Bollettino Notiziario

anno XLVI - N° 4 APRILE 2015

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

IN QUESTO NUMERO

- **Difesa del ruolo del medico: una difficile battaglia**, pag. 3, Alessandro Nobili
- **La segnalazione delle notizie di reato in danno a minori**, pag. 4, Giovanni B. Camerini
- **La complementarietà della medicina non convenzionale. Problematiche medico-legali**, pag. 16, Domenico Vasapollo

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

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

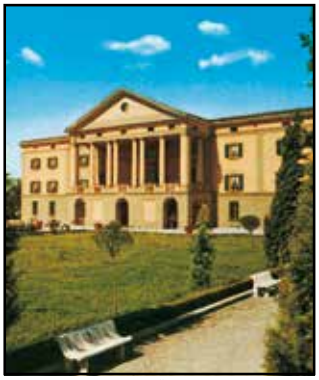
Via Bellombra, 34 · 40136 Bologna.
Tel. 051/58.20.95 · Fax 051/33.81.03
info@villabellombra.it - www.villabellombra.it

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



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

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di Marzo 2015
è stato consegnato in posta
il giorno 2/3/2015

SOMMARIO

ANNO XLVI - APRILE 2015 N° 4

ARTICOLI

Difesa del ruolo del medico: una difficile battaglia • 3
La segnalazione delle notizie di reato in danno a minori • 4
La responsabilità solidale • 7
Cessazione di collaborazione professionale: a chi i pazienti?• 9
Un modello di sussidiarietà • 12
FondoSanità davanti a tutti • 15
La complementarietà della medicina non convenzionale. Problematiche medico-legali • 16

NOTIZIE

Dalla pagina 22 alla 26
MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 27
MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 28

CONVEGNI CONGRESSI • 29

PICCOLI ANNUNCI • 31

La foto di copertina di questo mese:

IGEA DI GUSTAV KLIMT

La figura femminile in copertina è IGEA, dea della salute e dell'igiene. Nella tradizione greca e romana il culto della dea è associato, in quanto dedita a prevenire le malattie, a quello del padre Asclepio, divinità votata a curare le malattie e i danni fisici.
L' Igea qui rappresentata è compresa nel pannello dedicato alla Medicina, opera eseguita da Gustav Klimt nel 1900, destinata a decorare l'Aula Magna dell'Università di Vienna. Il pannello raffigurava il flusso della vita, dalla nascita alla morte. Tra i corpi raffigurati nel dipinto vi è Igea, realizzata con andamento verticale, ieratica ed iconica. L'uso di preziosismi cromatici, le linee morbide e sinuose, sono frutto di una fusione e di un assorbimento di conoscenze dei mosaici ravennati. Purtroppo il pannello della Medicina, assieme con altri due (raffiguranti Filosofia e Giustizia), andarono perduti in un incendio durante il periodo bellico nel 1945.

