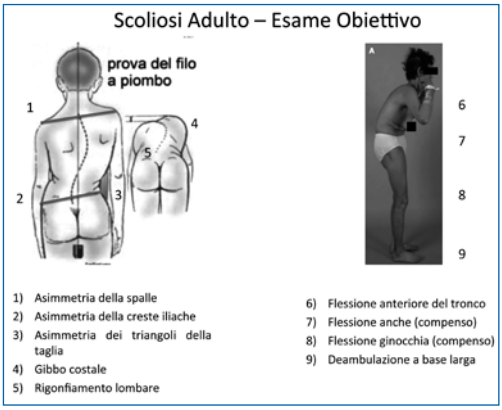
Questi pazienti arrivano all'attenzione degli specialisti spesso in condizioni molto avanzate, quando la curva ha raggiunto già gradi molto elevati e ha prodotto sintomi e segni ormai gravi.

Negli stadi precoci la malattia può beneficiare del trattamento fisioterapico e ortesico e di un'igiene della colonna vertebrale (controllo ponderale, attività sportiva, ecc.), ma negli stadi avanzati, soprattutto quando compaiono i deficit neurologici, richiede una terapia chirurgica. Purtroppo la chirurgia in questa patologia, pur garantendo un miglioramento delle condizioni cliniche, non assicura ancora dei risultati risolutivi ed è gravata da un alto tasso di complicanze (fino al 70%).

Sulla scia dell'esperienza fatta negli anni Sessanta-Settanta con lo screening scolare della scoliosi dell'adolescenza, che ha modificato in modo importante la prognosi di questa patologia, riducendo l'indicazione chirurgica mediante un controllo della deformità con terapia fisica e ortesica, una buona prevenzione si potrebbe fare riproponendo la stessa via nella scoliosi dell'adulto.
Alla base ci sarebbe una collaborazione con i medici di base di Bologna, per:
1. verificare la reale incidenza della patologia nella popolazione
2. effettuare una diagnosi precoce
3. innescare trattamenti preventivi al peggioramento della deformità.

Il fine sarebbe quello di cercare di ridurre la progressione della deformità e, di conseguenza, la necessità della terapia chirurgica.
Potrebbero essere interessati tutti i pazienti con età superiore ai 50 anni

Il primo punto si potrebbe realizzare con un semplice esame obiettivo che ponga il sospetto di scoliosi dell'adulto; i colleghi potrebbero avere a disposizione un prospetto che mostri i pochi segni clinici da raccogliere per sospettare una scoliosi dell'adulto (allegato 1).
Se il paziente fosse positivo a questi segni clinici, si passerebbe al punto 2, che richiederebbe l'esecuzione di una radiografia del rachide



in tot sotto carico in 2 pose (AP e LL) (allegato 2). I segni radiografici sono fondamentali per porre diagnosi di certezza di questa patologia e fare diagnosi differenziale con atteggiamenti del rachide secondari ad altre patologie di base (neurologiche, dismetaboliche). Inoltre la radiografia del rachide eseguita all'esordio della malattia, mediante il confronto con radiografie successive, permette un follow up preciso sulla progressione della curva.
Se la diagnosi fosse confermata radiograficamente, si passerebbe al punto 3, che implicherebbe il coinvolgimento di strutture specialistiche (fisiatriche, ortopediche) per l'inserimento di questi pazienti in programmi di igiene della colonna vertebrale, riabilitazione ed eventuale impiego di ortesi.

** Dirigente Medico, Struttura Complessa Chirurgia Vertebrale a indirizzo Oncologico e Degenerativo - Istituto Ortopedico Rizzoli*

Bibliografia

Boos N, Weissbach S, Rohrbach H, Weiler C, Spratt KF, Nerlich AG. Classification of age-related changes in lumbar intervertebral discs: 2002 Volvo Award in basic science. Spine (Phila Pa 1976). 2002 Dec 1;27(23):2631-44. PubMed PMID: 12461389.

Benoist M. Natural history of the aging spine. Eur Spine J. 2003 Oct;12 Suppl 2:S86-9. Epub 2003 Sep 5. Review. PubMed PMID: 12961079; PubMed Central PMCID: PMC3591827.

Emch TM, Modic MT. Imaging of lumbar degenerative disk disease: history and current state. Skeletal Radiol. 2011 Sep;40(9):1175-89. doi: 10.1007/s00256-011-1163-x. Epub 2011 Aug 17. Review. PubMed PMID: 21847748.

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

Il C.D. modello "See and Treat"

Vincenzo Castiglione

Il Fatto

L'Ordine Provinciale di Roma dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri ha impugnato, dinanzi il Tribunale Amministrativo del Lazio, la deliberazione del 20 marzo 2015, con la quale l'ASL RM C aveva istituito gli ambulatori infermieristici sul modello "See and Treat". Era stato previsto che, con decorrenza 23 marzo 2015, la medesima ASL avrebbe attivato – presso il presidio integrato Santa Caterina della Rosa in Roma – il primo ambulatorio territoriale "in fase di sperimentazione, con riserva di attivazione di altri analoghi presidi".

In forza della deliberazione impugnata, erano state individuate "le caratteristiche del servizio" ed era stato marcato il ruolo dell'infermiere nel processo c.d. See and Treat, con l'aggiunta che "nella fase della sperimentazione il percorso diagnostico terapeutico-dimissione è controfirmato dal medico che valida l'appropriatezza e la coerenza del trattamento attuato dall'infermiere". Successivamente alla sperimentazione, il modello aveva previsto "che dopo solo 166 ore di formazione gli infermieri vengono ritenuti abilitati a trattare alcune patologie".

Il ricorso dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri è stato contrastato – con controricorso – dalla Federazione Nazionale Collegi Infermieristici Professionali, che ne ha chiesto il rigetto. Con sentenza pubblicata il 19 ottobre 2016, la Terza Sezione Quater del Tribunale Regionale Amministrativo adito ha rigettato il ricorso dell'Ordine dei Medici.

La Motivazione

Il Tribunale amministrativo anzitutto sottolinea come il modello adottato con la deliberazione impugnata mutua la sua ragione dal modello See and Treat in vigore in Inghilterra, per poi aggiungere che: la deliberazione medesima "si inquadra nell'ambito del Piano strategico aziendale 2014-2016 adottato con delibera n. 354 del 2014 che, nell'istituzione della c.d. Casa della Salute verso la quale va spostata l'assistenza sul territorio onde garantire livelli di cura più appropriati, ha ritenuto l'opportunità di attivare una rete di Ambulatori Infermieristici caratterizzati dalla presenza di personale con tale qualifica munito di competenze certificate frutto di specifici percorsi formativi e di tutoraggio, Ambulatori sui quali far convergere le urgenze minori. i c.d. codici bianchi, allo scopo di deflazionare le presenze nei Pronto Soccorso cittadini, diminuire i tempi di attesa a volte molto lunghi e di fornire ai cittadini affetti da patologie minori quelle cure di cui necessitano nell'immediato, onde impedire pratiche di automedicazione e di autocura non sempre funzionali alla soluzione del problema del paziente".

Sul punto prospettato dall'Ordine ricorrente, che aveva rilevato "la mancanza di competenza del professionale infermieristico anche sotto il punto essenziale della responsabilità delle scelte di cura che derivano in ordine alla patologia da cui sia affetto il malato che si rivolge al servizio See and Treat, il Tribunale amministrativo, richiamata una decisione della Cassazione penale (Cass. IV Sez. Pen. 1 ottobre 2014, n. 11601), disattende l'opinione dell'Ordine ricorrente, poiché anche "l'infermiere del pronto soccorso adibito ad attribuire i codici di priorità (c.d. *triage*) risponde di omicidio colposo qualora il paziente muoia per un ritardato intervento indotto dalla sottovalutazione del caso" (così: Cass. n. 11601/2014 cit.).

A sostegno della propria statuizione, il giudice amministrativo ricorda, altresì, che "oltre alla elencazione delle patologie minori da attribuire al servizio See and Treat, l'ASL Roma C elenca espressamente i casi di esclusione, sicché, anche l'osservazione che solo il medico può valutare la gravità della situazione del paziente che si rivolge al pronto soccorso appare anch'essa esclusa a monte, perché laddove il paziente rientri in

uno dei casi elencati dall'atto viene mandato al Pronto Soccorso, per così dire, ordinario". A fronte dell'eccezione dell'Ordine ricorrente, secondo cui "l'affidamento al personale infermieristico del servizio connesso con la cura dei pazienti in codice bianco configurerebbe un esercizio abusivo della professione medica con riferimento alla fattispecie del Presidio di Santa Caterina delle Rose dove è attivato il servizio See and Treat, oltre che il reato di falso ideologico con riferimento ai medici che sarebbero chiamati a certificare ex post l'attività degli infermieri", il TAR del Lazio ne esclude la fondatezza sulla base delle seguenti considerazioni:

– "nel caso in cui si individui anche in sede di primo approccio all'utente la necessità di una preventiva visita medica il paziente viene immediatamente trattato dal medico specialista competente presso il Pronto Soccorso";

– nel caso del presidio di Santa Caterina delle Rose, dal momento che il servizio See and Treat "fa parte della Casa della Salute", sono presenti "50 medici specialisti oltre al personale infermieristico adibito al detto servizio ed oltre a ciò, qualora fosse necessario il ricovero presso il pronto soccorso, quello attrezzato più vicino è a circa 1 chilometro presso l'Ospedale Giuseppina Vannini";

– "che d'altra parte agli infermieri non venga attribuita la funzione di diagnosi della malattia si desume dal tenore letterale della delibera laddove non si parla mai di tale funzione, ma esclusivamente di discriminazione iniziale tra casi urgenti e casi non urgenti a similitudine di quanto effettuato nel triage di un Pronto Soccorso 'ordinario' e di cura dei c.d. codici bianchi in base all'elenco delle patologie minori individuate a priori dalla stessa delibera";

– peraltro, laddove parte ricorrente escluderebbe (sic) la competenza degli infermieri in ordine alle cure dovute al paziente, tale prospettazione è contraddetta dalla materia normativa in materia quale la legge n. 251/2000 che recando la disciplina sulle professioni sanitarie infermieristiche, all'art. 1 dispone che "Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza".

Al fine di chiarire se le ragioni addotte dalla sentenza del TAR Lazio possano o meno essere condivise, appare, però, necessario ricordare che: la giurisprudenza della Corte di Cassazione ha più volte riconosciuto che gli infermieri sono portatori di un'autonoma posizione di garanzia nei confronti dei pazienti (Cass. 10 dicembre 2014; Cass. 20 giugno 2011, secondo cui rientra nel *proprium* dell'infermiere quello di controllare il decorso della convalescenza del paziente ricoverato in reparto, onde poter porre le condizioni, in caso di dubbio, di tempestivo intervento medico; Cass. 1° dicembre 2004, in cui si è ravvisata la corresponsabilità per la morte di una persona sottoposta a intervento chirurgico a carico del personale infermieristico che durante la notte non aveva raccolto le richieste allarmate di intervento da parte dei familiari del paziente; Cass. 2 marzo 2000, dove si è escluso che fosse giustificato il comportamento di un infermiere che, in prossimità della fine del turno di lavoro, delegava un collega per eseguire l'ordine impartitogli da un medico di chiamare un altro medico, ordine facilmente e rapidamente eseguibile attraverso un citofono).

Più recentemente la Cassazione, ha ribadito che vanno individuate in capo all'infermiere delle responsabilità di tipo omissivo, riconducibili ad una specifica posizione di garanzia nei confronti del paziente ed ha ravvisato il fondamento di tale posizione di garanzia "proprio nell'autonoma professionalità dell'infermiere ('soggetto che... svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente, essendo... onerato di vigilare sul decorso postoperatorio, proprio ai fini di consentire, nel caso, l'intervento del medico') che va oggi considerato non più ausiliario del medico, ma professionista sanitario" (Cass. IV Sez. Pen. 21 gennaio 2016, n. 2541).

