# Bollettino Notiziario

anno XLVII - N° 3 marzo 2016

Pubblicazione mensile - Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale 70% – CNBO

## IN QUESTO NUMERO


- **Pretendenti all'immortalità**, pag. 3, Alessandro Nobili
- **La responsabilità nel lavoro di équipe**, pag. 5, Vincenzo Castiglione
- **Paziente ad alto rischio in cardiochirurgia**, pag. 9, Luca Di Marco


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

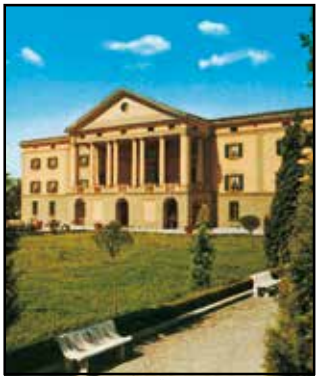
UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

## 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 Febbraio 2016 è stato consegnato in posta il giorno 10/2/2016



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

www.odmbologna.it


# SOMMARIO


ANNO XLVII - MARZO 2016 N° 3


## ARTICOLI


Pretendenti all'immortalità • **3**

I costi occulti della incontinenza urinaria nella donna • **4**

La responsabilità medica nel lavoro di équipe • **5**

Paziente ad alto rischio in cardiochirurgia: importanza dell'approccio multidisciplinare e nuove tecniche chirurgiche • **9**


## NOTIZIE


Dalla pagina 18 alla 25

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **27**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **28**

**CONVEGNI E CONGRESSI** • **29**

**PICCOLI ANNUNCI** • **31**


## René Laënnec sperimenta lo stetoscopio
(*Robert Thom*, 1915-1979)

L'opera in copertina, *René Laënnec sperimenta lo stetoscopio* è dell'americano Robert Thom (1915-1979).
L'illustrazione realizzata intorno al 1960, appartiene alla serie dei quarantacinque dipinti per la storia della Medicina, commissionati a Thom da Parke-Davis, filiale della multinazionale Pfizer.
Thom è infatti un illustratore specializzato nella realizzazione di soggetti storici per aziende commerciali.
Il dipinto in copertina ritrae l'inventore dello stetoscopio, il medico francese René Laënnec (1781-1826) nel momento dell'auscultazione di un bimbo, rasserenato dalla madre durante la visita, ambientata in un interno ottocentesco.
Thom ha così inteso contestualizzare la vicenda al periodo storico della scoperta di Laënnec, ritraendolo inoltre nella sua vera fisionomia.

***Illustrazione e commento a cura di Raffaella Lenzi***

*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 |

# Pretendenti all'immortalità

Alessandro Nobili

"Pòlemos è il padre di tutte le cose, di tutte re, e gli uni disvela come dei e gli altri come uomini, gli uni fa schiavi e gli altri liberi". Come diceva Eraclito riferendosi a Pòlemos, nelle relazioni umane il conflitto è inevitabile. Sta nell'abilità ed avvedutezza di ogni individuo subirlo oppure prendersene cura e gestirlo, indirizzandolo per il meglio, ad esempio sotto forma di creatività. Adattarsi al mondo che ci circonda significa convivere con i conflitti. Un tempo i conflitti interpersonali, ancorché parte integrante delle relazioni umane, in gran parte si stemperavano sulla scorta di un senso per così dire di accettazione da parte della maggior parte delle persone. Ciascuno riconosceva il proprio ruolo, ed in base a questo elaborava il conflitto, rinunciando ad alimentarlo. C'erano gerarchie definite, con ruoli precisi, che comportavano responsabilità, diritti e doveri diversi. I figli rispetto ai genitori, gli allievi rispetto agli insegnanti, i giovani rispetto agli anziani. E poi tutti, in quanto parte di uno Stato, nei confronti delle Istituzioni. In questo novero rientravano anche i rapporti tra i pazienti (allora non ancora definiti cittadini o utenti) ed i medici. A partire dagli anni Settanta del '900 (ma se vogliamo in realtà da molto prima, ovvero dal "Dio è morto" di Nietzche) si è progressivamente sfaldata la concezione gerarchica della società, dove la soluzione dei conflitti era, proprio per questo, molto più semplice. In un mondo di inter pares tutto è decisamente più complesso. È venuta meno la sensibilità paternalistico-maternalistica, dove un figlio esprime al genitore un bisogno che quest'ultimo, per quanto nelle sua facoltà, cercherà sicuramente di appagare. Si dava in un certo senso per scontato che un genitore avrebbe fatto del suo meglio. Del tutto analogo il rapporto tra medico e paziente: quest'ultimo non dubitava che il medico, fedele al giuramento di Ippocrate, avrebbe fatto tutto quanto possibile per curarlo e, auspicabilmente ma non obbligatoriamente, per guarirlo. Lungi dal rimpiangere una sacralità sicuramente anacronistica, non si può non rilevare come si sia passati da un estremo all'altro. Oggi il cittadino-utente-paziente tante volte "dubita" a prescindere. Ed il medico si trova nella difficile ed ingrata situazione di dovere giustificare ogni suo atto, in una difficilissima rincorsa ad accontentare il paziente, sempre e comunque.Cosa oggi oltremodo ardua, in quanto nell'odierno concetto popolare di welfare non ci sono più bisogni, per natura teoricamente saziabili, bensì desideri, per natura teoricamente insaziabili. La guarigione da una malattia è un bisogno, che molte volte può essere appagato. Il totale benessere psico-fisico inteso in senso lato, ovvero come "sentirsi bene con se stessi", è un desiderio. E come tale sostanzialmente insaziabile (più si è in forma, giovanili ed energici e più lo si vorrebbe essere ancora di piùt). Per dirla con il sociologo Bauman, a proposito del concetto di omogeneizzazione della società, "una volta l'aspirazione all'immortalità era di pochi eletti. Oggi le schiere di coloro che vi ambiscono si rinfoltiscono ogni giorno esponenzialmente". Ed anche di fronte al welfare migliore del mondo ci si aspetta e si pretende inesorabilmente di più.

# I costi occulti della incontinenza urinaria nella donna

Valerio M. Jasonni

L'incontinenza urinaria femminile può a buon ragione essere definita come problema negletto, eppure se si considera la diffusione di questa sintomatologia ed il costo sanitario relativo dovrebbe essere al centro dell'attenzione sanitaria, cosa che purtroppo non accade. Infatti anche le stime su quante donne soffrano di questo disturbo in Italia non sono precise poiché in molti casi non viene riferito e la stessa valutazione dell'incontinenza non è sempre omogenea. Tuttavia secondo dati dell'ISTAT 1,5-3 milioni di donne soffrono di incontinenza con la prospettiva di aumentare di numero per l'"invecchiamento" della popolazione. La maggior percentuale di donne affette da incontinenza urinaria la si trova infatti nelle over 50. La letteratura presenta vari dati sui costi dell'incontinenza urinaria: nel 2002 Parazzini e coll. (*Pharmacoeconomics*) riportavano una spesa – donne sopra i 40 anni – di 351,8 bilioni di lire/anno solo per assorbenti e farmaci in Italia. Non diversa la situazione in altri paesi. Una valutazione di questi costi negli U.S.A. (Brower *et al.* Obstet Gynecol, 2001) ha evidenziato una spesa di 7,6 bilioni di $/anno per donne >65 anni e di 3,6 bilioni di $/anno per donne < 65 anni. La spesa per l'incontinenza femminile è tale secondo stime recenti (Leslee *et al.* Obstet Gynecol, 2006) calcolata a 16 bilioni di $/anno, cifra che supera quella che avviene per il cancro della mammella, ovaio, collo e corpo dell'utero complessivi.

L'incontinenza urinaria è un sintomo che può sottintendere varie cause e si distinguono diversi tipi di incontinenza ma in questa sede focalizziamo l'attenzione sulla incontinenza da sforzo, quella da urgenza (IUG) e la vescica iperattiva che sono in linea di massima le più frequenti

È accertato che in molti casi il disturbo, specie nelle fasi iniziali, non viene riferito; avviene come una forma di accettazione, soprattutto nei soggetti anziani, come un qualcosa di "naturale" correlato all'età e quindi da accettare. Si stima infatti che circa il 26% non riferisce questo problema. La presenza di una operatrice sanitaria addestrata al problema in un "primary care", che intervista ogni paziente che per qualsiasi motivo si presenti, porta ad un risparmio sanitario notevole ed ad un miglioramento significativo della qualità di vita (Holtzer-Goor KM *et al.* PLoS One, 2015). Infatti intervenire quando la sintomatologia è iniziale è possibile ottenere più facilmente buoni risultati istruendo a ginnastiche pelviche, migliorando l'atrofia vaginale e fornendo diete adeguate nei casi di sovrappeso.

Il sovrappeso infatti è una delle cause che favoriscono l'incontinenza urinaria tanto che diete adeguate, tali da riportare l'indice di massa corporea nella norma, possono indurre un significativo miglioramento se non la scomparsa di questa sintomatologia (Subak LL *et al.*, Obste Gynecol, 2012). La prevenzione, che è sempre la miglior forma di terapia, in questo caso prevede una educazione corretta della postura, la pratica di esercizi perineali, ginnastica pelvica secondo Kegel ad es., durante la gravidanza e dopo, il mantenimento del peso corporeo nella norma e nelle donne in post menopausa un buon trofismo dei tessuti pelvici.

Quest'ultimo è molto importante perché migliora l'elasticità dei tessuti e la quantità di collagene periuretrali e permette anche una normale vita di relazione. La dispareunia spesso lamentata è secondaria all'atrofia vaginale che può essere ben risolta. Esistono infatti rimedi topici, per via orale e in ultimo in ordine cronologico l'impiego del laser. Non sempre è possibile somministrare estrogeni sia a livello locale che sistemici ma si riesce comunque ad ottenere ottimi risultati con rimedi non ormonali. Purtroppo anche in questo caso molte donne non riferiscono questo problema e molti specialisti non lo prendono in considerazione con tutte le conseguenze dianzi esposte. Una attenta educazione sanitaria dovrebbe sensibilizzare questa tipologia di problemi a livello degli operatori sanitari come nella popolazione, riducendo non solo il disconforto personale ma anche una spesa sanitaria di notevole entità.

# La responsabilità medica nel lavoro di équipe

Vincenzo Castiglione

Una recente sentenza della IV Sezione Penale della Corte di Cassazione (sentenza del 28 luglio 2015, n. 33329), in tema di responsabilità medica nel lavoro di équipe, ha creato, ingiustificatamente, sconcerto presso i professionisti della sanità, atteso che – si ritiene – "nei confronti del capo del gruppo di lavoro" (che ha il compito dirigere e coordinare l'attività degli altri terapeuti), "non opera in linea di massima il principio di affidamento" (così Luca Benci).

Per comprendere esattamente la portata della recente sentenza della Cassazione, giova ricordare che la settorializzazione e la specializzazione delle professionalità sanitarie hanno profondamente inciso sulle modalità di svolgimento dell'attività medica, soprattutto quella chirurgica, che ormai ordinariamente si svolge in forma multidisciplinare, attraverso la partecipazione e la convergenza dell'attività di più professionisti, ciascuno investito delle competenze proprie della materia in cui è specialista. L'attività in équipe, come è noto, risponde alla logica della divisione del lavoro e l'obbligo di garanzia gravante su ciascun sanitario è un obbligo diviso: ciascun professionista deve proteggere il paziente in proporzione e nei limiti del rispetto delle *leges artis*, che disciplinano le proprie mansioni.

Questa prassi, per quanto finalizzata alla migliore riuscita dell'intervento, fa tuttavia insorgere delicate questioni in ordine ai criteri di attribuzione della responsabilità penale all'interno dell'équipe. Si pone principalmente il problema di stabilire se ciascun medico, oltre al rispetto delle regole proprie del suo ambito di competenza e specializzazione, sia tenuto ad osservare anche un più ampio e generale obbligo cautelare, avente ad oggetto il controllo e la vigilanza dell'altrui operato e, conseguentemente, risponda di eventuali comportamenti colposi, riferibili ad altri componenti dell'équipe che abbiano causato o contribuito a causare l'evento lesivo.

La dottrina e la giurisprudenza (cfr. tra le altre: Cass. Sez. pen. IV 24 gennaio 2005, n. 18548; Cass. Sez. pen. IV 6 aprile 2005, n. 22579 ed altre) concordano nel ritenere che la regola ordinaria cui i componenti dell'équipe devono ispirare la loro condotta è quella dell'affidamento, in base al quale ciascun partecipe deve riporre fiducia nel corretto adempimento da parte degli altri componenti dei compiti di loro spettanza, dedicandosi da parte sua all'esecuzione della propria prestazione e di questa sola assumendosi la responsabilità.