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

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

Difesa del ruolo del medico: una difficile battaglia

Alessandro Nobili

Nell'articolo di testa del primo numero di questa rinnovata direzione editoriale mi soffermavo a riflettere sul come sia cambiato e stia cambiando il mondo riguardo alla percezione del "valore delle cose", anche negli ambiti in cui gli aspetti commerciali apparirebbero più distanti dall'oggetto. Constatavo l'inesorabile laicizzazione della società, di fronte alla quale tante barriere ideologiche sono cadute, una dopo l'altra. Ammiccavo a come ciò, in molti campi, potesse costituire un reale ed utile progresso, ma mettevo in guardia nei confronti dei non pochi rischi che una commercializzazione incontrollata può comportare. Laddove la forma piuttosto che la sostanza, la spettacolarità piuttosto che la virtù, insomma l'estetica piuttosto che l'etica, diventino i valori principali, nel senso di percepiti come principali, del contesto sociale. Rimarcavo infine come gli Ordini professionali, per molti versi vacillanti sotto i "colpi di maglio" dei nuovi valori (con la complicità di istituzioni e legislatori), potessero trovare rinnovato slancio in un ruolo di "moderazione" del furore iconoclastico dei barbari…Un esempio può aiutarmi a rimarcare il concetto. Che ne sarebbe di gran parte dei nostri preziosissimi patrimoni artistici e paesaggistici, se non esistessero specifiche sovrintendenze deputate a controllare ed a passare al vaglio i progetti edilizi che li riguardano? Due fatti, per diversi motivi significativi, si sono verificati nelle ultime settimane. Il primo riguarda la mancata cancellazione della sospensiva della sanzione comminata dall'Antitrust alla FNOMCeO per quanto concerne il nuovo codice deontologico (peraltro non approvato dall'Ordine di Bologna) nelle parti in cui sono previsti obblighi deontologici in relazione alle caratteristiche della pubblicità sanitaria, che secondo il codice dovrebbe essere veritiera, trasparente e non ingannevole, con divieto della pubblicità comparativa. L'altro fatto, apparentemente slegato da questo, riguarda una recente sentenza del TAR Puglia (la n.216). Riporta infatti il Corriere del mezzogiorno Economia*:" la sentenza n. 216, su ricorso di alcune strutture accreditate dell'ospedalità privata pugliese aderenti a Confindustria, ha annullato gli schemi contrattuali introdotti dalla Dgr 1737/2012 a causa del mancato confronto con le organizzazioni rappresentative a livello regionale, con le quali la Regione Puglia avrebbe dovuto raggiungere un' intesa per assicurare i livelli essenziali ed uniformi di assistenza per tutti i cittadini. "L'articolo, a firma del presidente di Confindustria Puglia, prendeva atto con soddisfazione della citata sentenza, e concludeva affermando che " come Confindustria Puglia offriamo la nostra più ampia disponibilità a collaborare con l'Amministrazione regionale per individuare congiuntamente le soluzioni alla criticità registrata e per disegnare insieme un'offerta sanitaria che sappia realmente rispondere alle esigenze di tutti i cittadini…" E gli Ordini, in tutto ciò, non dovrebbero avere voce in capitolo? Non credo di essere l'unico ad avvertire lo stridore di un bel discorso, che lascia tuttavia presumere che ai tavoli valutativi e decisionali non ci sarà posto per le rappresentanze ordinistiche. Eppure i Medici e gli Odontoiari di questo Paese, visto che di sanità e salute si tratta, qualcosa di utile da rappresentare e da dire ce l'avrebbero… O dobbiamo pensare che solo politici ed industriali possano decidere come, in quanto cittadini, oggi dobbiamo essere curati e, un domani, financo come e quando dovremo morire… Lasciatemi dire che trovo molto preoccupante come la stessa istituzione dello Stato, ovvero un Tribunale Amministrativo regionale, si mostri, su materia sanitaria, così chiusa e miope nei confronti degli Ordini dei Medici (vedi mancata sospensiva della sanzione agli Ordini dei Medici), ed invece così aperta e disponibile nei confronti degli industriali… Di questa preoccupante deriva si è avuta prova, del tutto recentemente, anche in questa città. L'amministrazione dell'Aeroporto di Bologna ha pensato bene di dismettere il servizio di pronta assistenza medica che garantiva, 24 ore su 24, la presenza di un Medico per far fonte alle emergenze sanitarie (non propriamente improbabili dato l'altissimo turn-over di passeggeri: 6 milioni/anno) che si verificassero all'interno dello spazio aeroportuale. Invece di un medico "stanziale", l'Aeroporto si affiderà ad un più economico sistema di chiamata al 118. Ma la logica del profitto (in questo caso mascherata sotto forma di spending review) non dovrebbe mortificare un così cogente aspetto di salvaguardia della salute pubblica, e bene ha fatto il Presidente di questo Ordine a stigmatizzarlo in modo deciso e fermo. Ritorno in conclusione al paragone con gli enti preposti alla salvaguardia dei beni artistici e culturali. Non vi è alcuno che non comprenda immediatamente gli effetti dannosi che comporterebbe una totale deregulation al riguardo. Probabilmente perché l'esito nefasto di una colata di cemento fra i boschi dei colli sarebbe immediatamente visibile e facilmente percepibile ai più. I nefasti effetti sulla salute, purtroppo, sono meno prontamente visibili. Gli Ordini dovranno adoperarsi perché lo diventino. Non sarà facile, ma è questa la battaglia.*

La segnalazione delle notizie di reato in danno a minori

Giovanni B. Camerini

Generalità

La notizia di reato è un atto con il quale si porta a conoscenza del Pubblico Ministero l'esistenza di un fatto di reato (artt. 347 e 108 *bis* c.p.p.) e consiste in qualsiasi informazione scritta od orale fatta all'autorità giudiziaria o a un'autorità che deve darne conto alla prima, dove si ravvisano elementi di reato.