A ben guardare, la giurisprudenza si pone sulla scia dei cambiamenti normativi, succedutisi nel tempo, che hanno visto coinvolto la figura dell'infermiere (professionista sanitario con una preparazione universitaria, in possesso di una laurea immediatamente abilitante all'esercizio professionale e dell'iscrizione all'albo professionale e, in quanto tale, è a pieno titolo il responsabile dell'assistenza generale infermieristica).
Si è passato, come è noto, dal "profilo professionale", indicato nel D.M. 14 settembre 1994, n. 739, con cui all'infermiere era stata affidata e riconosciuta la piena e totale responsabilità del processo di *nursing*, al mansionario, rimasto in vigore, contemporaneamente al primo, fino al 1999, con la creazione di una sorta di "doppio canale legislativo", che aveva reso difficile l'interpretazione degli spazi di autonomia e responsabilità nell'esercizio professionale infermieristico: era stata, in tal modo, creata una figura "generalista" collegata alle funzioni dell'infermiere, riconducibili alla prevenzione delle malattie, all'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età, e all'educazione sanitaria.
All'interno del profilo, erano state esplicitate due funzioni.
La prima era la garanzia della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche-terapeutiche, che l'infermiere metteva in campo su prescrizione medica. Detta funzione, sottendendo la capacità – da parte dell'infermiere – di valutare le condizioni della persona, cui doveva applicare la prescrizione, di decidere ad es. di rimandare e sospendere temporaneamente il trattamento, se la situazione lo avesse richiesto, e attivare le risorse necessarie per far fronte all'eventuale problema. Non era, quindi, solo un atto esecutivo, ma necessario per far fronte all'eventuale problema.
Certamente la discrezionalità era esclusa sulla prescrizione in sé, di precisa e specifica competenza medica, ma non sulle modalità, sulla scelta dei presidi, sull'approccio assistenziale complessivo, sulle procedure e sulle tecniche da applicare in base alle recenti evidenze scientifiche.
La seconda funzione concedeva all'infermiere la possibilità di individuare i bisogni di salute della persona e della collettività: trattatasi di attività non su prescrizione, ma di partecipazione.
Con la legge n. 42 del 26 febbraio 1999 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie) furono introdotte ulteriori innovazioni incidenti sulla professione infermieristica: la legge cancellò il termine di ausiliario, che caratterizzava la professione infermieristica, adottando il concetto che la professione infermieristica fosse professione sanitaria a tutti gli effetti e non più ausiliaria. Abrogò sostanzialmente il "mansionario", determinando la nascita di una nuova figura di professionista dell'assistenza, non più mero esecutore di atti programmati e "prescritti" da altri.
Con la legge n. 42 del 1999 – e certamente in maggiore misura con la successiva legge 10 agosto 2000 n. 251 (peraltro richiamata dalla sentenza del TAR Lazio), fu riconosciuta la pari dignità professionale dell'infermiere rispetto alle già esistenti professioni della salute.
Infine, con legge 1° febbraio 2006 n. 43 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali), è stato definito e precisato che "sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000 n. 251, e del decreto del ministro della Sanità del 29 marzo 2001, i cui operatori svolgono in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione".
Nonostante questa trama normativa, la difficoltà che incontra la definizione di atto medico sta esponendo la professione ad un genere nuovo di conflitto, che riguarda la titolarità delle competenze da svolgere. Da anni è in piedi una discussione su che cosa debba fare l'infermiere e da anni si discute del "principio di confine", vale a dire che tutto quanto non rientra nelle competenze del medico rientra automaticamente nell'ambito delle competenze dell'infermiere. Non

essendo mai stato definito questo confine, è evidente che la funzione di demarcazione della titolarità viene a mancare. È difficile per il medico definire i rapporti con le altre professioni, senza prima avere ridefinito cosa debba essere la professione medica oggi. È stato, in proposito, sottolineato che "alla radice del conflitto professionale tra medici e infermieri sulle competenze, è che il famoso 'atto medico'... a tutt'oggi non è specificato dalla legge se non in termini di generiche competenze mediche" (Ivan Cavicchi: Questione medica. I nuovi conflitti fra Società, Economia e Sanità, in *La Responsabilità in ambito sanitario* (a cura di S. Aleo, R. De Matteis, G. Vecchio, tomo primo, Cedam ed. 2014, pag. 44 e ss.). Secondo questo Autore, i problemi su che cosa debba fare il medico e che cosa debba fare l'infermiere hanno assunto i contorni di un "conflitto sociale", atteso che le restrizioni finanziarie che hanno colpito il settore sanità impediscono alle parti in gioco il conseguimento simultaneo dei propri obiettivi professionali.

Questa situazione si è riflessa, sia pure indirettamente, nella nuova organizzazione del c.d. See and Treat, nella quale, secondo l'esposizione in fatto e le motivazioni della sentenza del TAR Lazio, la finalità del nuovo modello sarebbe quello di far convergere "le urgenze minori" allo scopo di deflazionare la presenza nei Pronto Soccorso cittadini, di diminuire i tempi di attesa "a volte molto lunghi" e di fornire ai cittadini affetti da patologie "minori" "quelle cure di cui necessitano nell'immediato".

Così ricostruita la fattispecie, esaminata dai giudici amministrativi laziali, resta da stabilire se l'intervento degli infermieri per "le urgenze minori" (o le patologie minori) per cui essi effettuano un'attività di tipo sanitario, di stretta competenza del medico, possa ritenersi legittimo oppure incorra in sanzioni, previste dall'ordinamento giuridico.

Sul punto, occorre richiamare il principio affermato dalla giurisprudenza penale, secondo la quale a qualsiasi soggetto privo di abilitazione medica sono inibite l'attività di diagnosi delle malattie, la prescrizione di rimedi terapeutici e la somministrazione di farmaci. Infatti, quando concorrono questi tre requisiti, chiunque eserciti la professione medica, senza abilitazione, commette il reato di abusivo esercizio della medesima professione (art. 348 codice penale). Con sentenza del 26 gennaio 2016, n. 8885, la Corte di Cassazione, Sesta Sezione Penale, ha, infatti, ribadito che "per la sussistenza del reato di abusivo esercizio della professione medica deve aversi riguardo al concreto svolgimento di atti tipici, cioè di atti riservati a detta professione, dovendo negarsi che possa avere rilievo, per escluderne la configurabilità, la circostanza che l'agente non si presenti come medico", ma come esercente di una diversa attività.

"Ciò che rileva ai fini dell'accertamento del reato di esercizio abusivo della professione medica è ... la natura dell'attività svolta. Ciò che caratterizza l'attività medica, per la quale è necessaria una specifica laurea e un'altrettanto specifica abilitazione, è la 'diagnosi', cioè l'individuazione di un'alterazione organica o di un disturbo funzionale, la 'profilassi', ossia la prevenzione della malattia, e la 'cura', l'indicazione dei rimedi diretti ad eliminare le patologie riscontrate ovvero a ridurne gli effetti".

Conseguentemente, prosegue la Cassazione, ad un soggetto privo dell'abilitazione medica (quale può essere l'infermiere) non è concesso prescrivere rimedi terapeutici e somministrare farmaci, perché, in tali casi, "non è consentito di ritenere lecito l'esercizio di un'attività corrispondente a quella medica da parte di chi non ha le competenze tecnico-scientifiche formalmente asseverate a seguito del conseguimento dell'abilitazione" (v. anche: Cass. Sez. VI pen. 20 giugno 2007, n. 34200; Cass. Sez. VI pen. 4 aprile 2005, n. 16626; Cass. Sez. VI pen. 10 aprile 2003, n. 30590). In tal caso, sussiste il reato di cui all'art. 348 cod. pen.

Alla luce di quanto precede, l'affidamento di competenze mediche agli infermieri, previsto dal modello See and Treat (sia pure per le patologie minori, circostanza che, ai fini che qui interessano, appare irrilevante e fuorviante), pone delicati problemi di rilevanza penale, che forse un più approfondito esame della questione potrebbe risolvere.

Nuove prospettive nella terapia dell'ernia del disco

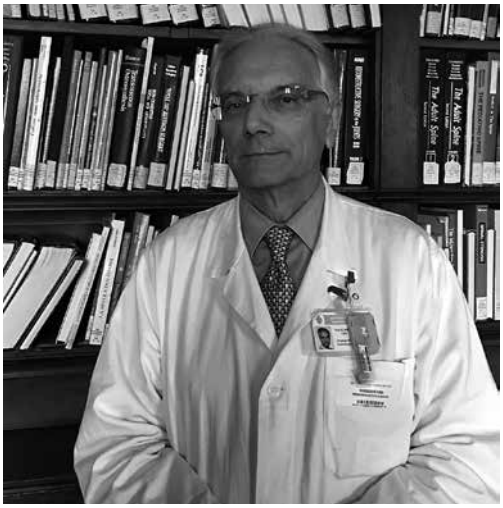
Intervista al Dottor Ugo Albisinni, specialista in radiologia, direttore della Struttura Complessa di Radiologia diagnostica ed Interventistica dell'Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR), IRCCS, Bologna.

Oggi ti trovi al vertice della divisione di diagnostica di una struttura che costituisce un'eccellenza ortopedica come l'Istituto Rizzoli. Come si è svolta la tua storia professionale?

La mia storia professionale è iniziata all'Istituto Ortopedico Rizzoli nel lontano 1979 quando, appena specializzato, ebbi l'opportunità di consultare l'archivio radiologico dei tumori ossei: fu amore a prima vista e l'interesse per l'ortopedia oncologica è rimasto sempre vivo tanto da mettere a punto a tal fine numerose procedure di radiologia interventistica. Ho svolto la mia carriera professionale solo all'Istituto Rizzoli dove sono Direttore della Struttura complessa di Radiologia Diagnostica ed Interventistica dall'11 settembre del 2000.

Da diversi anni ti occupi del trattamento non-chirurgico dell'ernia discale. Puoi parlarcene?