La Corte di Cassazione, al proposito, ha affermato il principio, in forza del quale "in tema di responsabilità colposa nella attività di équipe, implicante la partecipazione di più soggetti secondo una divisione di competenze e con obblighi diversi, deve operare il fondamentale "principio" di affidamento, finalizzato a contemperare il principio di responsabilità personale con la specializzazione e la divisione dei compiti. Alla base di questo principio vi è la considerazione che ogni consociato può confidare che ciascuno si comporti adottando le regole precauzionali normalmente riferibili al modello di agente proprio dell'attività che, di volta in volta, viene in questione. Cosicché, proprio invocando il principio dell'affidamento, il soggetto titolare di una posizione di garanzia, come tale giuridicamente tenuto ad impedire la verificazione di un evento dannoso, può andare esente da responsabilità quando questo possa ricondursi alla condotta esclusiva di altri, (con) titolare di una posizione di garanzia, sulla correttezza del cui operato il primo abbia fatto legittimo affidamento. L'ipotesi tipica in cui può trovare applicazione il principio è proprio quello della responsabilità professionale del medico, specialmente nel caso di interventi in équipe, laddove la divisione delle

responsabilità, proprio in ragione del richiamato principio, è dovuta alla necessità di consentire che ciascuno si concentri sul proprio lavoro, confidando sulla professionalità degli altri, della cui condotta colposa, poi, non può essere chiamato di norma a rispondere" (Cass. Sez. IV pen. 26 gennaio 2010, n. 3365).

Un siffatto canone di ripartizione degli obblighi e delle connesse responsabilità risponde ad esigenze pratiche evidenti. Ed, invero, se il dovere di diligenza incombente su ciascun membro dell'équipe dovesse estendersi sino a comprendere la prevenzione dell'altrui negligenza, il fatto stesso della cooperazione fra più soggetti, invece di semplificare e rendere più sicura l'attività di gruppo, si convertirebbe in un fattore di ostacolo ed intralcio al suo svolgimento. Il principio di affidamento consente invece al singolo sanitario, che partecipa all'attività curativa in équipe – diagnostica e terapeutica – di dedicarsi, con la dovuta esclusività e concentrazione, ai compiti specifici di sua competenza e di adempierli al meglio, libero dalla costante preoccupazione di controllare l'operato altrui. D'altro canto, pretendere un pedissequo e meticoloso controllo sull'altrui operato, finalizzato alla prevenzione o al rimedio delle negligenze altrui, farebbe sì che questi sarebbe continuamente distolto dalla attuazione dei propri doveri, cui non potrebbe attendere con la dovuta diligenza, non senza voler trascurare il fatto che negare cittadinanza al diritto di affidamento significherebbe sempre affermare la responsabilità del sanitario membro dell'équipe per il solo fatto della sua partecipazione all'intervento, con buona pace del fondamentale principio della personalità della responsabilità penale.

In linea generale, quindi, la determinazione della concreta regola di diligenza che ciascun membro dell'équipe deve osservare è condizionata dall'operatività del principio di affidamento, in forza del quale ogni sanitario non è tenuto a regolare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotte colpose altrui, ben potendo fare affidamento sulla circostanza che gli altri agiscano lecitamente, ossia osservando gli obblighi di diligenza su di loro incombenti (F. Albeggiani: *I reati di agevolazione colposa*, Giuffrè ed., Milano 1984, pag. 152; E. Belfiore: *Profili penali dell'attività medico-chirurgica in équipe*, in Arch. Pen., 1986, pag. 294 e ss).

L'operatività del principio in esame, però, non è incondizionata, ma subisce incisivi temperamenti che si giustificano in ragione della finalità verso cui è proiettato il trattamento terapeutico, ossia la salvaguardia del bene primario della salute del paziente, il quale impone un penetrante coordinamento fra tutte le attività del personale medico e paramedico coinvolto nell'intervento ed una convergenza degli obblighi divisi nella direzione della buona riuscita dell'intervento.

Tali temperamenti vengono tradizionalmente ravvisati, per un verso, laddove sussista una struttura gerarchicamente organizzata, nella posizione apicale del c.d. capo équipe, il quale risulta funzionalmente investito di un obbligo collaterale di vigilanza, coordinamento e direzione dell'attività dei propri collaboratori; per converso, nell'esistenza di una situazione di fatto che possa inficiare l'originaria aspettativa di un altrui comportamento conforme ai doveri di diligenza, prudenza e perizia, come avviene nell'ipotesi in cui, a causa dell'altrui condotta colposa, è già esistente una situazione di pericolo per il paziente, ovvero vi è ragione di temere che essa si verifichi a causa delle concrete circostanze, percepite o percepibili dall'agente. In queste ipotesi, vengono meno le limitazioni al dovere di diligenza indotte dal principio di affidamento: su ognuno dei medici, che ha in cura il paziente, incomberà non solo l'obbligo di eseguire con diligenza e perizia i propri compiti specifici, ma anche l'obbligo di prevenire e neutralizzare l'altrui comportamento inosservante delle *leges artis*; con la conseguenza che, in caso di mancato o scorretto adempimento di questo ulteriore dovere cautelare, è configurabile una responsabilità penale di tipo concorsuale per l'evento verificatosi.

In ogni caso, il dovere secondario di controllo non scalfisce il principio della divisione del lavoro, né tantomeno comporta la trasformazione di un dovere diviso in un dovere comune in quanto lo stesso si caratterizza per l'eccezionalità e la limitazione dei presupposti che lo attivano.

Un dovere di controllo dell'operato altrui è senz'altro configurabile in capo a quel soggetto cui l'ordinamento attribuisca un ruolo apicale all'interno dell'équipe – in ragione dell'esperienza, dell'anzianità, qualifica professionale o posizione gerarchica –, in forza del quale questi abbia proprio lo specifico compito di dirigere, coordinare, sorvegliare l'attività dei propri collaboratori.
Il capo équipe, quindi, oltre a dover eseguire con diligenza e perizia le mansioni che a lui spettano, ha il dovere di coordinare l'attività dei collaboratori e di vigilare sul loro corretto comportamento professionale.
In altre parole, a differenza degli altri partecipanti al trattamento medico, il capo équipe non può legittimamente confidare nell'osservanza delle regole di condotta da parte dei suoi collaboratori, ma deve sorvegliare e controllare l'attività svolta dai colleghi in tutte le fasi in cui si articola l'intervento, potendo altrimenti essere chiamato a rispondere dell'evento lesivo cagionato dalla condotta colposa di un dei membri dell'équipe per aver omesso, ovvero inadeguatamente esercitato il controllo sul suo operato.
Non vi è dubbio, poi, che, in occasione di un trattamento in équipe, la necessaria interazione della condotta di ogni sanitario con quella degli altri e la convergenza dell'opera del singolo verso il primario obiettivo della cura del paziente, da un lato, esigono il coordinamento fra tutti i sanitari e, dall'altro, comportano la percezione dell'attività compiuta dagli altri colleghi.
Un obbligo di attivarsi può, quindi, sorgere in capo a qualsiasi membro dell'équipe, quando questi abbia occasionalmente avuto modo di percepire comportamenti scorretti ed inadeguati osservati da altri membri, tali da far prefigurare esiti pregiudizievoli per il bene della salute del paziente destinatario delle cure; in tal caso, insorge il dovere di segnalare quanto riscontrato al capo équipe, affinché intervenga con le opportune disposizioni, ovvero il dovere di attivarsi per porre rimedio personalmente alla inadeguatezza riscontrata.
La Corte di Cassazione ha avuto modo di affermare che "in materia di colpa professionale di équipe, ogni sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell'équipe in modo da porre rimedio ad eventuali errori posti in essere da altri, purché siano evidenti per un professionista medio, giacché le varie operazioni effettuate convergono verso un unico risultato finale" (Cass. Sez. IV pen. 6 ottobre 2006, n. 33619; v. anche: Cass. Sez. IV pen. 31 ottobre 2008, n. 40789).
La necessità di assicurare che la responsabilità penale derivante dalla violazione dell'obbligo secondario di controllo sia ancorata alla sussistenza di un effettivo legame personale tra il fatto e il suo autore è soddisfatta attraverso l'individuazione di parametri, che consentono di ancorare l'obbligo secondario di controllo e di intervento a precisi elementi di riconoscibilità dell'errore (Cantagalli: *Brevi cenni sul dovere secondario di controllo e sul rilievo dello scioglimento anticipato dell'équipe in tema di responsabilità medica*, in Cass. pen. 2006, pag. 2848).
A detta funzione assolvono efficacemente quei requisiti di "evidenza" e "non settorialità" in presenza dei quali la giurisprudenza ha ritenuto sussistere il dovere del sanitario di neutralizzare gli errori altrui.
Afferma, infatti, la Cassazione che "in tema di colpa professionale, ogni sanitario, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, è tenuto ad osservare gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico. Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio.
Il mancato rispetto di tale obbligo cautelare può fondare la responsabilità concorsuale" (Cass. Sez. IV pen. 26 gennaio 2010, n. 3365, cit.).
È, tuttavia, evidente il ruolo di maggior corresponsabilità del capo équipe, come eviden-

ziato dalla giurisprudenza, atteso che "la posizione di garanzia del capo dell'équipe chirurgica non è limitata all'ambito strettamente operatorio, ma si estende al contesto post-operatorio" (Cass. Sez. IV pen. 6 marzo 2012, n. 17222).

La problematica relativa alla responsabilità medica nell'attività svolta in équipe, evidentemente, rappresenta una della tematiche più frequenti e dibattute, in ragione proprio – come anticipato – delle esigenze di multidisciplinarietà che la scienza medica richiede sempre più spesso.

Merita un particolare richiamo la recentissima sentenza della Corte di Cassazione penale n. 33329 del 2015, che presenta diversi profili di complessità fattuale e processuale (che qui possono essere tralasciati), e che affronta nuovamente il problema della responsabilità medica nell'attività svolta in équipe.

A ben guardare, la Cassazione ribadisce principi consolidati, sottolineando ancora una volta che "il lavoro in équipe vede la istituzionale cooperazione di diversi soggetti, spesso portatori di distinte competenze. Tale attività deve essere integrata e coordinata", e non può essere lasciata all'iniziativa dei singoli componenti l'équipe, pena l'anarchia ("anarchismo"). "Per questo assume rilievo il ruolo di guida del capo del gruppo di lavoro. Costui...non può disinteressarsi del tutto dell'attività degli altri terapeuti, ma deve al contrario dirigerla, coordinarla. Nei suoi confronti non opera, in linea di massima, il principio di affidamento. Naturalmente, però, tale responsabilità non è senza limiti. Accade, infatti, che sia in questione sapere altamente specialistico che giustifica la preminenza del ruolo decisorio e della responsabilità della figura che è portatrice delle maggiori competenze specialistiche. Per semplificare, l'anestesista rianimatore è portatore di conoscenze specialistiche ed assume la connessa responsabilità in relazione alle fasi di qualche qualificata complessità nell'ambito dell'atto operatorio. Diverso discorso va fatto, invece, per ciò che attiene a scelte e determinazioni che rientrano nel comune sapere di un accorto terapeuta; nonché per quanto riguarda ambiti interdisciplinari, nei quali è coinvolta la concorrente competenza di diverse figure. In tali situazioni riemerge il ruolo di guida e responsabilità del capo équipe. Si vuol dire che, quando l'errore è riconoscibile perché banale o perché coinvolge la sfera di conoscenza del capo équipe, questi non può esimersi dal dirigere la comune azione ed imporre la soluzione più appropriata, al fine di sottrarre l'atto terapeutico al già paventato anarchismo. Egli dovrà dunque avvalersi dell'autorità connessa al ruolo istituzionale affidatogli" (Cass. Sez. IV pen. n. 33329 del 2015, cit.; v. nello stesso senso, anche: Cass. Sez. IV pen. 1 ottobre 1999, Altieri, in tema di équipe coinvolta in complesse operazioni inerenti ad un trapianto d'organo).

Va, invero, ricordato che, nella fattispecie esaminata dalla sentenza n. 33329 del 2015, la Cassazione ha rilevato che "che si era in presenza di specifica questione anestesiologica di carattere interdisciplinare, posto che il tema afferente alla tipologia dell'anestesista interferiva con quella afferente al controllo dell'edema e della funzioni respiratorie (della paziente, n.d.r.); e rientrava nella sfera di conoscenza del chirurgo otorino la ponderazione delle implicazioni connesse all'anestesia curarica. Ciò è tanto vero che egli manifestò il suo punto di vista che risultò corretto, ma non ne trasse la conseguenza necessaria; cioè il dovere di impedire l'anestesia eventualmente sospendendo l'esecuzione dell'atto operatorio che era urgente ... ma non impellente".

Infine, vale sottolineare che, negli ultimi tempi, la giurisprudenza ha sviluppato un filone interpretativo, secondo cui la posizione di garanzia gravante in capo al medico, e dunque gravante anche sul capo équipe, è una posizione di garanzia di protezione del paziente, non certo di controllo sugli altri professionisti o di impedimento di illeciti altrui, posizione che non ha alcuna fonte normativa (Cass. Sez. IV pen. 1 giugno 2010, n. 20584; Cass. Sez. IV pen. 13 settembre 2006, n. 9638; Cass. Sez. IV pen. 6 ottobre 2006, n. 33619), sicché non può configurarsi un dipendenza gerarchica dei professionisti dal capo équipe, il quale assume "su di sé la responsabilità del buon esito dell'intervento", del quale deve coordinare le varie fasi (Cass. Sez. IV pen. 18 febbraio 2014, n. 7346).

# Paziente ad alto rischio in cardiochirurgia: importanza dell'approccio multidisciplinare e nuove tecniche chirurgiche

Luca Di Marco

Negli ultimi anni la cardiochirurgia ha subito notevoli progressi, venendo indicata ad una sempre più ampia tipologia di pazienti. Grazie ai miglioramenti ottenuti nelle tecniche di circolazione extracorporea, nella protezione miocardica e cerebrale, nella terapia intensiva postoperatoria, gli interventi cardiochirurgici possono essere eseguiti con un ampio margine di sicurezza riducendo così il rischio operatorio anche in pazienti in età molto avanzata [1-2]. Il rischio operatorio in Cardiochirurgia è un argomento di notevole interesse ed ampiamente dibattuto tra gli addetti ai lavori e di difficile valutazione in quanto molte sono le sue determinanti. Fattori che influenzano e condizionano il rischio operatorio sono legati al paziente (età, patologie associate, precedenti cardiologici di rilievo e fattori di rischio) nonché all'intervento chirurgico stesso, al tipo di anestesia, al volume di attività del centro cardiochirurgico, all'esperienza degli operatori, chirurgo e anestesista. Essendo la Cardiochirurgia considerata "chirurgia complessa" e quindi a rischio elevato, diventa di fondamentale importanza la stima del rischio chirurgico e cardiovascolare perioperatorio [3].

A tal proposito, la Società Americana di Cardiologia, relativamente alle complicanze cardiache dopo intervento cardochirurgico, ha elencato una serie di condizioni che definiscono tre categorie di rischio, maggiore, intermedio e minore in base alle quali, la stessa Società suggerisce dei provvedimenti da adottare [4]. Per i pazienti a rischio elevato può essere in alcuni casi indicato rinviare o addirittura annullare l'intervento chirurgico; per quelli a rischio intermedio potrebbe essere indicato posticipare l'intervento, ottimizzando così la terapia e il monitoraggio perioperatorio, mentre per quelli considerati a basso rischio in genere non è prevista nessuna modificazione del programma operatorio [4].

Le principali condizioni che in Cardiochirurgia rendono un paziente ad alto rischio sono in genere l'età avanzata, l'obesità, la cachessia, la presenza di BPCO severa, l'ipertensione polmonare, la bassa frazione di eiezione, la presenza di deficit neurocognitivi e poi fattori legati all'intervento chirurgico stesso, come ad esempio nel caso dei reinterventi o delle patologie complesse dell'aorta toracica. Cosa sappiamo però del paziente ad alto rischio?

Innanzitutto il rischio cardiochirurgico può variare nei singoli centri in base all'esperienza degli operatori, pertanto è raccomandabile riferirsi ad un centro ad alto volume d'interventi che garantisca l'alta qualità di prestazioni e l'elevata esperienza dell'intero team (chirurghi, anestesisti, infermieri ecc.).

La valutazione del rischio perioperatorio assume un ruolo predominante nella pratica cardiochirurgica. I sistemi che attualmente vengono maggiormente utilizzati dai cardiochirurghi per quantificare il rischio chirurgico di mortalità e morbidità sono rappresentati dall'*STS score*, sistema statunitense [5] e dall'*Euroscore* (Fig. 1), che correntemente utilizziamo in Europa [6].

Entrambi quantificano il rischio chirurgico sulla base di variabili che dipendono sia dal paziente che dal tipo d'intervento a cui il paziente deve sottoporsi. Le variabili considerate sono l'età, il sesso, la presenza o meno di malattie polmonari croniche, malattie neurologiche, pregressi interventi cardiochirurgici, insufficienza renale, endocardite attiva, stato critico preoperatorio, angina instabile, disfunzione ventricolare sinistra, recente infarto miocardico, ipertensione polmonare, intervento chirurgico in emergenza, interventi diversi dalla rivascolarizzazione

**Score di rischio secondo il sistema Europeo - EUROSCORE**

| FATTORI CORRELATI AL PAZIENTE | | | | | FATTORI CORRELATI ALLE CONDIZIONI CLINICHE | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Età | | 0 | | 5 | Angina instabile con infusione preoperatoria di nitroderivati | 2 |
| | | 1 | | 6 | | |
| | | 2 | | 7 | FE > 30-50% | 1 |
| | | 3 | | 8 | FE < 30% | 3 |
| | | 4 | | | IMA recente < 90gg | 2 |
| Sesso femminile | | | | 1 | Ipertensione polmonare: PAP sist > 60 mmHg | 2 |
| Patologia polmonare cronica: uso prolungato di broncodilatatori o corticosteroidi | | | | 1 | | |
| Arteriopatia extracardiaca: claudicatio,stenosi carotide >50%, chirurgia aorta addominale, arterite | | | | 2 | FATTORI CORRELATI ALL'INTERVENTO | |
| Disfunzione neurologica: grave compromissione della deambulazione o lesioni impedenti la normale vita di relazione | | | | 2 | Procedura in emergenza (entro 24 h) | 2 |
| Precedenti interventi di Cardiochirurgia | | | | 3 | Intervento cardiochirurgico diverso dal by-pass isolato | 2 |
| Creatinina preoperatoria > 2mg | | | | 2 | | |
| Endocardite attiva: paziente ancora in trattamento antibiotico per l'endocardite | | | | 3 | Chirurgia aorta ascendente, arco, aorta toracica prediaframmatica | 3 |
| Condizioni preoperatorie critiche: FV, TV, MCE, IOT, supporto ventilatorio, inotropi, IABP, shock cardiogeno, IRA con anuria o oliguria < 10 ml/h | | | | 3 | DIV post-infartuale | 4 |

**Diagnosi pre-operatoria** _____

**Programma Intervento** _____

**Problemi clinici associati** _____

*Fig. 1: Tabella Euroscore per la valutazione del rischio preoperatorio.*

miocardica isolata, chirurgia dell'aorta toracica, difetto interventricolare post-infartuale. Per ogni fattore di rischio è assegnato un punteggio, la cui sommatoria ci permette di ottenere un valore finale che è direttamente proporzionale al rischio chirurgico stimato.

Quanto maggiore è l'età del paziente ed il numero delle patologie associate, tanto più è a rischio il paziente. Un *Euroscore* o un *STS score* alto coincide con un aumento esponenziale del rischio operatorio, che spesso corrisponde ad un prolungamento del ricovero ospedaliero con un conseguente aumento dei costi [7].

L'allungamento della vita media ha fatto sì che il numero di pazienti in età avanzata teoricamente proponibili per la chirurgia cardiaca sia in costante aumento. L'età avanzata rappresenta oggi uno dei fattori a maggior impatto nella stratificazione del rischio operatorio. L'Italia è uno dei paesi più longevi in Europa, tanto che quasi il 19% della popolazione supera i 65 anni. Nell'arco dei prossimi 20 anni, il progressivo aumento dell'età media della popolazione coinciderà con un aumento dei pazienti anziani e delle comorbidità, che a sua volta sarà correlato con una sempre crescente frequenza di interventi chirurgici [8].

I dati della Cleveland Clinic e della Società Giapponese di Chirurgia Cardio-Toracica dimostrano chiaramente come l'età media dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico dagli anni Settanta in poi, sia aumentata in maniera più o meno costante parallelamente al notevole incremento del numero totale di interventi chirurgici in generale [9-10]. Le malattie cardiovascolari, tipiche dell'età adulta e senile, rappresentano la principale causa di morte in Italia e nei paesi dell'Unione Europea[11]. Malgrado questo però, negli ultimi anni, la mortalità per queste malattie è in diminuzione in tutti i paesi europei. Nel 2009, con 16.8 decessi ogni 10000 abitanti, l'Italia si è collocata agli ultimi posti dell'Unione Europea dove il tasso medio è di 21, 7 [11].

Malgrado quindi in Italia si muoia di meno per malattie cardiovascolari e si abbia la più alta percentuale di ultrasettantenni, bisogna considerare che con l'aumento della popolazione anziana aumentano anche le patologie associate e quindi i pazienti ad alto rischio operatorio [11, 12].

Sebbene l'età avanzata comporti una serie di problemi essa stessa, da sola, non costituisce però una controindicazione assoluta alla car-

diochirurgia. Vari autori hanno dimostrato come l'intervento chirurgico, nei pazienti in età avanzata ma senza altre comorbidità importanti, sia associato ad una migliore sopravvivenza non solo quando operati in elezione ma anche in casi di emergenza [13]. L'età da sola quindi non deve escludere un paziente dall'intervento cardiochirurgico anche se in condizioni di emergenza/urgenza [14].
Il fatto che l'età avanzata non sia una controindicazione assoluta alla cardiochirurgia è stato confermato anche dal nostro gruppo che nel 2012 ha condotto uno studio retrospettivo sui pazienti operati per dissezione aortica acuta tipo A, al fine di valutare la sopravvivenza a lungo termine nei pazienti con età inferiore e superiore ai 70 anni. Lo studio ha dimostrato quanto sia importante considerare non tanto l'età cronologica quanto l'età biologica dei pazienti al momento della chirurgia, anche in casi emergenti come le dissezioni acute [16]. È chiaro però che se l'età da sola non costituisce una controindicazione assoluta alla chirurgia, la presenza di comorbidità importanti rende eccessivamente rischioso l'intervento chirurgico.
Negli ultimi anni si è andato sempre più sviluppando il concetto di *frailty* ("fragilità") che rappresenta un concetto emergente nella medicina clinica venendo considerata come una "tipica condizione geriatrica caratterizzata da una aumentata vulnerabilità legata ad eventi turbativi determinanti deficit di uno o più sistemi" [17]. È stato dimostrato come i "pazienti fragili" siano maggiormente predisposti a ospedalizzazione, lungodegenza e mortalità. La *frailty* è stata oggetto di studi approfonditi come fattore di rischio per i pazienti sottoposti a procedure chirurgiche ed invasive in generale. Non tutti i pazienti anziani sono pero "fragili", e il fatto che la *frailty* sia associata con l'invecchiamento non vuol dire che sia un processo inevitabile dell'invecchiamento, potendo essere prevenuta o trattata [18]. Vari studi hanno dimostrato una ridotta probabilità di sopravvivenza nei soggetti con un indice di *frailty* crescente con una maggiore probabilità di ospedalizzazione [19]. Da quanto detto, appare quindi abbastanza ovvia la


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

relazione tra *frailty* e malattie cardiovascolari: la *frailty* può portare a malattie cardiovascolari, e queste ultime a loro volta possono portare alla *frailty* con conseguente aumento esponenziale della mortalità [20]. Numerosi studi dimostrano come la presenza di *frailty* in cardiochirurgia aumenti la mortalità ospedaliera, la degenza ospedaliera e condiziona negativamente la sopravvivenza a medio termine [22-23] come confermato da Lee e coll. [17] che hanno dimostrato come la *frailty* sia un fattore di rischio in termini di complicanze postoperatorie, di mortalità ospedaliera, di lungodegenza e di ridotta sopravvivenza a medio termine. Lee ha infatti riportato un incremento di circa 6,3 volte della degenza ospedaliera nei pazienti *frail* rispetto ai *non frail* così come aumento della degenza ospedaliera si aveva in presenza di età avanzata, insufficienza cardiaca congestizia, di diabete, di malattie croniche polmonari, di vasculopatia periferica, insufficienza renale e in caso di chirurgia in emergenza-urgenza e di interventi complessi [17]. In questi pazienti maggiore è anche il tasso di trasfusioni ematiche, di sindromi da bassa portata, di infezioni, di complicanze neurologiche postoperatorie, di insufficienza renale postopoperatoria e di necessità di ventilazione prolungata, con un rischio di mortalità ospedaliera maggiore rispetto all'assenza di *frailty* (15% vs 4%)[18].

Nella valutazione del paziente ad alto rischio, altro fattore importante è la stima dell'indice di massa corporea. Un importante studio pubblicato nel 2003, ha valutato l'impatto del Body Mass Index sull'*outcome* precoce in pazienti sottoposti ad intervento di bypass aortocoronarico. Contrariamente a quello che si potrebbe pensare, non è l'obesità il principale fattore di rischio per la mortalità e le complicanze ospedaliere, ma i soggetti più a rischio sono quelli sottopeso con indice di massa corporea inferiore a 20 [23]. Infatti sia la mortalità che le complicanze ospedaliere hanno un rischio più elevato nei pazienti con indice di massa corporea inferiore a 20, dimostrando quindi come i pazienti cachettici siano quindi a rischio più elevato rispetto a quelli obesi [23].

Il paziente ad alto rischio è però tale non solo per i fattori legati al paziente stesso ma anche per quelli legati al tipo di chirurgia.

In un'epoca in cui la tecnologia rappresenta un valido supporto diagnostico e terapeutico, diventa pertanto preminente il "lavoro di squadra" e la collaborazione con le varie figure specialistiche, al fine di condividere l'indicazione chirurgica. A questo proposito quindi, non vi è alcun dubbio che un team interdisciplinare di cardiochirurghi, cardiologi, anestesisti, radiologi e di altri specialisti riesca a pianificare e lavorare meglio e a discutere i casi più complessi con più facilità. L'approccio multidisciplinare infatti garantisce migliori conoscenze, un miglior trattamento e migliori competenze tecniche, anche perché più complessa è la patologia da trattare e più il paziente ad alto rischio, maggiore diventa la necessità di un approccio multidisciplinare.