Il disco intervertebrale è una struttura complessa costituita da uno spesso e rigido anello periferico, l'anulus fibroso, che circonda un nucleo gelatinoso, il nucleo polposo. L'ernia del disco è una patologia caratterizzata dal dislocamento localizzato di materiale discale, oltre i limiti dello spazio intervertebrale. Le cause che portano alla formazione dell'ernia del disco sono principalmente due: la degenerazione del disco intervertebrale e il trauma. Fattori predisponenti sono: la familiarità, l'età, le attività sportive o lavorative che determinano sovraccarichi funzionali del rachide, l'obesità, il fumo e le malattie cardiovascolari. L'ernia del disco causa rachialgia isolata o associata ad irritazione radicolare; la sede più frequente è quella lombare per cui si parla di lombalgia o più frequentemente lombo-sciatalgia/cruralgia. La prevalenza nel corso della vita dell'ernia del disco lombare, nei paesi occidentali, è stata stimata pari all'1-3%



della popolazione. L'ernia del disco associata a sintomi clinici si manifesta più spesso nel sesso femminile, tra i trenta e cinquanta anni di età. L'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) sullo stato di salute in Italia segnala che "il 7,25% della popolazione ha riferito nel 1999-2000 di essere affetto da lombosciatalgia" (6,38% maschi e 7,95% femmine). La sintomatologia algica regredisce spontaneamente nel 67-76% dei casi, con risoluzione dell'ernia discale entro 8-9 mesi dalla comparsa. L'ernia del disco può insorgere lungo tutta la colonna vertebrale, ma è molto più frequente nel tratto lombare, specialmente tra L4 e L5 e L5 e S1; è meno frequente nel tratto cervicale, rara in quello toracico. Alcuni studi hanno evidenziato come il trattamento chirurgico dell'ernia discale sia molto efficace a breve termine (tasso di successo 90-95%) mentre nei follow up a lungo termine (oltre i sei mesi) la percentuale di successo cala progressivamente fino all'80% per due probabili ipotesi patogenetiche: la formazione di cicatrice ipertrofica nella sede di rimozione dell'ernia e la recidiva. In considerazione di quanto detto, avvalorato anche dall'esperienza maturata presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli, ho messo a punto un trattamento sintomatico loco-regionale degli episodi acuti, anche recidivanti, di ernia del disco

con irritazione radicolare, che pratico da giugno 2006. Il trattamento loco-regionale percutaneo consente di ridurre/eliminare il dolore rachideo e l'irritazione radicolare in oltre l'80% dei casi, restituendo il paziente alle normali attività quotidiane. Il trattamento prevede l'erogazione di radiofrequenza pulsata (RFP) e l'iniezione di cortisonico a lento rilascio. Con guida TC viene posizionato, con accesso postero-laterale (per la sede toracica e lombare) o antero-laterale (per la sede cervicale), un ago da 22G (calibro 0,6mm) in prossimità del ganglio dorsale della radice nervosa che ha sede nel forame di coniugazione corrispondente; in questo ago, previa estrazione del mandrino, si inserisce coassialmente l'agoelettrodo; successivamente si posiziona sulla cute una piastra dispersiva per chiudere il circuito con il generatore di radiofrequenza. Si eroga quindi, previa stimolazione a 50 Hz, radiofrequenza pulsata a 2 Hz per quindici minuti che consente di neuromodulare il ganglio della radice interessata. L'utilizzo della RFP consente di agire solo sulle fibre nocicettive del ganglio ed evita di creare lesioni termiche delle fibre nervose poiché alla punta dell'agoelettrodo, posizionata a qualche millimetro dal ganglio, si raggiunge una temperatura massima di 42° C. Sempre attraverso lo stesso ago, dopo aver estratto l'agoelettrodo, si iniettano 1-2 ml di steroide a lento rilascio. Quindi si asporta l'ago, si medica il piccolo foro cutaneo di ingresso, si appone un cerotto e si toglie la piastra dispersiva. Il paziente viene tenuto in osservazione per 1-2 ore e poi riprende le sue normali attività. Solitamente questa procedura viene eseguita monolateralmente ad un solo livello e dura complessivamente circa 30 minuti. Quando la sintomatologia è bilaterale o vi è il coinvolgimento di più radici è possibile eseguire il trattamento a più livelli nella stessa seduta.

L'effettuazione di questa procedura di radiologia interventistica prevede una visita ambulatoriale di selezione/accettazione del paziente ed una visita ambulatoriale di controllo solitamente dopo due mesi. Quasi sempre per risolvere la sintomatologia è sufficiente un solo trattamento. Le controindicazioni pressoché assolute a questo

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

trattamento sono le patologie da sanguinamento e le infezioni locali o generali. La presenza di pacemaker o device elettronici (se non sono temporaneamente disattivabili) raccomanda di eseguire solo l'iniezione di steroide; l'esistenza di ipertensione e/o diabete induce a ridurre/evitare l'iniezione di steroide.

Possiamo dire che alla base di questo approccio vi è un inquadramento della patologia erniaria sotto una luce infiammatoria piuttosto che meccanica?
È ormai chiaro che la sola pressione dell'ernia sul nervo spinale o l'azione meccanica sul legamento posteriore e quindi sul plesso nervoso sovrastante non possono essere l'unica causa del dolore; infatti il 70% delle persone con imaging positivo per ernia discale non avverte alcun dolore. È l'innesco della cascata dell'acido arachidonico [produzione di numerosi fattori: prostaglandina E2, fosfolipasi A2, trombossani, TNF (Tumor Necrosis Factor), citochine e MMPs (Matrix Metalloproteinases)] che scatena una risposta infiammatoria, maggiore responsabile della sintomatologia. Tutte queste molecole sensibilizzano le radici dei nervi al dolore; tuttavia l'esatta sequenza degli avvenimenti e le specifiche molecole interessate in questo meccanismo non sono state ancora identificate nei dettagli.

Questa modalità di trattamento si presta ad ogni condizione di patologia erniaria?
Con questo tipo di trattamento mini-invasivo possono essere trattate tutte le ernie discali **sintomatiche**, siano esse di piccole o grandi dimensioni o a diversa sede (mediana, paramediana, foraminale ed extraforaminale) e le lesioni focali **sintomatiche** dell'anulus. Abbiamo trattato con successo anche pazienti affetti da deficit muscolare, previo consenso informato dettagliato sulla possibilità di dover ricorrere a breve all'intervento chirurgico ed avendo l'accortezza di un assiduo monitoraggio. Con la stessa ratio abbiamo trattato le stenosi morfologico/funzionali **sintomatiche**, avvertendo che si tratta di un trattamento sintomatico e spesso temporaneo e che la patologia in oggetto ha bisogno di una soluzione chirurgica. Poiché l'ernia discale tende spontaneamente a guarire nel giro di qualche mese, questo trattamento, che ha la finalità di ridurre/eliminare il dolore rachideo e l'irritazione radicolare e di restituire precocemente il paziente alle normali attività quotidiane, viene preso in considerazione nei casi in cui le usuali terapie mediche e/o fisioterapiche non hanno ottenuto sostanziali miglioramenti sintomatologici.

In quali centri del nostro territorio viene eseguita?
Così come è stata descritta la procedura (guida TC, erogazione di RFP ed iniezione di corticosteroide a lento rilascio) viene eseguita, a mia conoscenza, solo a Bologna presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Cosa pensi di altri approcci terapeutici alternativi alla chirurgia, quali l'ozonoterapia ?
L'ozonoterapia è un trattamento alternativo che ha percentuali di successo simili. È più "invasiva" perché prevede la puntura del disco e quindi può esporre il paziente, seppur raramente, all'infezione dello stesso (discite); inoltre abbisogna di qualche giorno di "riposo".

La diagnostica per immagini ha compiuto enormi progressi negli ultimi anni. Quali secondo te le risultanze più rilevanti?
La tumultuosa evoluzione tecnologica, in particolare dell'informatica, ha consentito di avere a disposizione macchine pesanti, quali la TC e la RM, estremamente performanti che ci consentono di studiare nel dettaglio non solo la morfologia degli organi ma anche gli aspetti funzionali. La contestuale evoluzione dei device medici ha permesso di fare importanti progressi in Radiologia interventistica, allargandone le indicazioni non solo in campo vascolare, consentendo altresì di ottenere, a parità di efficacia, la riduzione del costo biologico e di quello economico.

E per quanto concerne le prospettive future?
Vedo avanzare rapidamente una medicina personalizzata, con diagnosi sempre più precoci e meno invasive e con terapie customizzate. In questa ottica la nostra specializzazione ha davanti a sé numerose sfide...

Dott. Ugo Albisinni
Direttore Struttura complessa di Radiologia
Diagnostica ed Interventistica
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
ugo.albisinni@ior.it

A.M.A.B. a fianco di Agopuntura nel Mondo – Agom, per il terremoto del Centro Italia

Nel mese di Ottobre 2016 l'Associazione Medici Agopuntori Bolognesi – A.M.A.B. ha partecipato attivamente all'iniziativa dell'associazione volontaria AGOM – Agopuntura nel Mondo di portare l'agopuntura nelle zone del centro Italia colpite dal terremoto del 24 agosto 2016.
La Dottoressa Maria Letizia Barbanera, tutor della scuola A.M.A.B, si è recata ad Acquasanta Terme, un piccolo paese vicino ad Accumuli - Ascoli Piceno, per prestare servizio nell'ambulatorio gratuito di agopuntura istituito eccezionalmente per aiutare i terremotati.

In una settimana di lavoro sono state effettuate 115 sedute di agopuntura su pazienti provenienti da tutto il territorio colpito, sia abitanti del luogo con case ancora agibili sia persone già dislocate nei vari alberghi a causa dei danni subiti dalle abitazioni più compromesse. I trattamenti venivano ripetuti quotidianamente per i pazienti più gravi e acuti, mentre venivano distribuiti ogni due o tre giorni se la patologia era già in fase di guarigione poiché trattata dai medici agopuntori di AGOM dei turni precedenti.
Disturbi del sonno, ansia, depressione e attacchi di panico erano le condizioni cliniche più frequentemente trattate, aggravate dalle continue repliche di terremoto che si ripetevano quotidianamente anche a distanza di più di un mese dall'evento di agosto. Altre patologie frequenti erano dolori muscoloscheletrici di vario tipo, lombalgie, cervicalgie e cefalee causate dal cambio di abitudini di vita, per la persistente necessità di dormire in automobili o in alloggi di fortuna. La ripetizione quotidiana dei trattamenti evidenziava l'estrema efficacia dell'agopuntura, poiché i pazienti miglioravano di giorno in giorno grazie alle cure del team di medici volontari.
L'ambulatorio è stato tenuto aperto per quasi due mesi per soddisfare tutte le richieste della popolazione, purtroppo, però, la potenza della terra non si era ancora esaurita ed ha continuato a tremare anche successivamente. L'A.M.A.B fornirà ancora il suo contributo a supporto della encomiabile iniziativa di AGOM se sarà ancora necessario, per poter aiutare concretamente chi ne ha bisogno, in un momento così difficile per la popolazione del centro Italia.
La segreteria dell'A.MA.B. www.amabonline.it

La Responsabilità Solidale in Odontoiatria (e non solo)

Alessandro Nobili

Sono molti gli studi medici o le strutture sanitarie in cui il paziente viene curato da diversi professionisti.
In tali casi, su chi ricade la responsabilità di un eventuale danno iatrogeno? Gli esempi che seguono sono centrati soprattutto sugli operatori dell'ambito odontoiatrico, ma situazioni analoghe si realizzano in molti ambiti medici e chirurghici, ed i relativi principi sono pertanto universalmente applicabili.
Ipotizziamo quindi il caso di uno studio odontoiatrico in cui il titolare deleghi certe mansioni a collaboratori (endodontista, implantologo, ortodontista), oppure ai sempre più comuni "centri dentali", al cui interno si avvicendano, contestualmente od in successione, diversi professionisti.
Le responsabilità che ne derivano possono essere molteplici: in caso di un danno procurato al paziente, ovvero di un inadempimento contrattuale, di chi sarà la "colpa"? Del diretto esecutore, del titolare dello studio, del direttore sanitario del centro oppure solidale? Ed in che misura le obbligazioni assunte in tali circostanze possono essere considerate indivisibili?
La giurisprudenza oscilla tra diverse linee di pensiero giuridico-normativo, che protremmo sintetizzare in tre: il principio dell'affidamento, la responsabilità oggettiva (presunta) e quella derivante dal cosiddetto contratto di spedalità.
Secondo il principio dell'affidamento, responsabile è colui che ha materialmente eseguito l'intervento, disponendo egli delle conoscenze e delle capacità teoriche di eseguire correttamente la specifica prestazione "affidatagli" dal titolare – direttore sanitario (o capo-équipe che dir si voglia).
In virtù di questo principio ciascuno risponde delle conseguenze della propria condotta, commissiva od omissiva, nell'ambito delle proprie competenze e non risponde, invece, dell'eventuale violazione delle regole cautelari da parte di terzi. Tuttavia, ed ecco la prima limitazione, "*la possibilità di fare affidamento sull'altrui diligenza viene meno quando l'agente è gravato da un obbligo di sorveglianza o controllo nei confronti di terzi*" (Cass. Pen. 8/10/2009 n° 46741).
Il principio della "responsabilità oggettiva", invece, si rifà al dettato del codice civile che prevede *culpa in eligendo in vigilando et in custodiendo* per chi si trova in una posizione gerarchicamente e materialmente superiore in ordine alle conoscenze richieste per una determinata prestazione: potrebbe essere il caso dell'esperto titolare dello studio che fa curare un suo paziente da un giovane collaboratore.
La terza fattispecie riguarda il c.d. contratto di spedalità, in base al quale la responsabilità (contrattuale) ricade sulla struttura alla quale il paziente si è rivolto e con la quale si è di fatto concluso il contratto professionale d'opera.
Questa normativa nasce in verità con esplicito riferimento agli ospedali (case di cura), ma a parere di molti è applicabile per analogia anche ad una struttura sanitaria privata, sia essa un ambulatorio, uno studio, un centro, etc., e trova il proprio fondamento giuridico nella sentenza della Cassazione n° 8826/2007 "*Responsabilità contrattuale della struttura sanitaria*" in virtù della quale la struttura deve fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente "di assistenza sanitaria", che ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una