Con questa premessa, già da alcuni anni, è nato il concetto di *Heart team*. Ma com'è organizzato e da chi è composto un *Heart team*? L'*Heart team* prevede la presenza di cardiologi, cardiochirurghi, cardioanestesisti, radiologi e, nel caso di endocarditi, di infettivologi.

L'importanza dell'approccio multidisciplinare, soprattutto nella gestione del paziente ad alto rischio, è attualmente universalmente accettata a dimostrazione che prioritario diventa il poter garantire al paziente il miglior trattamento possibile con tutte le competenze specifiche che il caso richiede. L'Unità Operativa di Cardiochirurgia del Policlinico S. Orsola-Malpighi collabora attivamente con tutte le figure precedentemente citate e, attraverso meetings settimanali, discute i casi da operare; da qualche anno è stato inoltre istituito un ambulatorio settimanale per la patologia aortica con cardiochirurghi e radiologi per discutere i casi di patologia aortica più complessi; un ambulatorio "sostituzione valvolare aortica trans catetere (TAVI)" nel quale si discutono i pazienti con stenosi aortica ad alto rischio da indirizzare ad un'eventuale sostituzione valvolare aortica percutanea o transapicale; meeting settimanale con i cardiologi trapiantologi per discussione dei casi da inviare al trapianto o all'impianto di cuori artificiali; meeting settimanale con i cardiologi che studiano l'ipertensione polmonare per discutere i casi e l'eventuale trattamento chirurgico.

Il paziente ad alto rischio, però, spesso ha bisogno di opzioni terapeutiche alternative alla chirurgia tradizionale. Non si può non parlare

dell'angioplastica coronarica come opzione terapeutica di scelta anche nei pazienti ad alto rischio con coronaropatia. Il numero di procedure di angioplastica coronarica è in crescente aumento nei pazienti affetti da cardiopatia ischemica. In presenza di tutte quelle condizioni che renderebbero l'intervento chirurgico di rivascolarizzazione miocardica a rischio molto elevato o che lo controindicherebbero, la rivascolarizzazione miocardica percutanea rappresenta sicuramente la soluzione ottimale e a minor rischio.
Nel paziente ad alto rischio con patologia coronarica, altra opzione possibile è la chirurgia coronarica a "cuore battente", senza cioè l'ausilio della circolazione extracorporea. I pazienti che beneficiano maggiormente di questa tecnica sono quelli ad alto rischio che presentino delle condizioni tali per cui la circolazione extracorporea potrebbe essere controindicata, oppure quelli con aorta ascendente estremamente calcifica (aorta a "porcellana"). Vantaggi teorici della rivascolarizzazione a cuore battente, come dimostrato da vari Autori [24], sono rappresentati dalla riduzione del sanguinamento e delle conseguenti trasfusioni, dalla riduzione delle aritmie e delle infezioni polmonari, oltre che dei tempi più rapidi di estubazione, dalla minore permanenza nella terapia intensiva e dalla minor durata del ricovero ospedaliero con una notevole riduzione dei costi. Una riduzione dei danni d'organo è inoltre stata evidenziata a livello miocardico, renale ed infiammatorio [24].
Nel paziente ad alto rischio, laddove ve ne sia indicazione, vasta applicazione trovano metodiche di assistenza ventricolare sinistra come il contropulsatore aortico. Condizioni che possono trovare indicazione all'impiego del contropulsatore aortico in Cardiochirurgia sono rappresentate dalla difficoltà nello svezzamento dalla circolazione extra-corporea, dallo sviluppo della "sindrome da bassa portata" peri-operatoria, così come si può prevederne l'impiego preoperatorio in pazienti che presentino una funzione ventricolare sinistra severamente depressa.
Nei pazienti ad alto rischio con insufficienza mitralica, fino a poco tempo fa l'unico trattamento disponibile era quello chirurgico, sem-


# 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**

pre più volto alla riparazione valvolare che alla sostituzione. In questo scenario, l'industria biomedica sta sperimentando metodiche alternative alla chirurgia tradizionale per offrire un trattamento meno invasivo che possa essere più tollerabile dai pazienti ad alto rischio chirurgico. Riprendendo il concetto della riparazione "edge to edge" descritta da Alfieri [25], è nata negli ultimi anni la procedura della "Mitraclip". Attraverso un approccio totalmente percutaneo, mininvasivo, che non necessita di circolazione extracorporea né di apertura delle camere cardiache, sotto guida ecocardiografica, una clip viene posizionata a livello dei lembi mitralici, all'origine del rigurgito in modo da unire i lembi e chiudere la regione della valvola da cui origina il rigurgito. La procedura è eseguita in anestesia generale e sotto controllo ecocardiografico transesofageo per consentire un monitoraggio in tempo reale del risultato della procedura.

Una delle patologie più frequentemente presenti nel paziente anziano è la stenosi aortica, spesso associata ad una o più comorbidità, che rendono l'intervento chirurgico tradizionale ad alto rischio. La stenosi aortica rappresenta forse la patologia per la quale esistono più opzioni terapeutiche alternative alla chirurgia tradizionale.

Riprendendo un concetto risalente a qualche decennio fa, si sta sempre più sviluppando l'utilizzo delle protesi valvolari aortiche *sutureless*, protesi valvolari per il cui impianto non è necessaria una sutura chirurgica tradizionale ma che sfruttano la forza radiale dello stent in nitinolo, la cui struttura è composta, che va ad aderire perfettamente alle pareti della radice aortica e che trovano maggiore indicazione nei pazienti in età avanzata che presentino rischio elevato, e che quindi potrebbero beneficiare di tempi ridotti di clampaggio aortico e di circolazione extracorporea, oppure nei pazienti con anello valvolare aortico estremamente calcifico e/o piccolo, come spesso accade nei pazienti di sesso femminile.

Altra opzione rivolta ai pazienti con stenosi aortica altrimenti inoperabili e che presentino quindi controindicazioni alla chirurgia tradizionale è rappresentato dal condotto apico-aortico, condotto valvolato che viene posizionato in toracotomia sinistra e a cuore battente tra l'apice del ventricolo sinistro e l'aorta toracica discendente e che trova spazio soprattutto nei pazienti per i quali l'intervento chirurgico tradizionale è controindicato oppure nei pazienti con aorta ascendente a "porcellana" con impossibilità di clampaggio. Una volta impiantato, il 30% della gittata sistolica è anterograda transaortica e il 70% è attraverso il condotto, direttamente in aorta toracica discendente.

La sostituzione valvolare aortica transcatetere (TAVI) trova sempre più spazio nei pazienti non candidabili a chirurgia tradizionale e comunque con molteplici fattori di rischio e può essere eseguita per via trans arteriosa (transaortica o trans femorale) o per via trans apicale (Fig. 2). In entrambe le procedure, requisito fondamentale è l'esistenza di un *heart team*. Altra opzione percutanea per i pazienti ad alto rischio, già operati e portatori di protesi valvolari biologiche e che necessiterebbero di un reintervento, è la procedura cosiddetta *valve in valve*. La procedura consiste nell'impianto transarterioso o transapicale sinistro (a seconda che sia interessata la valvola aortica o mitralica) di una protesi valvolare che viene espansa all'interno della protesi precedentemente posizionata. Questo tipo di procedura è indicata solo per selezionati pazienti con

*Fig. 2: Sostituzione valvolare aortica per via transapicale.*

protesi valvolari degenerate che sarebbero candidati fortemente a rischio per una seconda chirurgia, come ad esempio quelli in ipertensione polmonare severa o con altre severe comorbidità. Tutte e quattro le valvole cardiache possono essere trattate con questo approccio [26]. Altra possibilità terapeutica per i pazienti con stenosi aortica ad alto rischio o non candidabili a nessuna delle opzioni su menzionate è rappresentata dalla valvuloplastica percutanea, che può essere utilizzata sia come procedura definitiva che come *bridge* all'intervento chirurgico tradizionale o alla TAVI. Altra categoria di pazienti ad alto rischio chirurgico è quella dei pazienti con patologie complesse dell'aorta toracica, come gli aneurismi o le dissezioni aortiche croniche, magari già in precedenza operati. Nelle ultime due decadi, lo sviluppo ed il continuo miglioramento delle metodiche endovascolari ha portato ad una significativa riduzione della mortalità e del tasso di complicanze postoperatorie, quali la paraplegia. Questo ha fatto sì che in alcune particolari condizioni e qualora ve ne fossero le indicazioni, le procedure endovascolari rappresentano la tecnica di scelta per il trattamento della patologia dell'aorta toracica discendente, toraco-addominale ed addominale, perché a più basso rischio. L'impianto di endoprotesi aortiche ha inoltre permesso di trattare pazienti che con la chirurgia tradizionale non sarebbero operati perché considerati ad alto rischio. Spesso però, quando è interessata l'aorta ascendente, è necessario ricorrere alla chirurgia. Lo sviluppo delle tecniche endovascolari ha permesso di sviluppare il concetto di chirurgia "ibrida" che combina la chirurgia cosiddetta "open" con quella endovascolare, al fine di trattare pazienti a rischio molto elevato. Le tecniche di chirurgia "ibrida" per le patologie estese a tutta l'aorta toracica vanno dal "de-branching" dei tronchi sovraortici e dei vasi viscerali seguito poi dall'impianto di endoprotesi, alla tecnica del "frozen elephant trunk" [27] che rappresenta l'evoluzione di una tecnica precedentemente descritta (tecnica dell'"elephant trunk") che prevede due steps chirurgici durante il primo


**Responsabilità civile Professionale del Medico**

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

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

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

PREMIO € 250,00

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

Per informazioni :

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

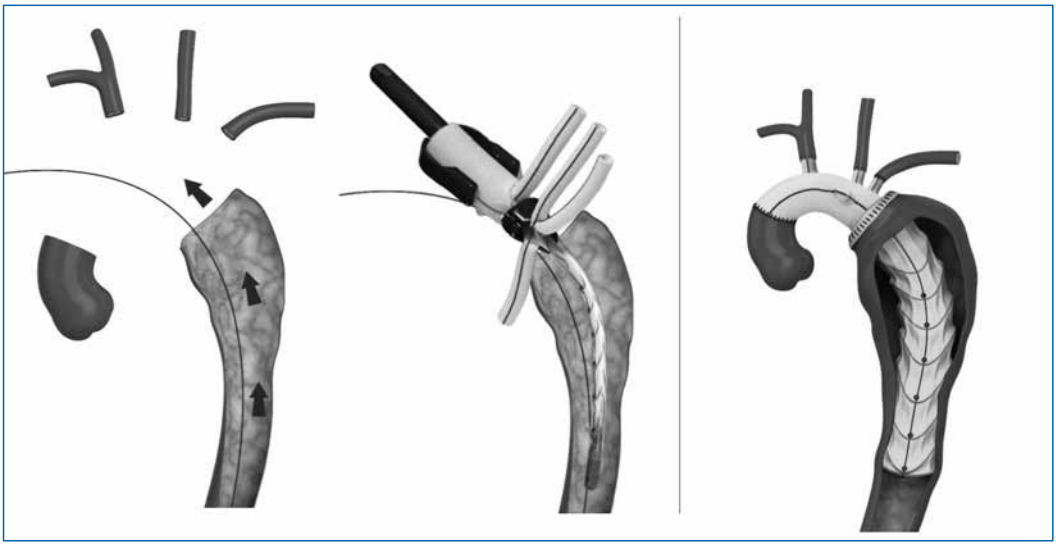


*Fig. 3: Tecnica del "Frozen Elephant Trunk" con protesi ibrida per il trattamento in un solo step chirurgico delle lesioni complesse dell'aorta toracica.*

dei quali si sostituisce l'aorta ascendente e l'arco aortico mentre nel secondo si sostituisce l'aorta toracica discendente ed eventualmente toracoaddominale. Si tratta ovviamente di interventi molto complessi e ad alto rischio che in genere vengono eseguiti a distanza di qualche mese l'uno dall'altro. Limite della tecnica è rappresentato dal fatto che non tutti i pazienti sottoposti al primo step chirurgico arrivano al secondo, con una percentuale che si aggira intorno al 32% [28]. La tecnica del "frozen elephant trunk", che invece prevede l'utilizzo di una protesi "ibrida" (Fig. 3) composta per la metà prossimale da una protesi vascolare normale e per quella distale da uno stent in nitinolo, permette di sostituire l'intera aorta toracica in un unico step chirurgico evitando quindi l'eventuale secondo step e migliorando notevolmente i risultati rispetto all'"elephant trunk" tradizionale [29].

Questa *overview* vuole essere un breve aggiornamento per i medici di medicina generale, per gli addetti ai lavori e per chiunque possa esserne interessato sul rischio operatorio in cardiochiruria e sulle possibili soluzioni terapeutiche per i pazienti ad alto rischio con patologie cardiache di interesse chirurgico. Indubbiamente quello del "rischio operatorio in Cardiochirurgia" è sicuramente un argomento molto vasto e molto dibattuto che richiede, con sempre maggior frequenza, un approccio multidisciplinare. La collaborazione e l'interazione delle varie figure specialistiche deve prefiggersi come obiettivo primario di indicare quella che è la migliore strategia terapeutica al fine di ridurre al massimo il rischio legato agli interventi cardiochirurgici.