serie di obblighi cosiddetti di protezione ed accessori.
La responsabilità, inoltre, non sarà solo per il titolare-direttore sanitario, ma sussisterebbe anche responsabilità incrociata tra tutti gli operatori che sono intervenuti, in quanto "*ciascun professionista, oltre ad agire con competenza e prudenza nell'ambito specificatamente demandatogli, non può esimersi dal curare gli aspetti dell'atto medico chirurgico che riguardino il comune coinvolgimento verso l'unico fine di cura del paziente. In conseguenza, ciascun medico non può isolarsi del tutto nel suo compito, ma deve altresì considerare e valutare l'attività dei colleghi...*" (Cass. Pen. 8/10/2009 n° 46741).
Per liberarsi dalla (co)responsabilità colposa il singolo professionista dovrà dimostrare la sua estraneità ai fatti o un difetto di legittimazione passiva. Come? Dimostrando la correttezza del proprio operato e l'autonomia degli altri intervenuti, ma anche l'impossibilità di prevenire l'altrui errore.
In realtà, quindi, i pronunciamenti dei giudici possono risultare difformi, anche perché in pratica possono porsi casi effettivamente molto diversi. Ipotizziamone due.

Caso 1: Ortodontista collaboratore di uno studio. L'ortodonzia è notoriamente una branca marcatamente specialistica in ambito dell'odontoiatria generale, che l'ortodontista svolge generalmente nella pressocché totale autonomia. In tal caso, quindi, dovrebbe prevalere il principio dell'affidamento, con totale assunzione della responsabilità da parte di questo collaboratore (legittimo affidamento da parte del titolare).

Caso 2: Collaboratore endodontista o implantologo o protesista che interviene, più o meno contestualmente, ma comunque sinergicamente, ad altri odontoiatri (compreso il titolare) nell'espletamento di una prestazione "unitaria", come può essere intesa una riabilitazione endoprotesica o implantoprotesica.

In tali casi, potendo essere arduo distinguere le singole responsabilità, i legislatori ed i giudici tendono a riconoscere a tutti gli intervenuti la legittimazione passiva necessaria e sufficiente per subire azione risarcitoria.
Questa interpretazione mira a tutelare il più possibile il paziente, ritenuto parte debole nel rapporto contrattuale, per il quale sarebbe gravoso risalire a tutti i soggetti che possono aver avuto un ruolo nell'insuccesso. In tali circostanze una quota di responsabilità solidale spetterà sempre anche al titolare-direttore sanitario, ancorché non intervenuto personalmente, per le prerogative di organizzazione e vigilanza a cui è comunque tenuto. Starà a quest'ultimo, eventualmente, dimostrarsi esente da colpe provando di avere correttamente ottemperato ai suddetti doveri, e che quindi il danno si è prodotto a prescindere dalle proprie responsabilità.
Quanto sopra può valere sia in ambito civile (responsabilità solidale al risarcimento), che penale (concorso in reato).
Ma attenzione: le insidie della responsabilità medica concorsuale e/o solidale non finiscono qui.
A termini di legge, infatti, anche il sanitario subordinato (collaboratore) può essere chiamato a rispondere in solido della responsabilità di una scelta terapeutica rivelatasi errata e da lui eseguita in quanto dettatagli dal "titolare" dello studio, avendo omesso di far valere il proprio dissenso sulla scelta terapeutica per l'appunto "sbagliata".
È evidente che ai fini della determinazione del più o meno "legittimo" affidamento peserà la circostanza peculiare, ovvero ben diverso sarà considerato il caso dell'affidamento ad un collega giovane e alle prime armi piuttosto che ad un collega di provata esperienza eventualmente più o meno coetaneo del titolare-direttore affidatore. Dato che nel primo caso si potrà invocare una sorta di responsabilità oggettiva (presunta) per conto altrui (senz'altro più difficilmente configurabile nel secondo caso) ciò peserà non solo sulla individuazione di una "responsabilità solidale", ma anche sull'eventuale graduazione percentuale della stessa.

Una giornata al Pronto Intervento

Piera Bitelli*

Si potrebbero raccontare tante storie al Pronto intervento: una per ognuna delle persone che passano dal nostro servizio. Ne scegliamo due, giusto come esempio.

R.T., donna. Arriva alle ore 9 all'apertura del Pronto intervento per un trauma contusivo al 4° dito del piede destro. La paziente viene visitata ed essendoci il ragionevole dubbio di una frattura viene inviata al Polo diagnostico Bodi al piano sottostante per l'esecuzione di un RX, che viene eseguita alle ore 9:15 e che conferma il sospetto di frattura. Viene applicata una fasciatura da tenere per 20 giorni. Alla paziente viene fatta indossare una scarpa talus per tenere in scarico il dito fratturato. Alle 9:35 la paziente è stata congedata.

P.T, uomo. Accede al Pronto intervento alle ore 14.30 lamentando forte cefalea e sonnolenza da lui stesso attribuita a un trauma cranico di 2 giorni prima. Alla luce di un esame neurologico negativo si ritiene, per fugare ogni eventuale dubbio, di fargli eseguire una TC cerebrale presso il Polo diagnostico Bodi. L'esito è negativo e il paziente viene dimesso alle ore 14:55.

Si tratta solo di due esempi, utili però per fare luce su questo servizio, il cui nome completo è "Pronto intervento ortopedico, traumatologico e fisiatrico". Non è il pronto soccorso ospedaliero, né ha l'ambizione di sostituirsi a esso. Si tratta invece di un servizio del Polo diagnostico Bodi, a sua volta all'interno del complesso sanitario Terme San Petronio - Antalgik in Via Irnerio a Bologna.
Il lavoro di un professionista in questo punto di primo intervento richiede la capacità di rispondere prontamente alle richieste del paziente e saperlo indirizzare nel modo più corretto.
Al Pronto intervento si rivolgono infatti casi che al pronto soccorso ospedaliero verrebbero classificati come codici bianchi o verdi: persone che hanno subito traumi accidentali, contusioni, abrasioni, piccole ferite, distorsioni, sublussazioni e traumi muscolari, dolori acuti osteoarticolari, blocchi vertebrali.
La visita medica specialistica ortopedica-fisiatrica si serve, quando necessario, di tutti quegli accertamenti strumentali di primo e secondo livello eseguibili presso il Polo diagnostico Bodi: RX, ecografia, TC e RMN, in tempi rapidi e senza alcuna lista di attesa.
Il vantaggio è duplice: sia per il cittadino, che trova una risposta adeguata a problemi di media entità, sia per il servizio sanitario, che non trova il pronto soccorso ospedaliero intasato da richieste inappropriate.
Una volta formulata la diagnosi viene eseguito tutto ciò che è ritenuto utile per il paziente: bendaggio, applicazione di tutore fornito dalla struttura, artrocentesi, trattamento infiltrativo...
Nella nostra proposta rimuoviamo inoltre gessi e punti di sutura ed eseguiamo medicazioni.
In generale una bella soddisfazione per noi medici professionisti che ci sentiamo di operare per il bene del paziente e rispondere con prontezza alle sue richieste.

* *Medico del Pronto Intervento Ortopedico, Traumatologico, Fisiatrico del Complesso Sanitario Terme di San Petronio Antalgik, Via Irnerio 12/A - Tel. 051 246534*

Delibera della CNFC (Commissione nazionale Formazione Continua) in materia di crediti formativi ECM

Art. 1
(*Obbligo formativo triennio 2017-2019*)

1. L'obbligo formativo per il triennio 2017-2019 è pari a 150 crediti formativi fatte salve le decisioni della Commissione nazionale per la formazione continua in materia di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni.
2. I professionisti che nel precedente triennio (2014-2016) hanno compilato e soddisfatto il proprio dossier formativo individuale hanno diritto alla riduzione di 15 crediti dell'obbligo formativo nel presente triennio formativo (Determina della CNFC del 10 ottobre 2014).
3. I professionisti sanitari che nel precedente triennio (2014-2016) hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 121 e 150 hanno diritto alla riduzione di 30 crediti dell'obbligo formativo nel triennio 2017-2019. Coloro che hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 80 e 120 hanno diritto alla riduzione di 15 crediti.

Art. 2
(*Certificazione per il triennio 2017-2019*)
1. Il professionista sanitario può richiedere la seguente documentazione:
a) Attestato di partecipazione al programma ECM;
b) Certificato di completo soddisfacimento dell'obbligo formativo.
2. L'attestato di partecipazione al programma ECM contiene esclusivamente l'indicazione del numero di crediti conseguiti qualora gli stessi non soddisfino l'obbligo formativo nel triennio.
3. Il certificato sancisce il completo soddisfacimento dell'obbligo formativo nel triennio.
4. Solo i crediti ECM acquisiti nel rispetto delle norme e dei vincoli definiti dalla Commissione nazionale all'art. 4 della presente delibera, concorrono al conteggio dei crediti annuali e al completo soddisfacimento dell'obbligo formativo triennale.
5. I documenti di cui sopra (comma 1 del presente articolo) sono rilasciati da Ordini e Collegi professionali per quanto riguarda gli esercenti professioni sanitarie regolamentate e ordinate, dalle Associazioni maggiormente rappresentative degli esercenti le professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate, per quanto riguarda gli iscritti alle stesse, dalla Commissione nazionale per la formazione continua per i professionisti che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non sono iscritti alle Associazioni ora citate.

Art. 3
(*Regole applicative*)
1. I crediti acquisiti durante i periodi di esenzioni ed esoneri non vengono conteggiati per il soddisfacimento del fabbisogno formativo e non vengono conteggiati all'interno del Dossier Formativo.
2. Il professionista sanitario, tramite formazione erogata da provider accreditati, deve acquisire in qualità di discente almeno il 40% del proprio fabbisogno formativo triennale eventualmente ridotto sulla base di esoneri, esenzioni ed altre riduzioni. I crediti acquisiti tramite autoformazione non possono superare il 10% del fabbisogno formativo triennale.
3. Il professionista sanitario non può acquisire crediti in qualità di reclutato dalle Aziende sponsor oltre il limite di 1/3 del proprio fabbisogno formativo triennale eventualmente ridotto sulla base di esoneri, esenzioni ed altre riduzioni.

Art. 4
(*Docente, tutor/relatore di formazione organizzata da Provider*)
1. Fermo restando i criteri di attribuzione dei crediti, ciascun docente/tutor/relatore non può acquisire più di 50 crediti per un singolo evento.
2. Al fine di evitare che per uno stesso evento i crediti vengano calcolati due volte nel caso in cui un soggetto rivesta contemporaneamente più ruoli (docente/tutor/relatore e discente), è vieta-

ta l'attribuzione di crediti per più ruoli all'interno dello stesso evento. In tal caso nel rapporto dell'evento il nominativo del professionista sanitario può comparire una sola volta con i crediti o di docente/tutor/relatore o di discente, lasciando al professionista la relativa scelta.
3. I crediti saranno, invece, sommati solo nel caso in cui il professionista sanitario partecipi in qualità sia di docente/relatore che di tutor, in tal caso i crediti dovranno essere rapportati con il ruolo di 'docente', rispettando comunque il limite dei 50 crediti a partecipazione.
4. Nel caso di una sessione svolta in co-docenza, vale a dire nel caso in cui in una sessione i docenti siano due o più di due e gli interventi vengano svolti simultaneamente, si applica il criterio generale di attribuzione di due crediti l'ora per ogni singolo co-docente. Affinché i crediti possano essere erogati, la durata minima di una sessione per singolo docente deve essere di almeno mezz'ora (in tal caso ad ogni singolo co-docente viene attribuito 1 credito).
5. Il professionista sanitario che nello stesso anno partecipa a più edizioni dello stesso evento con ruoli diversi (in qualità di docente/tutor/relatore in un'edizione e in un'altra come discente), può acquisire i crediti per entrambi i ruoli, per una sola volta; il *provider*, nel caso il professionista sanitario partecipi come discente a un corso di cui era stato docente, dovrà inserire un nuovo programma in quanto non dovrà più comparire il nome del professionista sanitario nel ruolo di docente/tutor/relatore.

Art. 5
(*Eventi di formazione ECM*)
1. Con riferimento al triennio formativo 2017-2019 tutti gli eventi formativi dovranno concludersi entro il triennio formativo in cui vengono inseriti. L'evento formativo non può durare più di 12 mesi ad esclusione delle "Attività di ricerca" che possono durare fino a 24 mesi, sempre entro il limite di conclusione del triennio formativo.

Art. 6
(*Norme finali*)
1. Per quanto non espressamente disciplinato nella presente delibera si rimanda agli atti deliberativi adottati dalla Commissione nazionale per la formazione continua e alla normativa disponibile sul sito ECM/Age.Na.S. in materia di attribuzione e calcolo dei crediti.

ECM: la Commissione concede "proroga"

Ci sarà tempo per tutto il 2017 per mettersi in pari con i crediti Ecm relativi al triennio 2014–2016, potendo acquisire sino al 50% del punteggio complessivo (150 crediti al netto di esoneri ed esenzioni).
A stabilirlo, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, che ha deliberato in tal senso nella riunione del 13 dicembre scorso.
Sempre in quell'occasione, la Commissione ha fissato i nuovi criteri <http://ape.agenas.it/documenti/Normativa/delibera_criteri_assegnazione_crediti_griglia.pdf> per l'assegnazione dei crediti agli eventi da parte dei provider.
Anche per il triennio 2017-2019 saranno 150 i crediti da maturare, fatti salvi esoneri, esenzioni, ed eventuali altre riduzioni (v. delibera <http://ape.agenas.it/documenti/Normativa/Delibera_crediti_triennio_2017-2019.pdf> del 4 novembre).
Meccanismo premiante per i professionisti che, nel precedente triennio, si siano dimostrati "virtuosi": la Commissione ha infatti previsto una riduzione di 15 crediti per i sanitari che abbiano soddisfatto il proprio dossier formativo individuale, alla quale si sommano uno "sconto" di 30 crediti per coloro che abbiano acquisito tra 121 e 150 crediti o di 15 crediti se il "punteggio si assesta tra 80 e 120. Partiranno a gennaio i nuovi corsi Fad della Fnomceo, offerti gratuitamente a tutti i medici e gli odontoiatri tramite la piattaforma Fadinmed <https://portale.fnomceo.it/fnomceo/showVoceMenu.2puntOT?id=112>.
A inaugurare la serie, un corso sulle Vaccinazioni.

A PROPOSITO DELLE CASE DELLA SALUTE

Prot. n. 2749/GP/pm - Bologna, 21 dicembre 2016
Al *Presidente Gruppo Forza Italia - Regione Emilia-Romagna*
Avv. Galeazzo Bignami - *Viale Aldo Moro, 50 - 40127 Bologna*

Oggetto: Parere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna sull'Atto di indirizzo regionale: C88 - *"Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa".*

Gentile Presidente,
Accludo di seguito il parere in oggetto richiesto a questo Ordine il 18.11 u.s. e frutto di attenta analisi da parte della "Commissione Ordinistica Problematiche dell'Ospedalità Pubblica e del Territorio" riunitasi il 22 novembre 2016 e recepito, con alcune modifiche dall'organo decisionale, il Consiglio Direttivo, con voto unanime in data 20.12 u.s.
Di seguito gli specifici punti del documento C88 che, riportati in corsivo, si sono ritenuti necessitati di commento e che di fatto complessivamente costituiscono il corpo della delibera ordinistica n. 188 del 20.12.2016.
Colgo l'occasione per ringraziare della opportunità offerta a questo Ordine nella analisi di un così rilevante documento di politica sanitaria.
Cordiali saluti.
Il Presidente, Dott. Giancarlo Pizza

ANALISI DEL DOCUMENTO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Pag. 12 - *definire gli elementi della "regia organizzativa" nelle CDS a media/alta complessità…*
La presenza del Responsabile nella struttura "Casa della Salute" si ritiene debba essere continuativa e avere caratteristiche, e finalità correlate, di responsabilità pari a quelle di una Direzione Sanitaria, e non può limitarsi ad essere un'attività virtuale e surrogata da affidamento di compiti e responsabilità al Coordinatore (se non medico) della struttura stessa.

Pag. 14 - *Le funzioni chiave della Casa della Salute: accesso e valutazione del bisogno…*
Da quanto scritto parrebbe trattarsi di una sorta di "triage" eseguito all'accesso del paziente nella Casa della Salute. Queste fasi sono delicate sia per come orientare il Cittadino/paziente, sia per le conseguenze che errate valutazioni possono avere sia in termini di fornitura di adeguato servizio che di costi. Deve essere fatta esplicita chiarezza sulla valutazione dei diversi *bisogni* dell'utente che, se certamente ed esclusivamente di natura sociale, possono essere valutati e gestiti dall'assistente sociale, ma se di natura sanitaria, devono essere "in primis" valutati ed orientati dal medico, che possibilmente deve essere il MMG del paziente. La funzione del MMG nell'attuale modello del SSN è centrale, sia per la conoscenza che può avere del paziente dal punto di vista della salute, della storia clinica, delle condizioni psicologiche, ma anche delle condizioni sociali in cui vive, famiglia, stato sociale, condizioni di lavoro. Una valutazione del *bisogno* del paziente in modo sbagliato, o superficialmente eccessivo, può portare, oltreché ad un danno per la salute e la sicurezza del cittadino/paziente, anche ad un uso sbagliato o inappropriato delle risorse sanitarie (tipo indicazioni a prestazioni specialistiche, esami) che il MMG può, per le ragioni sopraesposte, orientare in maniera corretta. Pertanto se è vero che in queste

fasi può essere utile la collaborazione di personale non medico, risulta indispensabile da subito la valutazione medica.

Pag. 17 - *Il Coordinamento organizzativo e clinico assistenziale*
L'affermazione che tale coordinamento sia di tipo organizzativo e clinico assistenziale lascia supporre che vi sia, sempre presente in sede, un unico responsabile di tale attività *(preferibilmente un coordinatore infermieristico).*
Se è pur vero che un coordinamento di tipo **esclusivamente organizzativo** possa essere svolto da una figura che abbia maturato professionalità e competenze non squisitamente sanitarie, le **funzioni di tipo clinico-assistenziale** devono essere svolte da una figura che abbia questo tipo di competenze, che allo stato della legislazione attuale e dei curricula universitari, possono essere reperite soltanto nella professionalità medica.

Pag. 18 - Quando si parla di *componenti del board* si dovrebbe con precisione chiarire quali professionalità vi debbano fare parte, con quale titolo di studio, e soprattutto quando alla pagina 18 si scrive che il *referente clinico può essere un medico* occorrerebbe in realtà specificare che "**deve essere un medico**".

Pag. 20 - *Il coordinatore assistenziale è un infermiere*
Viene categoricamente asserito nella prima riga, ma questo non può essere corretto se non vi è una supervisione ed una responsabilità medica a monte.

Pag. 22 - *...le Case della Salute sono il luogo dell'accesso e della presa in carico delle persone, nell'ambito dei programmi e percorsi assistenziali, sulla base della natura del bisogno*
L'affermazione deve specificare che i bisogni di natura sanitaria sono **le patologie (acute e croniche)** che, per essere avviati agli idonei programmi e percorsi assistenziali, necessitano di un'opportuna precisazione clinico-diagnostica, anche in termini di appropriatezza di utilizzo di risorse (e quindi di spesa) che solo la figura professionale del medico può garantire, ed alla quale oggi viene chiesto conto.

Pag. 24 - *La presa in carico della cronicità secondo la medicina d'iniziativa: l'ambulatorio infermieristico ...il MMG collabora con i professionisti coinvolti....nei casi di maggior complessità clinica (multi morbosità) e non inquadrabili pienamente nell'ambito di uno specifico percorso assistenziale...*
Chi ha scritto queste frasi crede che la diagnosi e la terapia delle malattie possa farsi consultando internet o delle tabelle schematiche? Senza un percorso di studio e di pratica professionale di anni? È in queste affermazioni un forte punto critico che definisce un **abuso di professione** da parte del professionista non medico che dovesse cimentarsi a seguire quanto scritto, e configura una istigazione all'abuso dell'esercizio della professione medica da parte di chi ha redatto il documento. Non si può relegare il MMG ad un ruolo di mero consulente, o lo specialista ad un avallatore di esami definiti su una tabella.

Pag. 25 - *Nell'ambito del follow-up... prevista la programmazione degli esami e delle visite specialistiche definiti nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali...*
Tutte queste attività non possono essere svolte meccanicamente seguendo degli algoritmi inseriti in linee guida (che sempre sono solo indicative), ma deve esserci la valutazione del paziente da parte del medico (MMG o Specialista).

"L'educazione terapeutica, l'autogestione della patologia... l'addestramento all'identificazione precoce di segni e sintomi di complicanze..." sono tutte azioni che possono andar bene solo sotto la supervisione ed il controllo diretto del medico.

Pag. 28 - Anche *i questionari di valutazione dei percorsi assistenziali* ... ACIC e PACIC (pag. 29 che nel documento non vengono allegati) non possono sostituire la figura del medico....
Così come l'*acquisizione di specifiche competenze cliniche e assistenziali (ambito geriatrico, riabilitativo, cure palliative, altri ambiti)* deve essere inquadrato nell'ambito delle competenze e responsabilità di ciascuna figura professionale, che non può essere scavalcata o sostituita.

Pag. 29-30 - *L'ICT (= information communication technology) a supporto della governance della comunità di professionisti.*
Se è certamente utile lo sviluppo dei sistemi informatici per la gestione di prenotazioni di specialistica ambulatoriale, di esami vari e per ricevere referti, anche la rete che consenta la raccolta della storia clinica del paziente può dare un notevole supporto alla raccolta dell'anamnesi dei pazienti, ma non può costituire uno strumento che consenta a professionisti non medici di valutare le condizioni cliniche dei pazienti/utenti o di indirizzare verso una o l'altra prestazione medica.

Pag. 31 - *Algoritmi per la identificazione dei pazienti a rischio... e la identificazione delle persone a rischio di sviluppare patologie croniche... registri clinici aziendali di patologia...* si tratta di strumenti che devono essere gestiti ed utilizzati dal medico e comunque non possono sostituire la sua valutazione con una gestione da parte di personale non medico, contenendo oltretutto dati sensibili soggetti al segreto professionale, al cui rispetto solo il medico tenuto.