**Dott. Luca Di Marco**
*Dirigente Medico I livello*
*U. O. Cardiochirurgia*
*Policlinico S. Orsola-Malpighi*

**BIBLIOGRAFIA**

1. J. Unsworth-White. Cardiac surgery for the elderly: a surgeon's perspective. Heart 1999, 82:125
2. DS Fruitman, CE MacDougall, DB Ross. Cardiac surgery in octogenarians: can elderly patients benefit? Quality of life after cardiac surgery. Ann Thorac Surg. 1999;68:2129–2135
3. RJ Gibbons, J Abrams, K Chatterjee, J Daley, PC Deedwania, JS Douglas, TB Ferguson, SD Fihn, TD Fraker, JM Gardin, RA O'Rourke, RC Pasternak, SV Williams, RJ Gibbons, JS Alpert, EM Antman, LF Hiratzka, V Fuster, DP Faxon, G Gregoratos, AK Jacobs, SC Smith Jr. ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Chronic Stable Angina — Summary Article. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina). Circulation. **2003;** 107: **149-158**
4. KA Eagle, PB Berger, H Calkins, BR Chaitman, GA Ewy, KE Fleischmann, LA Fleisher, JB Froehlich, RJ Gusberg, JA Leppo, T Ryan, RC Schlant, WL Winters. ACC/AHA Guideline Update for Perioperative cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery—Executive Summary. ACC/AHA Guideline Update for Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery—Executive Summary. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association. Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1996 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery)JACC Vol. 39, No. 3, 2002. 542-53
5. RE Clark. The STS Cardiac Surgery National Database: An update. Ann Thorac Surg. 1995;59:1376–80

6. SAM Nashef, F Roques, P Michel, E Gauducheau, S Lemeshow, R Salamon. European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE). Eur J Cardiothorac Surg 1999;16:9–13
7. R De Maria, M Mazzoni, M Parolini, D Gregori, F Bortone, V Arena, O Parodi. Predictive value of EuroSCORE on long term outcome in cardiac surgery patients: a single institution study. Heart 2005;91:779–784
8. C Naughton, RO Feneck. The impact of age on 6-month survival in patients with cardiovascular risk factors undergoing elective non-cardiac surgery. Int J Clin Pract, May 2007, 61, 5, 768–776
9. Source: Cleveland Clinic Foundation
10. M Masuda, H Kuwano, M Okumura, J Amano, H Arai, S Endo, Y Doki, J Kobayashi, N Motomura, H Nishida, Y Saiki, F Tanaka, K Tanemoto, Y Toh, H Yokomise. Thoracic and cardiovascular surgery in Japan during 2012. Annual report by The Japanese Association for Thoracic Surgery. Gen Thorac Cardiovasc Surg (2014) 62:734–764
11. Source: Eurostat
12. RA Rosenthal, SM Kavic. Assessment and management of the geriatric patient. Critical Care Medicine April 2004, Vol. 32 - Issue 4 - S92-S105
13. BJ Bouma, RBA van den Brink, JHP van der Meulen, HA Verheul, EC Cheriex, HPM Hamer, E Dekker, KI Lie, JGP Tijssen. To operate or not on elderly patients with aortic stenosis: the decision and its consequences. *Heart* 1999;82:143-148
14. RK Ghanta, PS Shekar, S McGurk, DM Rosborough, SF Aranki. Nonelective cardiac surgery in the elderly: is it justified? J Thorac Cardiovasc Surg 2010 Jul 14;140(1):103-9.
15. L Di Marco, D Pacini, A Leone, FD Petridis, L Bissoni, R Di Bartolomeo. **Long-term outcome after acute type A aortic dissection: does an age limit still exist?** *J Cardiovasc Surg (Torino)*. May 28, 2012
16. DH Lee, KJ Buth, BJ Martin, AM Yip, GM Hirsch. Frail Patients Are at Increased Risk for Mortality and Prolonged Institutional Care After Cardiac Surgery. Circulation. 2010;121:973-978.
17. JSL Partridge, D Harari, JK Dhesi. Frailty in the older surgical patient: a review. Age and Ageing 2012; 41:142–147
18. K Rockwood, X Song, C MacKnight, H Bergman, DB Hogan, I McDowell, A Mitnitski. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495
19. J Afilalo, S Karunananthan, MJ Eisemberg, KP Alexander, H Bergman. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. Am J Cardiol 2009; 103:1616-1621
20. S Sundermann, A Dademasch, J Praetorius, J Praetorius, H Rodriguez, T Walther, FW Mohr, V Falk. Comprehensive assessment of frailty for elderly high-risk patients undergoing cardiac surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2011;39:33-7.
21. TN Robinson, JI Wallace, DS Wu, A Wiktor, L Pointer, SM Pfister, TJ Sharp, MJ Buckley, M Moss. Accumulated frailty characteristics predict postoperative discharge institutionalization in the geriatric patient. J Am Coll Surg. 2011;213:37-42
22. BC Reeves, R Ascione, H Martin, MH Chamberlain, G Angelini. Effect of body mass index on early outcomes in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *J Am Coll Cardiol*. 2003;42(4):668-676
23. *Puskas JD, Williams WH, Mahoney EM, Huber PR, Block PC, Duke PG, Staples JR, Glas KE, Marshall JJ, Leimbach ME, McCall SA, Petersen RJ, Bailey DE, Weintraub WS, Guyton RA. Off-pump vs. conventional coronary artery bypass grafting: early and 1-year graft patency, cost, and quality-of-life outcomes: a randomized trial*. JAMA. 2004; 291: 1841–1849.
24. M De Bonis, E Lapenna, O Alfieri. Edge-to-edge Alfieri technique for mitral valve repair: which indications? Curr Opin Cardiol. 2013 Mar;28(2):152-7
25. *JG Webb, DA Wood, J Ye, R Gurvitch, JB Masson, J Rodés-Cabau, M Osten, E Horlick, O Wendler, E Dumont, RG Carere, N Wijesignhe, F Nietlispach, M Johnson, CR Thompson, R Moss, J Leipsic, B Munt, SV Lichtenstein, A Cheung. Transcatheter valve-in-valve implantation for failed bioprosthetic heart valves*. Circulation. 2010; 121: 1848–1857
26. L Di Marco, D Pacini, A Leone, A Pantaleo, M Cefarelli, M Di Eusanio, E Pilato, R Di Bartolomeo. The thoraflex hybrid frozen elephant trunk device: the Bologna experience. J Vasc Endovasc Surg 2014;21:117-23
27. M Shrestha, A Martens, H Krüger, I Maeding, F Ius, F Fleissner, A Haverich. Total aortic arch replacement with the elephant trunk technique: single centre 30-year results. Eur J Cardiothorac Surg. 2014 Feb;45(2):289-95
28. DH Tian, B Wan, M Di Eusanio, D Black, TD Yan. A systematic review and meta-analysis on the safety and efficacy of the frozen elephant trunk technique in aortic arch surgery. Ann Cardiothorac Surg 2013;2(5):581-591

**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**

## Aggiornamento della disciplina regolante l'iscrizione ai Registri delle Medicine non Convenzionali

Il Consiglio Direttivo dell'OMCeO Bologna Delibera n. 8 del 15/01/2016
- Preso atto delle Comunicazioni FNOMCeO n. 88/22.10.2014, n. 9/21.01.15, e n. 85/17.12.15, concernenti:

a) Criteri formativi e di accreditamento in Agopuntura, Medicina Omeopatica, Medicina Antroposofica, Omotossicologia e Fitoterapia;

b) Istituzione dei Registri dei Medici e Odontoiatri esercenti le Medicine non Convenzionali presso gli Ordini Provinciali;

c) Istituzione e composizione delle Commissioni per le Medicine non Convenzionali presso gli Ordini Provinciali;

per le quali il percorso formativo dovrà corrispondere ai seguenti requisiti:
AGOPUNTURA, MEDICINA OMEOPATICA, MEDICINA ANTROPOSOFICA, OMOTOSSICOLOGIA:
– corsi triennali, o di superiore durata, articolati in 400 ore di formazione teorica ed ulteriormente caratterizzati da 100 ore di pratica clinica, di cui almeno il 50% di tirocinio pratico supervisionato da un medico esperto della disciplina in oggetto;
– frequenza minima all'80% delle lezioni sia teoriche che pratiche;
– superamento di esame teorico pratico al termine di ciascuno degli anni di corso previsti, nonché la discussione finale di una tesi;
– ore di insegnamenti di tipo generale, non riferiti specificamente alla disciplina di riferimento, contenute nel limite del 20% del monte ore complessivo di formazione teorica;
– formazione a distanza (FAD) contenuta nel limite del 30%;
– attestato di conformità ai requisiti richiesti, rilasciato dai soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione, atto a consentire l'iscrizione del professionista agli elenchi degli esperti delle singole discipline.
ritenuta la necessità di aggiornare i criteri per l'iscrizione nei Registri delle varie Medicine non Convenzionali delibera l'individuazione dei requisiti atti a consentire l'iscrizione agli elenchi degli esperti delle singole discipline come segue:
Agopuntura: a regime sono recepiti i criteri sopra elencati.
Per quanto riguarda domande d'iscrizione ai registri che pervenissero da parte di medici e odontoiatri non in possesso dei requisiti sopra citati, si applicano i criteri d'iscrizione deliberati dall'OMCeO di Bologna nel 2006 e 2007.
Medicina Omeopatica: a regime sono recepiti i criteri sopra elencati.
Per quanto riguarda domande d'iscrizione ai registri che pervenissero da parte di medici e odontoiatri non in possesso dei requisiti sopra citati, si applicano i criteri d'iscrizione deliberati dall'OMCeO di Bologna nel 2006 e 2007.
Omotossicologia: a regime sono recepiti i criteri sopra elencati.
Per quanto riguarda domande d'iscrizione ai registri che pervenissero da parte di medici e odontoiatri non in possesso dei requisiti sopra citati, si applicano i criteri d'iscrizione deliberati dall'OMCeO di Bologna nel 2006 e 2007.
Medicina Antroposofica: a regime sono recepiti i criteri sopra elencati.
Per quanto riguarda domande d'iscrizione ai registri che pervenissero da parte di medici e odontoiatri non in possesso dei requisiti sopra citati, vengono appli-

cati i seguenti criteri: non meno di 600 ore di formazione teorico-pratica in Medicina Antroposofica ottenute dall'insieme di seminari, corsi di perfezionamento ed un numero di anni di pratica clinica (100 ore annue) cumulabili sino al raggiungimento delle ore previste (di cui ai criteri d'iscrizione deliberati dall'OMCeO di Bologna nel 2006 e 2007).
Fitoterapia: a regime sono recepiti i criteri sopra citati.
Per quanto riguarda domande d'iscrizione ai registri che pervenissero da parte di medici e odontoiatri non in possesso dei requisiti sopra citati, vengono applicati i criteri d'iscrizione deliberati dall'OMCeO di Bologna nel 2006 e 2007.
Medicina Tradizionale Cinese: valgono i criteri per l'agopuntura, più diploma biennale di 120 ore specifiche di Farmacologia Tradizionale Cinese.
Medicina Ayurvedica: almeno 600 ore di formazione raggiunte con un diploma quadriennale e tirocinio pratico oppure con un corso di durata inferiore a cui si aggiungono seminari, corsi integrativi e un numero di anni di pratica clinica (computato in 100 ore annue) cumulabili per il raggiungimento delle 600 ore di formazione (di cui ai criteri d'iscrizione deliberati dall'OMCeO di Bologna nel 2006 e 2007.)
Osteopatia: Diploma di osteopatia esaennale oppure un corso almeno triennale di 700 ore comprensivo di lezioni frontale e tirocinio pratico osteopatico.
Chiropratica: diploma quinquennale secondo il curriculum formativo internazionale.

***

## Radiologia, Fnomceo: sì alle linee guida

Le linee guida per le procedure standardizzate in radiologia sono un elemento di garanzia per la sicurezza del paziente e per gli operatori.
La Fnomceo si costituirà *ad opponendum* nel Ricorso intentato, presso il Tar del Lazio, dalla Federazione Nazionale dei Collegi Professionali dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica contro le Linee Guida del ministero della Salute "per le procedure inerenti le pratiche radiologiche clinicamente sperimentate".
Lo ha annunciato il Comitato Centrale, riunito a Roma, con la nota seguente.
"Il ricorso della Federazione Nazionale dei Collegi Professionali dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica avverso le Linee Guida emanate dal ministero della Salute, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n. 261 del 9 novembre 2015, può minare la sicurezza e la qualità delle prestazioni in ambito radiologico.
Questa Federazione sottolinea con forza come la responsabilità della gestione del percorso diagnostico-terapeutico sia in capo al medico-radiologo, a partire dal consenso informato, passando dalla sicurezza delle procedure, fino alle decisioni diagnostico-terapeutiche. Chiediamo al ministero della Salute una immediata presa di posizione a difesa di un proprio decreto, fortemente voluto per garantire qualità e sicurezza.
La Fnomceo, nell'annunciare il proprio intervento *ad opponendum* in sede di contenzioso amministrativo, mantiene comunque una posizione di apertura nei confronti delle professioni sanitarie, in una logica di collaborazione e di autonomia, nel rispetto delle competenze e con l'obiettivo di garantire qualità, sicurezza e tracciabilità, per la tutela della salute".

***

## Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario - Atto Senato n. 2224

*Ai Presidenti degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Ai Presidenti delle Commissioni per gli Iscritti All'albo degli Odontoiatri*

Cari Presidenti, si trasmette lo stampato ufficiale del disegno di legge n. 2224 recante "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" al fine di acquisire le Vostre eventuali osservazioni.

Il provvedimento, approvato nella seduta del 28 gennaio 2016 dall'Assemblea della Camera dei Deputati, passa ora all'esame del Senato.

Si rileva che in linea di massima il testo sulla responsabilità professionale del personale sanitario, che l'Assemblea della Camera dei Deputati ha licenziato, è globalmente positivo perché con esso si è cercato finalmente di dare un assetto normativo di riferimento ad una materia che in questi anni, per le dimensioni del contenzioso, ha assunto una rilevanza sempre più importante.

Il provvedimento, che si compone di 18 articoli, disciplina tra l'altro i temi della sicurezza delle cure e del rischio sanitario, della responsabilità dell'esercente della professione sanitaria e della struttura sanitaria pubblica o privata, le modalità e caratteristiche dei procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l'obbligo di assicurazione e l'istituzione del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria.

In particolare l'articolo 5 (Buone pratiche clinicoassistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida) prevede che gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali ed alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate dalle società scientifiche iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge.

Con riferimento all'art. 5 si invia la nota trasmessa al Ministro della Salute, On. Beatrice Lorenzin, con le relative osservazioni di questa Federazione (All. n. 2). In particolare dove si fa riferimento a "linee guida elaborate dalle società scientifiche iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con Decreto del Ministero della Salute", si ritiene che l'entrata in vigore e la cogenza di tali indicazioni di comportamento professionale, che assumeranno una fondamentale valenza nella definizione della colpa grave del medico e che, conseguentemente, renderanno qualitativamente omogenei i comportamenti dei professionisti, necessitino di un processo di validazione ad opera di un soggetto terzo indipendente, diverso dalle società scientifiche che, a pieno titolo, sono chiamate a formulare le proposte.

L'art 6 (Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria) introduce nel codice penale il nuovo articolo 590 ter, disciplinante la responsabilità colposa per morte o per lesioni personali in ambito sanitario. Esso prevede che "l'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave. Agli effetti di quanto previsto dal primo comma, è esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti

specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinicoassistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge". Di fatto i medici non saranno più perseguibili penalmente se il loro comportamento sarà stato consono all'arte medica e conforme alle linee guida.
L'articolo 7 (Responsabilità della struttura e dell'esercente la professione sanitaria per inadempimento della prestazione sanitaria) dispone invece che la struttura sanitaria pubblica o privata che nell'adempimento della propria obbligazione si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e anche se non dipendenti dalla struttura, risponde delle loro condotte dolose e colpose ai sensi degli articoli 1218 (Responsabilità del debitore) e 1228 (Responsabilità per fatto degli ausiliari) del codice civile. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, nonché attraverso la telemedicina.
In ogni caso l'esercente la professione sanitaria risponde ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile. Viene quindi previsto un regime di doppia responsabilità civile, qualificato come responsabilità contrattuale per la struttura – con onere della prova a carico della struttura stessa e termine di prescrizione di dieci anni – ed extracontrattuale per l'esercente la professione sanitaria, con onere della prova a carico del soggetto che si ritiene leso e termine di prescrizione di cinque anni. Pertanto la distinzione fra la responsabilità contrattuale della struttura sanitaria pubblica o privata e quella extracontrattuale del medico che esercita la professione nell'ambito di una struttura pubblica, privata o in rapporto convenzionale è uno dei cardini del testo approvato dalla Camera dei Deputati. Dall'esame dell'articolo 7 emerge, tuttavia, che agli esercenti delle professioni mediche in regime di libero attività professionale si continua ad applicare il regime della responsabilità contrattuale.
L'articolo 9 (Azione di rivalsa) reca un'ulteriore disposizione, a completamento del nuovo regime della responsabilità sanitaria. Esso prevede che l'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria possa essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave di quest'ultimo. La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o sociosanitaria o la compagnia assicuratrice non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria pubblica, l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria deve essere esercitata innanzi al giudice ordinario ed è esclusa la giurisdizione della Corte dei Conti. La misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di rivalsa, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti né può partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria privata, la misura della rivalsa analogamente a quanto previsto per la struttura pubblica, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua.

Infine l'articolo 10 (obbligo di assicurazione) pone l'obbligo di assicurazione a carico delle aziende del Servizio sanitario nazionale, delle strutture e degli enti privati che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso l'azienda, la struttura o l'ente. In tale obbligo sono comprese anche le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, ovvero attraverso la telemedicina.
L'obbligo di assicurazione è altresì contemplato per i liberi professionisti in ambito sanitario nonché per coloro che operano a qualunque titolo presso strutture pubbliche o private, al fine di rendere effettiva l'azione di rivalsa di cui all'art. 9. Il comma 5 dispone che "con decreto da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, definisce i criteri e le modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con le aziende, le strutture e gli enti di cui al comma 1 e con gli esercenti la professione sanitaria". Il comma 6 prevede che "con decreto del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentiti l'IVASS, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei pazienti, sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie". Cordiali saluti

**IL PRESIDENTE**
**Dott.ssa Roberta Chersevani**

***

## Avvocati e Medici: Patto per la tutela dei diritti di difesa e salute

Incontro tra il presidente del CNF Andrea Mascherin e la Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Roberta Chersevani
Roma 22/1/2016. Avviare un percorso comune per la tutela efficace dei diritti fondamentali di difesa e della salute e promuovere la corretta informazione presso i cittadini sui principi e sui valori che informano le due professioni di avvocato e medico, alla cui tutela i due diritti costituzionali sono affidati.
È questa l'intesa che è stata raggiunta oggi dal Presidente del Consiglio Nazionale Forense, Andrea Mascherin, e dalla Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Roberta Chersevani, in occasione di un incontro che si è tenuto nella sede del CNF, riunito in plenum.
Con la presidente Chersevani, in rappresentanza della FNOMCeO anche il segretario generale Luigi Conte.
"Il patto tra le due professioni contribuirà a diffondere la loro comune cultura, il loro impegno e la loro assunzione di responsabilità a tutela di quei principi che sono espressamente riconosciuti nella Carta Costituzionale. Occorre contrastare la visione esclusivamente mercatista, che produce gravi e negativi effetti proprio

sulla tutela delle persone. Medici e Avvocati hanno la responsabilità di informare correttamente i cittadini soprattutto con riguardo alla responsabilità medica, evitando quelle distorsioni dannose per l'intero sistema", ha dichiarato Mascherin nel saluto ai rappresentanti della Federazione.
La presidente Chersevani, ringraziando il Consiglio per la calorosa accoglienza ricevuta, ha dichiarato di "riporre grandi aspettative in questa collaborazione. Stamattina nasce qualcosa di nuovo in un momento di grandi difficoltà che mette in crisi l'esercizio delle nostre professioni. Questo percorso – sono certa – permetterà alle persone che si affidano ad Avvocati e Medici di guardare al nostro lavoro con rinnovata fiducia. Avvocati e Medici devono recuperare il senso dell'esercizio delle loro professioni, affermando l'autonomia e la libertà nel rigoroso rispetto dei principi normativi e deontologici".
Il presidente Mascherin ha indicato i prossimi passi: la sigla di un Protocollo d'intesa e l'avvio di un tavolo di lavoro comune sui temi che riguardano entrambe le professioni. Mascherin ha presentato anche la nuova iniziativa editoriale "Il Dubbio", invitando la Federazione degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri a partecipare alla corretta diffusione della cultura dei diritti e delle garanzie.

***

## Appropriatezza prescrittiva no

"Chiediamo il ritiro del 'Decreto appropriatezza' che va ripensato e riscritto. Questo provvedimento nasce 'malato', perché non si pone l'obiettivo di razionalizzare il sistema, ma solo di limitare la spesa sanitaria. Le società scientifiche devono essere chiamate a scrivere i criteri che i medici devono rispettare nel miglior esercizio della professione. La comunità scientifica è perfettamente in grado di autoregolamentarsi, organizzarsi e dettare linee di intervento che determinano la razionalizzazione degli interventi diagnostici e terapeutici portando anche benefici economici. Una delle criticità più evidenti è proprio il presupposto su cui si basa questo Decreto, cioè un'estrema semplificazione di tipo burocratico con lunghe liste di esami considerati inappropriati per il Servizio Sanitario Nazionale, senza entrare nel merito dei singoli casi clinici".
Il dott. Claudio Cricelli, presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG), sottolinea le contraddizioni insite nel provvedimento sull'appropriatezza e chiede la sua completa riscrittura. "Solo i criteri della verità scientifica, cioè della medicina basata sulle evidenze, e le esigenze individuali del paziente possono stabilire l'appropriatezza di una prescrizione – continua il dott. Cricelli. Vi sono sicuramente margini di miglioramento da parte dei medici nei confronti dei processi di cura, prestando attenzione non solo alla quantità delle prescrizioni, ma anche alla qualità e alla tipologia delle prestazioni richieste.
Ma questi aspetti appartengono alla cosiddetta 'medicina scientifica', non possono essere semplificati in un elenco burocratico. Per capire se esame o un intervento diagnostico, terapeutico o farmacologico è appropriato, è necessario osservare i risultati prodotti". "Le società scientifiche – conclude il dott. Cricelli – devono essere poste in prima fila per stabilire i criteri del corretto impiego sia dei trattamenti che degli esami diagnostici. Le liste contenute in questo

Decreto non servono perché non considerano l'estrema soggettività di tutti gli interventi medici. Non ci sottraiamo alla nostra responsabilità di essere oculati utilizzatori delle risorse. Il Disegno di Legge Gelli sulla responsabilità professionale contiene già la strada da seguire, perché si basa sul concetto implicito che la buona pratica clinica sia indicata nelle linee guida. E gli estensori di questi documenti sono proprio le società scientifiche".

***

## Appropriatezza prescrittiva sì

Milano, 2 febbraio 2016 – Il presidente, prof. Marcello Ciaccio: "Senza le prescrizioni inappropriate potremo ottenere una consistente riduzione della spesa sanitaria". Fondamentale il sostegno dei medici di famiglia,"No agli esami inutili, solo così potremo ottenere una riduzione della spesa sanitaria." La S.I.Bio.C., la più importante Società Scientifica di Medicina di Laboratorio in Italia, si associa all'appello divulgato nei giorni scorsi dalla Società Italiana di Diabetologia (SID) agli specialisti di tutte le discipline e ai colleghi di medicina generale. "L'appropriatezza prescrittiva – afferma il prof. Marcello Ciaccio, neo eletto Presidente S.I.Bio.C. – può essere raggiunta solo interagendo con tutte le specialità cliniche. Questo è uno degli obiettivi previsti nel programma della nostra Società per il biennio 2016-2017.
Con il blocco della prescrizione di esami inutili, non solo per i pazienti diabetici, si potrà ottenere una contemporanea riduzione della spesa sanitaria. Una più adeguata appropriatezza prescrittiva implica anche migliori risultati per i pazienti che non devono essere sottoposti ad esami inutili e fuorvianti, ma solo a quelli specifici per meglio individuare e caratterizzare la malattia, in tempi più rapidi, e per una personalizzazione della terapia".

***

## Nota del Garante della Privacy: tutele per il trattamento dei dati sanitari nell'ambito della C.D. "dichiarazione precompilata"

(estratto da: http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2090039.pdf)
**Chi può opporsi alla trasmissione dei dati**
Può opporsi:
– L'assistito
– Le persone fiscalmente a carico come il coniuge o i figli (maggiori di 16 anni)
N.B. Si può chiedere anche la cancellazione delle singole spese se i dati sono stati già trasmessi.
Opposizione dal 1° gennaio 2016
Ci si può opporre alla trasmissione dei dati relativi alla singola prestazione al momento dell'erogazione della stessa chiedendo oralmente al medico o alla struttura sanitaria l'annotazione dell'opposizione sul documento fiscale. Il medico/la struttura sanitaria deve conservare l'informazione di tale pposizione.
Caso dello "scontrino parlante"
In caso di spese documentate per mezzo del C.d. "scontrino parlante" (scontrino

emesso dalle farmacie) basta non comunicare al farmacista (o a chi emette lo scontrino) il proprio codice fiscale.
Opposizione in relazione al periodo compreso tra il 1° ottobre 2015 e il 31 gennaio 2016
In merito al periodo compreso tra il 1° ottobre 2015 e il 31 gennaio 2016, l'assistito può opporsi richiedendo all'Agenzia delle Entrate la cancellazione di una o più macro tipologie di spesa dal sistema TS telefonando:
– da fisso al numero 848.800.444
– da cellulare allo 0696668907
– dall' estero al +39 0696668933
– tramite posta elettronica all'indirizzo opposizioneutilizzospesesanitarie@agenziaentrate.it
– recandosi direttamente presso gli uffici territoriali dell'Agenzia delle Entrate.