Pag. 31 - *Strumenti di collaborazione a distanza tra operatori (telemedicina)...*
Possono essere strumenti utili nella consultazione tra medici, ma non possono sostituire la prestazione medica anche per esami diagnostici come quelli radiologici, o altri citati, in cui la diagnosi strumentale non è una mera lettura tecnica eseguita tramite uno strumento, ma avviene attraverso il più complesso processo di valutazione clinica che il medico mette in atto al momento della esecuzione di una prestazione strumentale, che dà maggior certezza alla diagnosi. Questo tipo di attività non è assolutamente accettabile dal punto di vista deontologico.

Da questa analisi si rilevano sinteticamente i **seguenti punti critici:**

1) **La responsabilità medica è trascurata.** Il MMG ha due funzioni importantissime: quella organizzativa di fare da filtro e di orientare il paziente verso il SSN e ha funzioni cliniche di diagnosi e terapia. Dentro la Casa della Salute gli viene tolta la funzione di filtro e orientamento che vengono di fatto affidate ad un infermiere che accoglie ed indirizza il paziente verso il SSN. Chi è il responsabile alla fine di tutto il percorso?
2) **Valutazione del bisogno di salute.** Gli Infermieri hanno gli strumenti per capire la gravità della condizione clinica di un paziente nella sua totalità, ma per la specificità del bisogno sanitario è necessaria una valutazione medica.
3) **Appropriatezza.** In condizione di scarse risorse economiche si parla tanto di appropriatezza e visto che si controlla in maniera minuziosa l'operato dei MMG, come si farà a chiedere e valutare l'appropriatezza su percorsi chiesti dall'Infermiere?

4) **Medicina d'iniziativa.** Questionari, scadenze con frequenza di controllo etc. condizionano moltissimo la libertà professionale del Medico.
5) **Il rapporto Medico-Pz non viene tutelato.** Il rapporto fiduciario e la conoscenza longitudinale che il MMG ha con il suo paziente rappresenta un valore aggiunto anche di risparmio economico.
6) **Le Case della Salute sono strutture sanitarie.** Manca il Direttore Sanitario.
7) **Schemi esemplificativi.** Nel documento non sono presenti schemi esemplificativi delle attività che possano essere previste all'interno delle Case della Salute a bassa complessità e nelle Case della Salute a media/alta complessità, né di come possa avvenire l'accesso ed il percorso del Cittadino/utente/paziente.

CONCLUSIONI

Si tratta di un documento eccessivamente lungo e tale estensione non appare motivata in compiute declinazioni di compiti e responsabilità correlate alle specifiche competenze quanto piuttosto orientato a spostare l'attenzione su di una serie di questioni che attengono al Ruolo Organizzativo del Medico (MRO) e sugli impatti che contraddicono il Ruolo Deontologico del Medico (MRD).
L'obiettivo racchiuso nella citata Delibera GPG/2016/2253 del 18/11/2016 C88 su "Case della salute: indicazioni per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità dei professionisti e della medicina d'iniziativa" è criptico ma evidente: negare nei fatti il ruolo chiave del medico come professionista ed organizzatore a tutela della salute ed i suoi compiti di Tutela Deontologica che includono adeguata e chiara comunicazione, rassicurazione degli utenti e messa in opera delle garanzie richieste dal Codice Deontologico.
Nella fattispecie la creazione delle Case della Salute non individua i compiti dei singoli componenti ivi operanti ma affida ad un responsabile non medico la sintesi delle varie attività che vi vengono svolte.
Non emerge dal testo chiaramente come tutelare il rapporto Territorio -Ospedale rispetto alle necessità di ricovero nei tempi necessari alla patologia da trattare.
La denominazione "Case della Salute" sembra utilizzata per costruire nel Territorio un'altra Struttura che si muova in libertà ed in consorzio con altre simili, costituendo così un'alternativa organizzativa e strutturale al mondo della Medicina Generale e dell'Ospedale così come si è andato definendo con norme e consuetudini negli ultimi 50 anni.
Tale lunghezza del documento, privo di approfondite analisi e di riferimenti a norme di legge ed ai codici professionali, nasconde con assertività nuovi assetti del sistema sanitario che devono avere due caratteristiche: ruolo secondario del professionista medico e sua subordinazione istituzionale al Coordinatore infermieristico.
Pertanto questo documento dovrebbe essere riscritto con collaborativo spirito costruttivo e "costituente", semplificandolo e rendendolo più chiaro ai cittadini.
Si propone al Presidente dell'Ordine di non limitarsi a rispondere solamente a chi gli chiede delucidazioni, ma che, forte dei suoi compiti di garanzia che gli affida la Legge, di aprire un ampio dibattito cittadino, quanto mai necessario, su cosa sia meglio per la cittadinanza che necessita di cure, mandando il segnale che l'Ordine dei Medici di Bologna, insieme alla Federazione degli Ordine dei Medici della Regione Emilia-Romagna, è disponibile ad una collaborativa revisione del documento C88. Tali azioni e segnali non siano solo cartacei, ma mediatici sulla stampa e sulla televisione dando quindi un messaggio anche politico.

Più o meno edentulo un terzo degli italiani

Il 70% degli italiani di età compresa tra i 40 e i 75 anni non ha più tutti i propri denti naturali. La percentuale è pari a circa 19 milioni e, in 1 caso su 4, i soggetti hanno perso almeno 8 denti.
Nonostante questo, però, il 27% non è intervenuto per ripristinare gli elementi mancanti, benché la loro perdita venga percepita come un evento molto grave, con serie conseguenze a livello fisico e psicologico. I più penalizzati sono gli over 65, i soggetti poco scolarizzati e chi non ha seguito una corretta prevenzione, saltando i controlli periodici dal dentista. Questo il quadro preoccupante – lontano dagli obiettivi di salute orale posti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – che emerge da una recente ricerca commissionata a Doxa dall'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica, su un campione di 800 cittadini tra i 40 e i 75 anni di età. L'indagine è stata presentata a Milano, alla vigilia del XXXV Congresso Internazionale AIOP di Bologna.
"Nel 2003 l'OMS ha dichiarato che lo stato di salute orale rappresenta un elemento determinante nel mantenimento del benessere generale, riconoscendo per la prima volta l'influenza che l'apparato masticatorio può esercitare sul resto dell'organismo", ha spiegato Fabio Carboncini, Presidente AIOP e questo tema sarà al centro del prossimo Congresso dell'associazione.

***

Antibiotici e analgesici narcotici: utilizzo spesso improprio

Antibiotici e analgesici narcotici per il trattamento del dolore cronico sarebbero in cima alla lista dei farmaci che vengono prescritti in modo inappropriato e che potrebbero fare più danni che dare benefici, almeno secondo un'indagine condotta tra i medici americani. Al secondo posto della classifica, invece, ci sarebbero le cure aggressive in pazienti con basse aspettative di vita. Per l'indagine, condotta online su 1.582 medici, è stato chiesto di indicare i trattamenti utilizzati di consueto, nonostante le raccomandazioni da parte delle linee guida nei confronti di un uso sconsiderato di certe terapie.
Al primo posto della lista sono finiti gli antibiotici, con il 27% dei medici che li ha identificati come un problema comune in ambito di prescrizioni inappropriate. Al secondo posto tra i farmaci, ci sono gli analgesici e gli oppioidi, almeno secondo il 7,3% dei medici intervistati. Al secondo posto dopo gli antibiotici è stato indicato, dall'8,6% dei medici intervistati, l'abuso di cure aggressive in pazienti con limitata aspettativa di vita. Queste cure comprendono i sondini per l'alimentazione, l'intubazione o le terapie per prevenire complicanze a lungo termine, come la dialisi o procedure cardiache invasive o la chemioterapia nei pazienti con tumore in fase avanzata o con metastasi.
Circa il 5% dei medici ha, inoltre, indicato l'uso di integratori a base di vitamina D, niacina, olio di pesce, calcio, multivitaminici e con acido folico. E quasi il 5% ha indicato l'abuso di statine e altri farmaci per abbassare i livelli di colesterolo negli anziani o per prevenire problemi cardiaci. Altri interventi riportati dai medici sono stati le procedure cardiache invasive, le terapie antidiabetiche diverse dalla met-

formina e l'abuso di farmaci noti come bifosfonati per trattare l'osteoporosi, oltre che il controllo inappropriato della pressione sanguigna.
"Abbiamo bisogno di cominciare a concentrarci sul valore delle cure – ha dichiarato alla Reuters Health Amir Qaseem, vice presidente della politica clinica dell'American College of Physicians –. E non è solo una questione di soldi. Il valore della terapia si calcola quando si guarda ai benefici e ai danni, insieme ai costi", ha sottolineato l'esperto. "Per esempio, la terapia per l'HIV è molto costosa, ma data la sua efficacia non importa il prezzo. Gli antibiotici, invece, possono essere anche molto economici ma possono perdere ancora più valore dal momento che spesso non sono necessari", ha spiegato Qaseem.
Questi risultati suggeriscono che molti internisti non condividono il concetto di evitare cure di basso valore, ha dichiarato David Levine, ricercatore al Brigham and Women's Hospital e alla Harvard Medical School di Boston, che non era coinvolto nell'indagine. Tuttavia, "i medici che non seguono le linee guida possono avere o meno buone ragioni per farlo. Le linee guida, infatti, potrebbero non essere applicabili al paziente che hanno di fronte", ha sottolineato.
Allo stesso tempo, i pazienti non devono vergognarsi di mettere in discussione le scelte dei medici, ha precisato Sharon Levine, vice presidente esecutivo della The Permanent Federation al Kaiser Permanente in California.
"Ognuno dovrebbe poter tranquillamente chiedere al medico spiegazioni sulla terapia prescritta, domande che promuovono un sano dialogo sulla probabilità che una terapia sia di effettivo valore per il paziente", ha concluso Levine.

Poliambulatorio Privato
ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell' AMAB
Scuola Italo-Cinese di Agopuntura
Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo
Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna
Tel. 340 9553985, **www.amabonline.it**
segreteriascuola@amabonline.it

Attiva fin dal **1986**. Rappresenta uno dei **primi esempi in Italia di integrazione** fra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale.

Vi opera **personale medico qualificato** che lavora in tutti i campi in cui l'agopuntura ha le sue maggiori indicazioni:
- Cefalee croniche, emicrania
- Dolori dell'apparato muscolo scheletrico
- Patologie gastriche e intestinali
- Patologie dermatologiche
- Patologie ginecologiche

Percorsi terapeutici specifici:
- Trattamento dell'infertilità maschile e femminile e supporto alla procreazione medicalmente assistita
- Trattamento anti-aging
- Trattamento pediatrico

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

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

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 6 dicembre 2016

Cognome-Nome	Telefono	Cognome-Nome	Telefono
BAICCHI FABIO	392/82.36.882	MAYA GIRALDO PAOLA	380/43.20.438
BONDI FULVIO	347/70.75.647	MARANI BEATRICE	335/10.47.854
BRASILIANI PIERO	338/57.71.502	MARSANO MIRIAM	340/55.81.626
BRUNO MARIA CARMELA	328/01.99.122	MARTINI GIULIA	338/92.22.804
CAMPANA ELISA	347/65.37.753	MELFI MARIAROSARIA	339/40.17.786
CASTELLINI GIULIO	328/37.12.038	MICELI RINALDO STEFANO	339/70.89.889
COBILIAS TATIANA	333/92.54.695	MICHELI ORIANA	338/81.05.066
COLAIUDA FEDERICO	333/79.16.652	NAZIONALE IMMACOLATA	347/36.29.125
COSENTINO ANITA	333/72.69.026	PARADISO MICHELA	329/78.82.486
DE GIOIA ESTHER RITA	333/35.56.696	PELONI AGNESE	333/67.42.699
DELVECCHIO ANDREA	349/00.77.089	PIRAINO GILDA ILARIA	345/10.66.455
FEJZA ERION	388/75.07.508	QUARTA COLOSSO MARINA	392/25.19.461
FERRARI ELEONORA	340/59.01.585	RINALDI LIVIA	388/43.36.477
FINI FILIPPO	348/82.53.074	RONCHI LETIZIA	328/29.31.376
GENTILINI MATTIA	340/23.17.355	SAVORANI FULVIO	051/61.43.135
GRANA MARIANNA	329/89.32.333	SHEHAJ BLEDI	340/49.83.619
IOZZI AMALIA	345/78.27.499	VALLI VITORIO	337/59.10.23
ISAJ ELTON	348/47.36.390	VALTORTA ALESSANDRO	347/16.43.919
JORDAN NIURKA	333/26.40.839	VANZINI FEDERICO	333/25.28.774
LOMONACO GIULIA	328/37.12.364	ZUCCHINI FRANCESCA	349/37.08.838
MACRELLI LUCIA	329/98.68.635		