**Consultazione dell'elenco delle spese sanitarie**
Dal 10 febbraio al 9 marzo del 2016 e, negli anni successivi, dal 1° al 28 febbraio, l'assistito può consultare l'elenco delle spese sanitarie trasmesse (compresi i farmaci del C.d. "scontrino parlante") riferite all'anno precedente (periodo di imposta di riferimento). Lo può esaminare accedendo al sito del Sistema TS tramite tessera sanitaria TS-CNS oppure utilizzando le credenziali Fisconline rilasciate dall' Agenzia delle Entrate sul sito dell' Agenzia stessa. Inoltre può opporsi alla messa a disposizione anche di singole spese richiedendone la cancellazione senza ritardo da parte del Sistema TS.

**Cancellazione dei dati dopo il trattamento**
I dati trattati verranno cancellati entro l'anno successivo al periodo di riferimento. Solo quelli trattati dall'Agenzia delle Entrate per l'elaborazione del 730 precompilato sono sottoposti a procedura di storicizzazione, al fine di consentire le successive verifiche.

**Aggregazione dei dati**
L'Agenzia delle Entrate non può accedere al dettaglio delle singole spese sanitarie degli assistiti, ma solo a dati automaticamente aggregati da parte del Ministero dell'economia e delle finanze. Le spese dunque vengono aggregate in macro tipologie (ad es. ticket, farmaci, prestazioni specialistiche). Quindi anche gli intermediari abilitati, quali Caf e professionisti, previa delega del contribuente, possono accedere unicamente al totale delle spese sanitarie detraibili. Solamente l'assistito può consultare le voci relative alle singole spese, accedendo al sito web del Sistema.

**FEDER.S.P.EV.**
Pensionati Sanitari
Sede Bologna: 051/614.53.65

**Non sopravvivere ma vivere**

# 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 1° FEBBRAIO 2016

| Cognome - Nome | Indirizzo | Telefono |
|---|---|---|
| BANDINI ALESSANDRO | Via Milana, 4 – Imola | 335/29.00.63 |
| BEGHINI ALBERTO | Via Dante, 22 – Imola | 0542/34.42.29 |
| BERTELLI VERONICA | Via Bignami 22/1 – Monte S.Pietro | 349/38.57.991 |
| BERTONCELLI MARCO | Via P.Mengoli,3/2 – Bologna | 339/22.98.893 |
| BRUNO MARIA CARMELA | P.tta Carlo Musi, 12 – Bologna | 328/01.99.122 |
| CAFORIO VALENSIA | Via dell'Isonzo, 11 – Bologna | 347/65.97.080 |
| CANELLA PIERO | Via Vallescura, 1 – Bologna | 338/14.06.026 |
| CARDIGLIANO MARIA ANGELA | Via S.Donato, 43/3 – Bologna | 345/30.15.769 |
| CARLINI ELEONORA | Via Giuseppe Petroni, 19 – Bologna | 328/08.55.289 |
| CORDA CAROLINA | Via G.Zaccherini Alvisi, 5 – Bologna | 333/49.29.919 |
| CUCU SILVIA | Via de Carracci, 2/5 – Bologna | 380/79.39.244 |
| D'ADAMO ANTONIO | Via Genova, 2/4 – Bologna | 340/91.58.482 |
| DE BERARDINIS GIULIA | Via Bentivogli, 117 – Bologna | 339/50.77.298 |
| DE FAZIO CAROLINA | P.zza S.Francesco – Bologna | 338/93.42.925 |
| DI CIOMMO MARIA LUISA | Via Chiudare, 3 – Bologna | 347/23.03.113 |
| DI GIOVANNI BEZZI CHIARA | Via delle Fragole, 21 – Bologna | 051/99.25.779<br>346/73.76.655 |
| EZE FIDELIS CHINWEZE | Via G.Puccini, 5 - Molinella | 329/45.60.776 |
| FATTIBENE JESSICA | P.zza Malpighi, 16 – Bologna | 331/12.76.543 |
| FIORINI FRANCESCA | Via L.Grassi, 1 – Casalecchio di Reno | 339/45.06.617 |
| FIRINU ANTONELLA | Via Albertoni, 5 – Bologna | 348/72.21.665 |
| FORLANI GIULIA | Via A.Murri, 43 – Bologna | 333/98.85.260 |
| FRANCHI CATERINA | Via Dante, 20 – Bologna | 051/30.29.98<br>338/91.63.276 |
| GARDINI GRETA | Via Belle Arti, 40 – Bologna | 340/93.55.691 |
| GRASSO ANNA | Via Remorsella, 13 – Bologna | 328/88.12.376<br>366/19.16.668 |
| GRAZIANO DANIELE | Via S.Pertini, 1 – Ozzano dell'Emilia | 333/74.94.082 |
| GUERRINI LAURA | Via R.Galli, 4/a – Imola | 349/29.20.166 |
| LORETI ALICE | Via S.Francesco, 894 – Mordano | 333/14.59.819 |
| MAGAGNI GABRIELE | Via T. Alderotti, 2 – Bologna | 349/13.35.956 |
| MAHMOUD GHANEM SADAM | Via Vincenzo Vela, 12 – Bologna | 347/17.85.672 |
| MARTINI ANNA LISA | Via Laura Bassi, 1 – Bologna | 051/30.05.493<br>339/88.73.484 |
| MASTROROBERTO MARIANNA | V.le Angelo Masini, 50 – Bologna | 347/27.98.906 |
| MARRA ROSA FRANCESCA | Via S.Leonardo,1 – Bologna | 347/60.68.501<br>051/23.73.77 |
| MATTEI SIMONE | Via dell'Artigianato, 12 – Granarolo dell'Emilia | 329/15.91.919 |
| MEJIA LARA ELSY DE JESUS | Via degli Ortolani, 37 – Bologna | 393/98.96.516 |
| MENGOLI ANDREA | Via Calari, 4/2 – Bologna | 051/55.68.77<br>393/97.18.831 |
| MICHELI ORIANNA | Via della Gabella, 7 – Bologna | 338/81.05.066 |
| MILANI LORENZO | Via Rostagno, 22 – Imola | 0542/68.19.30<br>334/99.04.234 |
| MODENESE LUCA | Via Roma, 27 – Follina | 347/83.98.257 |
| NATALI FRANCESCA | Via G.Garibaldi, 5 – Bologna | 338/15.70.405 |
| NUZZETTI MICHELA | Via S.Felice, 83 – Bologna | 349/28.90.091 |
| PAGANO ISABELLA | Via Varthema, 3 – Bologna | 333/11.21.040 |
| PURPARI GIUSEPPE | Via Bergullo, 16/a – Imola | 370/12.44.912 |
| REGNI FRANCESCO | Via S.Vincenzi – Bologna | 333/92.58.147 |
| RESIGNO IDA | Via A.Romagnoli, 44 – Bologna | 328/77.55.575 |
| RIZZI MATTIA | Via Pancaldi, 7/A – Bologna | 334/82.77.171 |
| RIZZOLI GIUSEPPE | Via C.Taruffi, 1 – Bologna | 339/32.67.348 |
| ROCCHI MARTINA | Via Isonzo, 73 – Casalecchio di Reno | 051/61.31.707<br>333/87.05.057 |
| ROCHIRA ANDREA | Via Calori, 9 – Bologna | 328/19.29.335 |
| SHUKULLI IBARONA | Via P.Fabbri, 107 – Bologna | 327/82.46.422 |
| TASSONE LAURA | Via Mazzini, 132 – Bologna | 340/60.05.005 |
| TRAPPOLI ANGELA | Strada Maggiore, 80 – Bologna | 338/19.44.007 |
| UBIALI ANDREA | Via Mascarella, 42 – Bologna | 347/37.61.653 |
| VALBONESI FRANCESCA | Via Raibolini, 16 – Zola Predosa | 349/53.28.910 |
| VALLI VITORIO | Via S.Donato, 152 – Bologna | 337/59.10.23 |

# MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

| Cognome - Nome | Specializzazione/Annotazioni | Telefono |
|---|---|---|
| BANDINI ALESSANDRO | Via Milana, 4 – Imola | 335/29.00.63 |
| ADUA DANIELA | Oncologia | 347/52.87.618 |
| BAGNATO FRANCESCA | Medicina Interna | 338/39.99.669 |
| CAMPOLO MARIA FRANCESCA | Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | 320/93.13.285 |
| CARDELLICCHIO RODOLFO | Ortopedia e Traumatologia | 051/49.29.16<br>335/62.20.145 |
| COSTANZO ELISABETTA | Corso di Formazione in Medicina Generale | 333/71.33.638 |
| DANNOUN AHMAD | Corso di Formazione in Medicina Generale | 3711543082 |
| FIORINI MASSIMILIANO | Medicina d'Urgenza | 349/32.52.049 |
| FORLANI GIULIA | Endocrinologia e Malattie del Ricambio | 333/98.85.260 |
| MAGAGNI GABRIELE | Corso di Formazione in Medicina Generale | 349/13.35.956 |
| MAMMARELLA PATRIZIA | Anatomia Patologica | 345/35.89.416 |
| MATTEINI PAOLA | Igiene e Medicina Preventiva<br>Medico Competente<br>Corso di Formazione in Medicina Generale | 051/44.32.41<br>339/48.19.676 |
| MELLONI ALESSANDRO | Odontoiatra | 328/13.65.874 |
| PALUMBO BENEDETTA | Odontoiatra | 051/30.38.96<br>338/33.64.432 |
| PICCOLI LIDIA | Chirurgia Generale | 347/59.17.472 |
| PIGNATARO BARBARA | Odontoiatra | 333/48.97.823 |
| SCORZONI RAFFAELLA | Psicoterapia | 051/352551<br>340/39.36.916 |
| VALLI VITTORIO | Chirurgia Generale | 337/59.10.23 |
| VOLPINI SARA<br>328/37.67.502 | Medicina Legale e delle Assicurazioni | 0542/64.07.71 |


**Centro Medico specializzato nell'ambito della Medicina dello Sport e Traumatologia dello Sport.**

**Direttore Sanitario** Dott. Stefano Piolanti Specialista in Medicina dello Sport e Fisioterapia

**Ambulatori specialistici:**

**Medicina dello Sport** Dott. Stefano Piolanti, Dott. Andrea Masotti, Dott.ssa Fabrizia Cavallari
**Fisiatria**, Dott. Stefano Piolanti
**Ortopedia** Dott. Alessandro Di Martino, Dott.ssa Mara Mazzetti
**Ortopedia Pediatrica, Ecografia anche Neonato** Dott.ssa Mara Mazzetti
**Pediatria e Omeopatia** Dott.ssa Maria Cristina Pifferi
**Oculistica** Dott. Simone Pelloni
**Ginecologia e Ostetricia** Dott.ssa Fiammetta Trallo , Dott.ssa Barbara Dimarcoberardino
**Urologia e Andrologia** Dott. Christian Pultrone
**Dermatologia** Dott.Maurizio Reggiani, Dott.ssa Doriana Massimino
**Cardiologia** Dott. Giancarlo Carini , Dott.ssa Margherita Gallina
**Angiologia** Dott. Franco Accorsi
**Dietologia** Dott.ssa Annalisa Adami
**Endocrinologia e Diabetologia** Dott.ssa Alessandra Goldoni
**Neurochirurgia** Dott. Antony Fabrizi
**Neurologia** Dott.ssa Federica Pinardi
**Psichiatria** Dott. Valter Mignani
**Otorinolaringoiatria** Dott. Pietro Limardo
**Allergologia e Immunologia Clinica** Dott. Vincenzo Mancuso
**Medicina Interna** Dott. Alfio Bellarmino
**Medicina Estetica** Dott. Domenico Valente, Dott.ssa Clelia Dal Piaz, Dott.ssa Silvana Scionti
**Chirurgia Maxillo Facciale** Dott. Domenico Valente
**Proctologia** Dott. Cesare Toschi
**Reumatologia** Dott.ssa Ilaria Farina
**Punto Prelievi del sangue Privato e Accreditato**
**Ambulatorio Ecografico**

**Fisioterapia con palestra di riabilitazione**; fisioterapisti Dott. Enrico Maselli e Dott.ssa Sara Di Serio

**Convenzionato con le principali Assicurazioni Sanitarie**

MERIDIANA MEDICAL CENTER

Poliambulatorio Medico Plurispecialistico
Medicina dello Sport e Fisioterapia

via Cristoni, 12 - Casalecchio di Reno (BO) - Tel. 051 0954643 - Cell. 392 1384949 - Fax 051 0560839
info@meridianamedicalcenter.it - www.meridianamedicalcenter.it
Autorizzazione Sanitaria n.3037 del 26/01/2013
Poliambulatorio non accreditato

## Il Percorso Diagnostico-Terapeutico delle Patologie Surrenaliche nel Policlinico S.Orsola-Malpighi

### 13 maggio 2016

**Sede del Convegno: Aula Viola (Pad. 11)**
**Ospedale S. Orsola - Bologna**

Presidenti: Prof. Francesco Minni, Prof. Renato Pasquali

**Presentazione del convegno**

Le affezioni surrenaliche rappresentano una patologia poco conosciuta, ma di particolare interesse per le novità diagnostiche, mediche e chirurgiche che le caratterizzano. Gli incidentalomi surrenalici sono lesioni di crescente riscontro, grazie alla moderne metodiche di diagnosi per imaging: una lesione surrenalica, clinicamente silente e pertanto misconosciuta, è infatti presente nel 4-7% dei pazienti sottoposti a TC dell'addome per cause indipendenti dal surrene o nel corso di un follow up oncologico. Tale elevata incidenza impone una corretta precisazione laboratoristica e strumentale della lesione surrenalica, al fine di indirizzare i pazienti verso il semplice follow up o, in alternativa, verso un trattamento medico o chirurgico. Una seconda affezione surrenalica di crescente interesse è rappresentata dall'iperaldosteronismo primario. Si tratta di una patologia responsabile di circa il 10% delle ipertensioni arteriose etichettate "essenziali" e colpisce spesso pazienti giovani e resistenti alla terapia anti-ipertensiva. Anche in questi casi un corretto approccio diagnostico, laboratoristico e strumentale, è di fondamentale importanza per differenziare le forme di pertinenza medica da quelle chirurgiche e impostare un trattamento mirato, che offrirà al paziente risultati migliori quanto più esso sarà tempestivo. Una terza patologia surrenalica emergente sono le neoplasie surrenaliche ed extra-surrenaliche catecolamino-secernenti, in considerazione dei risvolti diagnostici, farmacologici, anestesiologici, chirurgici e, non ultimo, genetici che le caratterizzano. La presenza di metastasi surrenaliche in pazienti operati per tumori primitivi in altra sede, in particolare ad origine polmonare, rappresenta infine un'ulteriore problematica di crescente riscontro, che può, in casi selezionati, comportare l'indicazione alla surrenectomia. Il presente convegno vuole fare una messa a punto sulle tematiche sopra accennate e vuole altresì sottolineare l'importanza di un percorso diagnostico-terapeutico aziendale (PDTA) specifico per tali affezioni, che può consentire di seguire i pazienti con patologia surrenalica in tutte le fasi, dall'iniziale riscontro alla diagnosi e alla terapia. Sarà presentato il PDTA del surrene del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, che coinvolge molteplici specialisti dedicati a tale settore: tale organizzazione ha consentito, in questi anni, di implementare il numero dei casi osservati e di ottimizzare il trattamento medico e/o chirurgico dei pazienti. Il convegno è dedicato in particolare ai medici di base, il cui attivo coinvolgimento nel PDTA-surrene è di fondamentale importanza: solo la stretta sinergia tra specialisti e medici di base è infatti in grado di garantire il raggiungimento dei risultati ottimali in questa emergente patologia.

PROGRAMMA

8.00-8.40: Registrazione dei partecipanti
8.40-9.10: Presentazione del Convegno da parte dei Presidenti - Renato Pasquali, Francesco Minni
Saluto del Direttore Generale del Policlinico S. Orsola-Malpighi - Mario Cavalli
Saluto del Presidente dell'O.d.M. della provincia di Bologna - Giancarlo Pizza
*I SESSIONE*
9.10-9.30: Il "nuovo" mondo delle patologie surrenaliche: attuali prospettive - Renato Pasquali
9.30-9.50: Le manifestazioni cliniche e la metodologia diagnostica - Uberto Pagotto
9.50-10.10: I tumori del surrene: novità fisiopatologiche e prospettive terapeutiche - Guido Di Dalmazi
10.10-10.30: Il Percorso Diagnostico-Terapeutico del Policlinico: il ruolo dei meeting e del team multidisciplinare - Valentina Vicennati
*Open Coffee break*
*II SESSIONE*
10.45-11.05: La radiologia nella valutazione morfo-funzionale - Cristina Mosconi
11.05-11.20: La valutazione clinico-diagnostica cardio-vascolare - Eugenio Cosentino
11.20-11.40: Aspetti anatomo-patologici e prospettive molecolari - Donatella Santini
11.40-12.00: Il ruolo della genetica - Marco Seri
12.00-12.15: Il carcinoma cortico-surrenalico: problemi e prospettive - Maria Pantaleo
12.15-12.45: Prospettive organizzative e di sviluppo del percorso "surrene" presso il Policlinico S. Orsola-Malpighi - Anselmo Campagna
12.45-13.15: Discussione
*Colazione di lavoro*
*III SESSIONE*
14.30-14.45: La chirurgia mini-invasiva: un nuovo approccio alle affezioni di interesse chirurgico del surrene - Francesco Minni
14.45-15.00: Surrenectomie laparoscopiche in casi-limite - Giuseppe Cavallaro
15.00-15.15: Surrenectomia robotica - Micaela Piccoli
15.15-15.30: Surrenectomia mini-invasiva con approccio posteriore - Celestino Lombardi
15.30-15.45: Il problema degli incidentalomi surrenalici nei pazienti candidati al trapianto d'organo - Antonio D. Pinna
*Open Coffee break*
*IV SESSIONE*
15.45-15.55: Qualità di vita dopo surrenectomia mini-invasiva - Claudio Ricci
15.55-16.10: Quando è ancora indicata la chirurgia laparotomica nelle affezioni del surrene - Riccardo Casadei
16.10-16.30: La gestione peri-operatoria delle neoplasie catecolamino-secernenti. a) la preparazione all'intervento - Eugenio Cosentino. b) la gestione intra e post-operatoria immediata - Stefano Faenza
16.30-16.45: Il trattamento chirurgico dei tumori catecolamino-secernenti (feocromocitomi surrenalici e paragangliomi) - Saverio Selva
16.45-17.15: Presentazione di 2 casi clinici. a) medico - Elena Casadio. b) chirurgico - Anna Guariniello
17.15-17.30: Discussione
17.30-18.00: Verifica finale con quiz a risposte multiple.

**CONVEGNO SU PREVIDENZA E WELFARE**

# Più o meno solidi pilastri e nuove opportunità

## Sabato 28 maggio 2016 - ore 9-13

**Sala convegni dell'OMCEO di Bologna**

### PROGRAMMA

La previdenza obbligatoria ENPAM
*Giampiero Malagnino, Vicepresidente vicario Enpam*

I contributi obbligatori per l'attività libero-professionale (Quota B)
*Renato Mele, membro della Consulta Quota B dell'Enpam*

La previdenza integrativa FONDOSANITÀ
*Luigi Daleffe, Responsabile di Fondosanità*

### TAVOLA ROTONDA E DISCUSSIONE:

Cosa possiamo aspettarci e cosa non possiamo aspettarci dall'ENPAM
Le nuove opportunità di welfare per medici ed odontoiatri
Camminare insieme per arrivare lontano

Moderatore: *Alessandro Nobili*

Evento accreditato ECM a numero chiuso
Iscrizioni ad esaurimento posti scrivendo a:
ecm@odmbologna.it

Opportunità di inserimento di medico convenzionato in ambulatorio pazienti in via San Mamolo. Se interessati per maggiori informazioni contattare il numero 329.4828786.

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.

Vendesi villa a schiera di testa. 250mq, Euro 550.000. Tel. 331.5850427.

Si ricerca Medico specialista in Cardiologia per collaborazione con Guardia Medica Privata per Bologna e zone limitrofe. Per informazioni contattare il numero 051.224466 in orario di segreteria dal lunedì al giovedì dalle 8:30 alle 17:00 - il venerdì dalle 8,30 alle 12,30.

Cercasi colleghi con cui condividere studio medico già avviato. Ampia possibilità di parcheggio. Piano terra con comodo accesso per i pazienti. Zona residenziale di Castenaso. Tel. 051.785176.

Cerco studio dentistico avviato da rilevare zone: Veneto e dintorni, 2-3 poltrone, a norma. Tel. 347.1575001 preferibilmente pausa pranzo.

Cesena. Luminosissimo appartamento, 2° piano con ascensore, completamente arredato, in zona comodissima con tutti i servizi vicinissimi: a pochi passi da centro commerciale, università, scuole, asilo, parco, stazione FFSS, ecc. Composto da: ingresso, disimpegno, cucina abitabile, ampia sala, due camere matrimoniali, bagno con doccia idromassaggio + sauna, bellissimo terrazzo con vista panoramica che circonda tutto l'appartamento. Interni completamente ristrutturati con ottime finiture, dotato di aria condzionata e porta blindata modello "europeo". Adatto a famiglie e studenti universitari. Da privato a privato. Per info tel. 051.572197 - Cell. 335.5263991.

A Monzuno appartamento pianoterra (90 mq) + portico in villetta bifamiliare sita sulla sommità rocciosa di collina (400m alt.), circondata bosco, con sole 24h, a 28km da Bologna (ingresso open space, ampio camino, riscaldamento termosif, due camere letto, cucina arredata, bagno, garage, sottotetto sfruttabile) prato antistante, barbecue, legnaie. Vendesi. Tel. 051.6145251 - 339.6790996.

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.

Specialista in ortodonzia, esclusivista con esperienza pluriennale, capace ed empatica anche con i piccoli pazienti, è disponibile presso studi in Bologna per consulenze di ortodonzia tradizionale ed estetica (tecniche invisibili e linguale). Tel al mattino 338.8922028.

Odontoiatra Generico. Comprovata esperienza. Professionalita. Flessibilità orari. Conservativa, Protesi, Endodonzia, Gnatologia, Implantologia, Estrattiva, Parodonto. Offre consulenza qualificata. Ottima comunicazione con i pazienti. Collaborazione e/o direzione sanitaria. Veneto e Limitrofi. Tel. 347.1575001.

Cercasi collega odontoiatra con esperienza o neolaureato per condivisione spese in stanza arredata a studio odontoiatrico in struttura con reception, sala d'attesa, sala di sterilizzazione, Apparecchio RX, 2 bagni, centralissimo in Bologna, facilmente raggiungibile (bus + parcheggi adiacenti). Possibilità

di consulenze specialistiche. Contattare 334.267853 - 348.3728575.

Cerco collega per condivisione studio dentistico Bologna centro - Tel. 331.5850427.

Poliambulatorio privato CMM Centro Medico Maggiore srl, sito in via Emilia Ponente 24, Bologna, rende disponibile ambulatori a medici specialisti. Per informazione: tel. 051.385745-382457 - e-mail: martani.francesco@tiscali.it

Si ricercano medici specializzati o specializzandi per soggiorno estivo marino residenziale per bambini dai 6 ai 14 anni, per il periodo 30 giugno-14 luglio 2016, presso Marzocca di Senigallia (AN). LOCALITÀ: MARCHE - TURNI: 15 gg. Gradita esperienza in medicina di base, pronto soccorso, pediatria, guardie mediche. Richiesta disponibilità full-time e residenza nel luogo del soggiorno. Inviare curriculum via email a Coop. Soc. ALICE e-mail estateragazzialice@gmail.com. I NOSTRI RECAPITI: Mobile 335.5822433.

Si ricercano medici specializzati o specializzandi per soggiorno estivo marino residenziale per bambini dai 6 ai 12 anni, presso Tarquinia (Lazio - VT) per i seguenti periodi: 16-30 giugno 2016; 1-15 luglio 2016; 16-30 luglio 2015; 1-14 agosto 2016; 20-30-31 agosto 2016 presso Tarquinia lido. LOCALITÀ: LAZIO - TURNI: 15 gg. Gradita esperienza in medicina di base, pronto soccorso, pediatria, guardie mediche. Richiesta disponibilità full-time e residenza nel luogo del soggiorno. Inviare curriculum via email a Coop. Soc. ALICE e-mail estateragazzialice@gmail.com. I NOSTRI RECAPITI: Mobile 335.5822433.

Vendesi centrale studio medico prestigioso a norma, attualmente dentistico associato avviato, con tre ambulatori, sala di attesa, studio privato, tre bagni, laboratorio, sala macchine, sala sterilizzazione per complessivi 126 mquadri. Telefonare solo interessati 337.801525.

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

## Norme editoriali

**L'editoriale e il dossier saranno pubblicati su richiesta dell'editore.**

**Articoli**: formato word, times new roman 12, spazio singolo, giustificato, sono graditi gli articoli a carattere sanitario e a rilevanza locale. Gli articoli a carattere scientifico saranno inviati a referee nazionali scelti dalla redazione. Ogni articolo non dovrà superare di norma le 16.000 battute e contenere massimo 3 immagini in bianco e nero.

**Notizie**: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

**Congressi/convegni/seminari** (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)
Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.
Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nominativi, telefoni, e-mail)

**Annunci**: testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: RENOGRAFICA SRL
13 via Seragnoli - 40138 Bologna - telefono 051 6026111 - fax 051 6026150

# Poliambulatorio Privato

## Giardini Margherita

***Direttore Sanitario: Dr. Maurilio Missere***

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

You Tube

Instagram

Google+

Seguici su Facebook


***CONTATTI***

***Personale Segreteria: Caterina F. – Alice T.***

Sede: Via Santo Stefano 103 – Bologna

**Tel/Fax : 051. 48 42 736**

segreteria@fondazionectr.it

http://www.poliambulatoriogiardinimargherita.it/


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

# 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**