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
BACCINI MARGHERITA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	339/67.55.727
BAGNATO FRANCESCA	Medicina Interna	338/39.99.669
CANELLA PIERO	Ortopedia e Traumatologia	
	Fisioterapia	335/39.77.87
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
GEROCARNI BEATRICE	Psichiatria	338/32.27.405
KAVEH MOGHADAM KEIVAN	Neurologia	338/11.82.355
KINTRILI ARTEMISA	Microbiologia e Virologia	392/02.01.009
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente	
	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
SARTINI ALESSANDRO	Gastroenterologia	347/92.39.701
SEVERI SILVIA	Chirurgia Generale	340/64.48.836
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23

LA VIOLENZA E LE SUE VITTIME. PROBLEMATICHE CLINICHE E MEDICO-LEGALI

25 novembre 2016 - Sala conferenze Omceo bologna

Il 25 novembre scorso, in occasione della "Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne", istituita nel 1999 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, si è tenuto presso la Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici di Bologna una tavola rotonda sul tema *"La violenza e le sue vittime. Problematiche cliniche e medico-legali"*. L'incontro, moderato dal prof. Domenico Vasapollo, è stata l'occasione per discutere su alcune questioni cliniche e medico legali inerenti la tematiche della violenza in generale e sulle donne in particolare, attraverso il contributo multidisciplinare di psichiatri, medico legali e giuristi, con una peculiare attenzione alla trattazione svolta sul medesimo tema da parte del prof. Marziano Cerisoli, del dott. Luca Cimino e del prof. Domenico Vasapollo nella monografia di recente pubblicazione il cui titolo ha per l'appunto definito l'argomento dell'incontro della giornata.

Il prof. Vasapollo, nell'introduzione di carattere generale ha riportato significativi ed emblematici episodi storici di violenza alle donne, come quelli che hanno visto protagoniste la nota pittrice seicentesca Artemisia Gentileschi e la nobildonna romana Beatrice Cenci. Le vicende, che si situano nella dibattuta area di confine tra consenso e dissenso all'espletamento di un rapporto sessuale con persona conosciuta, rappresentano al tempo stesso interessanti documenti giuridici che consentono di esplorare come venivano istruiti e come si svolgevano in quegli anni i processi giudiziari. Ha ricordato pure l'attualità del tema che tocca in profondità l'agire quotidiano della professione medica ed ha sottolineato l'importanza di un approccio multidisciplinare che tenga conto delle ripercussioni cliniche, giuridiche e sociali sia a carico dell'autore della violenza che della vittima. Ha quindi introdotto e commentato l'intervento dei vari relatori che via via si sono succeduti.

Il prof. Cerisoli ha sottolineato come l'apparente semplice identificazione di un comportamento violento impone in realtà la necessità di comprendere una condotta violenta in tutte le sue caratteristiche, tramite un atteggiamento scevro da pregiudizi che ne impedirebbero una corretta "decifrazione". In particolare è stata sottolineata l'importanza di evitare una generalizzazione che declini la violenza esclusivamente da un punto di vista psicopatologico, in cui cioè un gesto violento, soprattutto nei confronti delle donne, venga visto quale espressione di un'ideazione necessariamente patologica da parte del suo autore. In quest'ottica è stato sottolineato il ruolo delle neuroscienze, evidenziando come, sebbene una valutazione attenta del fenomeno "violenza" non possa prescindere da un confronto con le recenti acquisizioni neuroscentifiche e genetiche, pur tuttavia bisogna astenersi da facili e suggestive derive deterministiche di sapore "neo lombrosiano" che allontanano da una corretta comprensione ed analisi del fenomeno violenza.

Il dott. Cimino riprendendo la natura complessa del fenomeno"violenza", come emerge anche dai vari approcci conoscitivi attraverso cui esso può essere affrontato (normativo, etico-morale, filosofico, psicologico-psichiatrico, ecc.), ha sottolineato l'importanza di un approccio metodologico corretto al problema, che cioè impieghi il c.d. "metodo della complessità", caratterizzato da un pensiero multidisciplinare, che non sia chiuso ai concetti, ma che cerchi di ricreare connessioni fra ciò che è disgiunto, evitando in tal modo posizioni reificanti che ne possano ostacolare la comprensione e quindi la messa in atto di possibili soluzioni. In quest'ottica è stato sottolineato come la diffusione del termine "femminicidio", latamente inteso nel nostro Paese come descrittivo di ogni espressione di "violenza di genere" nei confronti della figura femminile, risulti quanto mai improprio per analizzare quelle forme di violenza perpetrate nei confronti delle donne in cui, nella stragrande maggioranza dei casi, l'elemento criminogenetico non è riconducibile tanto al genere della vittima quanto alla dinamica relazionale che legava autore e vittima prima della commissione del reato stesso. Infatti, ad esclusione di quei casi nei quali il genere della vittima risulti davvero dirimente, tale da rappresentare una predisposizione vittimologica specifica (situazione questa che ricade comunque nella categoria del cd. "femmicidio" e non nel "femminicidio"), nella stragrande maggioranza dei casi la criminogenesi va individuata nella relazione che lega l'au-

tore alla vittima, tale che il termine "violenza di genere" dovrebbe essere sostituito con quello più corretto di "violenza relazionale". Analizzare il rapporto che si è venuto a creare fra vittima e carnefice con particolare attenzione non solo alla dimensione psicologica di quest'ultimo, ma anche alle caratteristiche e ai comportamenti tenuti dalla vittima con l'autore del comportamento violento (cd. "relazione vittimogena"), ovvero esaminare il contesto relazionale in cui questo si è verificato, offre un contributo fondamentale e non vicariabile non solo per la comprensione del reato commesso, con positive ripercussioni in ambito preventivo, ma anche per comprendere gli eventuali quadri psico(pato)logici che ne possono essere derivati alla vittima, e quindi l'approccio terapeutico più idoneo a superarli.
Pregevole l'intervento della *dott.ssa Margherita Arcieri*, presidentessa dell'Associazione Donne Medico - Sezione di Bologna, che dopo aver evidenziato come la violenza sulle donne rappresenti un fenomeno sociale quanto mai diffuso ed in crescita, ha portato il contributo dell'AIDM relazionando sulle molteplici iniziative promosse su tutto il territorio nazionale contro la violenza di genere, e della *dott.ssa Anna Esquilini*, medico del 118 che, attraverso un caso di personale osservazione, ha evidenziato la complessità che può presentarsi agli operatori della salute, in particolare in un ambito di urgenza-emergenza quale quello del pronto soccorso, nel sostenere le vittime di violenza, soprattutto quando quest'ultime mettano in atto comportamenti ambivalenti sostenuti dalla paura di non riuscire a liberarsi dalla presenza del "carnefice".
Molto interessanti sono poi risultati l'intervento del *dott. Piergiovanni Rocchi*, che ha illustrato l'importanza della figura del medico legale fra i vari professionisti che si approcciano al problema della violenza, ruolo purtroppo non sempre debitamente valorizzato, anche in questo contesto, dalle istituzioni, e dell'*avv. Ercole Cavarretta* che ha concluso la tavola rotonda illustrando pregi e limiti dell'attuale normativa in tema di violenza, nonché l'importanza, anche da parte degli operatori della salute, di conoscere e attuare quelle norme che costituiscono obbligo di legge in casi riconducibili a delitti perseguibili di ufficio per atti violenti sulla persona e la cui inosservanza potrebbe costituire fonte di responsabilità.
L'incontro ha suscitato vivo interesse e partecipazione fra i numerosi presenti a riprova dell'attualità ed importanza del tema trattato, rilevandosi la necessità di una analisi corretta, non preconcetta o mistificante, del complesso fenomeno della violenza e delle ripercussioni sulle vittime.

CONCLUSIONE DEL CICLO 2015-2016 DEI CORSI DI ALLENAMENTO DELLA MEMORIA

Ciclo Corsi di "Allenamento della memoria 2015-2016" - Patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e della Società Medica Chirurgica di Bologna - Adesione partecipativa Federspev (pensionati sanità) e Ammi (Associazione Mogli Medici Italiani)

ANNO 2015
1° CORSO: 24 e 30 aprile; 5, 15 e 22 maggio - 2° CORSO: 26 maggio; 3,12,16,e 26 giugno - 3° CORSO: 26 settembre; 2, 9, 16 e 23 ottobre - 4° CORSO: 22, 29 settembre; 6, 13, 20 ottobre
ANNO 2016
5° CORSO: 25 settembre; 6, 13, 20 e 27 ottobre - 6° CORSO: 3,10 e 17 novembre;1 e 7 dicembre
SEDE: SOCIETA' MEDICA CHIRURGICA- PIAZZA GALVANI 1, ARCHIGINNASIO
ESPLETAMENTO DEL CORSO: 5 LEZIONI della durata di 90 minuti per ogni corso (ore 15 - 16:30 o 9:30 -11)
DOCENTI: Dott. Giancarlo Savorani (psicogeriatra) - Dott.ssa V. Galassi (psicologa e psicoterapeuta)
SEGRETARIO: Dott. S. Naldi (geriatra)
COORDINATORE: Dott. Semeraro (geriatra)
APPROCCIO DOCENTI/FREQUENTATORI: non si è trattato di "lezioni frontali" ma di SEDUTE INTERATTIVE con i partecipanti comodamente seduti ad un ampio tavolo e forniti di apposito materiale

didattico. Tale materiale è stato tratto dalla letteratura internazionale ed in parte da noi creato in base ai dettami offertici da specifiche ricerche.
PARTECIPAZIONE: NOVANTADUE i partecipanti in prevalenza di genere femminile (77 le donne, 15 gli uomini). L'età più rappresentata è stata quella dei cinquanta-sessantenni. Ampio spazio per i TITOLI DI STUDIO: dalla scuola media inferiore ai vari diplomi ed alle varie lauree. Assai varie anche le PROFESSIONI: operai, impiegati, infermieri, medici, liberi professionisti, docenti ecc.
RISULTATI: abbiamo sottoposto i partecipanti ad un *test di valutazione. Il giudizio è apparso positivo in maniera pressochè unanime, con richiesta di ulteriori corsi.*
PROGRAMMI FUTURI: *nuovi corsi sono programmati a partire dalla prossima primavera.*
EXTRA MOENIA: *un corso è stato tenuto, con la collaborazione della FEDERSPEV (Federazione Pensionati della Sanità) a Piacenza.*
Richieste di effettuare dei corsi da Modena e Reggio Emilia.
Va ricordato che l'iscrizione ai corsi è stata gratuita e che nessun compenso è stato elargito agli operatori.
RIFERIMENTI
STEFANO NALDI (stefano.naldi@fastwebnet.it)
GIANCARLO SAVORANI (giansav13@gmail.com)
SERGIO SEMERARO (sergiosemeraro@medchir.bo.it)

LE LOMBOSCIATALGIE. ASPETTI CLINICI/STRUMENTALI. TRATTAMENTO CONSERVATIVO E CHIRURGICO. CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

Bologna, Sabato 29 Ottobre 2016

In data 29 Ottobre 2016 presso la sala convegni del centro medico Medinforma, sita in via Emilia Ponente 62/2a, si è tenuto il corso formativo rivolto al personale medico, tecnico e infermieristico dal titolo *"Le Lombosciatalgie. Aspetti clinici/strumentali. Trattamento conservativo e chirurgico. Considerazioni medico-legali"*, patrocinato dall'Ordine dei Medici di Bologna, da SIMG e da INAIL Emilia Romagna.
I cinquanta partecipanti, facenti parte di diverse categorie (Medici di Medicina Generale, Medici di Medicina dello Sport, Neurochirurghi, specialisti di Ortopedia e Traumatologia, Fisioterapisti, Infermieri, tecnici ortopedici) hanno nella totalità superato i test di valutazione e visti riconosciuti 9,9 crediti formativi ed assegnato un alto punteggio di merito sia alle relazioni sia alla generale organizzazione dell'evento stesso.
L'evento, coordinato dal punto di vista scientifico dal Direttore Sanitario e Presidente del Comitato Scientifico ECM di Medinforma, Dott. Lucio Catamo, e diretto dal Dott. Josip Buric, si è articolato in due sezioni.
Le due sezioni didattiche erano tenute da docenti esperti e certificati, quali Buric Josip, Loriano Di Fazio, Peressutti Simone, Soldati Andrea, Zocchi Donato, i referenti INAIL Angelino e Sermenghi, Giovanni Raspugli, Giuseppe Monetti. I relatori sono stati chiamati ad inquadrare e ad approfondire il tema della patologia algica lombosacrale, la più frequente patologia umana dopo il raffreddore. Quasi l'80% della popolazione è destinata ad un certo punto della vita a presentare una lombalgia associata o meno ad un dolore sciatico.
La patologia si manifesta nel 50% degli adulti in attività lavorativa e di questi circa il 20% ricorre a cure mediche. Colpisce in egual misura donne e uomini e comporta altissimi costi individuali e sociali in termini di indagini diagnostiche, trattamenti, riduzione della produttività e diminuita capacità a svolgere attività quotidiane. Nel 95% dei casi la causa è meccanica. Molti fattori di rischio sono di origine lavorativa. Fattori psicologici collegati al lavoro o allo stress aggravano la percezione del dolore.
Accanto alle cause, la discussione si è soffermata sulle diverse possibilità offerte dagli strumenti diagnostici (RMN, EMG), ponendo l'attenzione dei presenti, mediante la proiezione di diapositive ed immagini diagnostiche, sulle nuove frontiere della diagnostica strumentale.

Nella parte didattica del convegno in oggetto, le relazioni scientifiche, supportate dalla proiezione di diapositive, hanno analizzato infine la gestione del paziente lombosciatalgico, le tecniche di riabilitazione pre e post chirurgica ritenute maggiormente idonee e il trattamento neurochirurgico. Gli esperti si sono soffermati sulla chirurgia del rachide lombare e sui suoi sviluppi a partire dagli anni Trenta sino ad oggi.
Si tratta di una chirurgia in forte evoluzione sia per i grandi miglioramenti intervenuti nella diagnostica per immagini, sia per l'affinamento delle tecniche chirurgiche. La diagnostica strumentale è passata da immagini invasive (mielografia) a immagini elettroniche (RM) con migliore definizione e meno stress per il paziente.
Si è così potuto ridurre l'invasività della chirurgia con interventi sempre più mirati e con maggiore risparmio delle strutture nervose e delle strutture osteo-articolari.
La seconda sessione, svolta nella fascia pomeridiana, ha visto coinvolti i partecipanti in una sessione formativa pratica, volta a fornire ai presenti un aggiornamento rispetto alle diverse tecniche Chirurgiche mediante esercitazioni pratiche con manichini.

Lucio Catamo

ACCOMPAGNAMENTO E CURA ALLA FINE DELLA VITA

Imola il 5 novembre 2016 con il patrocinio dell'ODM di Bologna.

Il seminario, rivolto a tutte le professioni sanitarie, si proponeva di stimolare l'attenzione e di favorire l'accoglienza nei confronti di coloro che si avvicinano alla fine della vita, delle loro famiglie e di chi li assiste.
Il responsabile dell'Hospice di Castel San Pietro ha inquadrato i vari aspetti delle cure palliative, sottolineando l'importanza di coinvolgere precocemente tutti gli operatori per costruire una rete assistenziale che aiuti i pazienti ad affrontare, con gradualità e in modo non traumatico, il passaggio dalla fase più propriamente curativa a quella palliativa per non provare una sensazione di abbandono terapeutico e perché ne vengano rispettati, nei limiti del possibile, i desideri e le aspettative. Ha poi affrontato il problema della sedazione terminale, citando recenti studi che dimostrano come questo approccio non solo non riduce la durata, ma aiuta a migliorare la qualità degli ultimi momenti della vita.
Il parere del bioeticista è che le cure palliative, intese come il prendersi cura fino all'ultimo istante di vita dedicando tempo ed empatia anche dopo il decesso ai familiari, oltre ad essere la strada più efficace per evitare sia l'accanimento terapeutico che gli atteggiamenti eutanasici, contribuiscono a creare relazioni soddisfacenti e ricche di partecipazione umana, a ridurre frustrazione e conflitti e in ultima analisi a utilizzare in modo più efficace, sobrio e rispettoso le risorse, evitando cure inutili e non proporzionate.
Il medico legale, dopo avere illustrato due recenti sentenze che per la prima volta hanno portato a condannare dei sanitari per trattamenti sproporzionati e ingiustificati in rapporto alle situazioni cliniche, ha descritto una nuova modalità organizzativa sperimentata all'ospedale di Baggiovara, dove non c'è un hospice. In assenza di una normativa che affronti il problema del rapporto medico-paziente nelle questioni di fine vita (al di là dell'art. 40 C.P.), davanti a decisioni difficili e dolorose è tutta l'equipe assistenziale a farsi carico, con una valutazione collegiale multiprofessionale, di individuare scelte e soluzioni condivise con i pazienti e i familiari.
Infine il rappresentante del Comitato consultivo misto aziendale ha sostenuto che l'umanizzazione del fine vita deve partire dal rispetto della dignità delle persone, tenendo conto dei loro desideri e delle loro esigenze. Spesso si ascoltano lamentele sulle scarse relazioni e comunicazioni fra medici e familiari, sulla poca chiarezza dei percorsi assistenziali, sulla scarsità del tempo che medici e infermieri possono dedicare a pazienti e famiglie. Nei luoghi di degenza è spesso difficile rispettare la riservatezza a causa della mancanza di spazi dove sia possibile esprimere il proprio affetto in ambienti silenziosi e tranquilli. Viene auspicato che, a fianco della formazione dei professionisti sull'assistenza alla fine della vita, si promuovano anche delle iniziative pubbliche su questo tema, che viene oggi scotomizzato o visto come un tabù.

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.

In studio medico, affittasi a Medici per attività libero professionale un'ampia stanza disponibile per tutta la settimana. Zona Via Mengoli, non lontana da Ospedale Malpighi. Prezzo di 305 euro mensili, onnicomprensive di affitto e spese. Per informazioni telefonare al mattino allo 051.6021603.

Affittasi in zona di prestigio (Via Dante angolo Viale Carducci) stanza arredata in ampio e luminoso studio medico con sala d'attesa e due bagni in comune, a medici specialisti per giornate o mezze giornate. Servizio reception per accoglienza pazienti. Per informazioni e visite tel. 051-301977.

Vendo Laser co2 Smart X2 DOT/RF Deka. Il laser ha meno di un anno ed è stato utilizzato pochissimo. Ho necessità di venderlo per motivi personali. Il laser è ancora in garanzia, ha sia il manipolo frazionato che quello chirurgico. Il laser è predisposto panche per trattamenti ginecologici chirurgici e Monnalisa touch. Cerco una persona che subentri al mio noleggio operativo. Costo attuale 40.000 euro più iva. (Costo d'acquisto 58.000 euro più iva). L'azienda è disponibile a fare installazione e corso di formazione oltre che assistenza tecnica. Per informazioni rivolgersi a: Beatrice.giorgini@gmail.com - Tel. 392/7981235.

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

Vendesi a Lido di Spina villetta di due piani, triplice affaccio su giardino di proprietà con posto auto, soggiorno, cucinotto, tre camere con armadi a muro, due bagni, lavanderia, balcone e ampia terrazza, patio anteriore e posteriore. Arredata. Per info 347 4154228.

Studio odontoiatrico trentennale cedesi a Casalecchio di Reno per cessazione attività (pensionamento). Due sale operative, due bagni, sala attesa, ufficio, sala sterilizzazione, autorizzato e a norma. Apparecchiature e strumentazione di buon livello. Prezzo interessante. Scrivere a abmm@teletu.it.

Affittasi box auto coperto di 20mq in via Pizzardi a Bologna, in prossimità pad. 1 Policlinico S. Orsola-Malpighi e Poliambulatorio Mengoli, per periodi brevi o per periodi lunghi con contratto registrato. Per informazioni telefonare al n. 329/9786342 - 051/306551.

Specialista in Scienza Alimentazione medico chirurgo cerca presso famacia o poliambulatorio San Lazzaro stanza per 1 giorno alla settimana. Per info cell. 338/3853427.

Studio Medico in Bologna vende piattaforma laser Synchro HP con modulo ND YAG + manipolo, marca DEKA, come nuova, appena revisionata. Applicazioni principali: fotoringiovanimento cutaneo non ablativo; fotoepilazione laser + luce pulsata; macchie cutanee superficiali; lesioni vascolari. Per info Tel, 051/246824 in orari d'ufficio.

Poliambulatorio Bonazzi, sito in Cento (FE), via IV Novembre 11, autorizzato e certificato ISO 9001, con servizio di segreteria, accesso handicap e fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Per informazioni Tel. 051/902236.

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.

Affittasi studio dentistico comprensivo di Tar e attrezzatura a Toscanella di Dozza (BO). Per informazioni contattare lo 0542/628404.

Affittasi a medico mutualista o specialista ambulatorio arredato e a norma in zona centro di Bologna (servizi di autobus, taxi e stazione dei treni vicinissimi). Se interessati contattare il 338/9163816.

Per dismissione studio oculistico si vendono apparecchi usati. Tonometro ad identazione e ad applanazione, cassetta lenti e proiettore, campimetro, oftalmoscopio, frontifocometro, autorefrattometro, tavolo gemellare. Euro 7500. Per info tel. 335/7089653.

Poliambulatorio medico multispecialistico autorizzato sito in Bologna (zona Toscana) mette a disposizione di medici specialisti ambulatori per giornate o mezze giornate con eventuale servizio di segreteria. Per informazioni Tel. 051.441262 - e-mail: info@studio-favilli.net

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

renografica

VIA SERAGNOLI, 13 - Z.I. ROVERI 2
40138 BOLOGNA
TEL. 051.6026.111 - FAX 051.6026.150
e-mail: home@renografica.it

PER LA VOSTRA PUBBLICITÀ
TEL. 051.6026.111
home@renografica.it

ACTION IN HEARING (LOSS)

SABATO 4 FEBBRAIO 2017
DALLE 9.00 ALLE 14.00
SALA PLANEARIA - MUSEO FERRARI
Via Dino Ferrari, 43 Maranello (MO)

PRESIDENTE
PROF. LIVIO PRESUTTI

www.actioninhearing.it

ACUSTICA BOLOGNESE
Studi Audioprotesici

GRUPPO
Ti Ascolto
STUDI AUDIOPROTESICI

Segreteria Organizzativa:
MOMEDA Eventi
Via San Felice, 38 - 40122 Bologna
Tel 051 5876729 Fax 051 5876848
mail: info@momedaeventi.com