La segnalazione va inoltrata da chi abbia avuto la personale consapevolezza di trovarsi di fronte ad una situazione che può indurre il sospetto di reato e non può essere delegata ad altri. L'art. 331 c.p.p. prevede che qualora gli operatori incaricati di pubblico servizio o i pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni o del loro servizio abbiano notizia di un reato perseguibile d'ufficio, debbano inoltrare "senza ritardo" denuncia scritta al Pubblico Ministero o ad un ufficiale di Polizia Giudiziaria. L'obbligo di segnalazione vincola soggetti legati alla Pubblica Amministrazione da un rapporto di lavoro dipendente o in convenzione, quali gli insegnanti e gli operatori sociosanitari del Servizio Sanitario Nazionale (medici, psicologi, assistenti sociali, terapisti). Chi omette la segnalazione pur essendone tenuto nei termini di legge va incontro alle sanzioni penali definite dagli artt. 361-362 c.p.

L'art. 334 c.p.p., invece, fa riferimento agli esercenti una professione sanitaria privatamente, i quali hanno l'obbligo di referto, ovvero l'obbligo di riferire al PM o a un ufficiale di Polizia Giudiziaria tutti i casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio; la mancata refertazione è sanzionabile con una multa fino a cinquecento sedici euro (art. 365 c.p.).

Ogni volta quindi che una persona, obbligata per legge a presentare denuncia o referto, viene a contatto con una situazione ove si presume sussistere un reato perseguibile d'ufficio, dovrà esservi denuncia del presunto reato all'autorità giudiziaria, indipendentemente dalla volontà e dalla richiesta della vittima.

Nel caso di reati procedibili d'ufficio[1], il procedimento penale ha inizio dopo la notizia di reato senza manifestazioni di volontà dirette a determinarne l'inizio.

Gli strumenti previsti dalla legge per la segnalazione delle ipotesi di reato perseguibile d'ufficio sono rappresentati dal *referto* (art. 365 c.p. e art. 334 c.p.p.) e dalla *denuncia* (artt. 361-362 c.p. e artt. 331-332 c.p.p.). La distinzione tra referto e denuncia – che per forma e contenuto sono sostanzialmente sovrapponibili – consiste nel fatto che il primo compete al professionista sanitario che operi in veste libero professionale, mentre la seconda compete a chi operi in qualità di pubblico ufficiale[2] o di incaricato di pubblico servizio[3]. È sottinteso che, al di là di questi obblighi di legge, qualsiasi persona può fare denuncia di reato perseguibile d'ufficio (art. 333 c.p.p.).

Le modalità della segnalazione

Nella fase di segnalazione di una notizia di reato possono essere coinvolti i professionisti (pediatri, medici, neuropsichiatri infantili, psichiatri, psicologi, ginecologi, assistenti educativi di asili nido, insegnanti, psicopedagogisti, assistenti sociali) che nello svolgimento delle loro professioni dovessero incon-

[1] Per «reati procedibili d'ufficio» si intendono tutte quelle ipotesi criminose per le quali lo Stato è tenuto a perseguire il responsabile a prescindere dalla volontà dei privati titolari dei diritti che sono stati violati. Tra i reati perseguibili d'ufficio nei confronti di minore rientrano i maltrattamenti familiari (art. 572 c.p.), l'abuso di mezzi di correzione (art. 571 c.p.), i reati sessuali (Legge 66/96 e 269/98), l'evasione scolastica (art. 731 c.p.).

[2] Art. 357 c.p. Nozione di Pubblico Ufficiale: agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa.

[3] Art. 358 c.p. Nozione di persona incaricata di pubblico servizio: agli effetti della legge penale, sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio (es. insegnante, operatore dei servizi locali, personale sanitario in servizio nei presidi pubblici).

trare situazioni riferibili a condizioni di abuso fisico e/o sessuale o di grave trascuratezza.
Informare l'autorità giudiziaria significa riferire ciò che si è visto o sentito e non implica che quanto denunciato sia certo, né il denunciante potrà essere sottoposto a procedimento penale per calunnia nel caso in cui successivamente venga dimostrato che il fatto non sussiste. Nel caso di abusi e maltrattamenti il soggetto di cui si deve tutelare il diritto alla salute è il minore vittima e non il genitore, il quale, in questi casi, non può rivendicare l'osservanza del segreto professionale (art. 622 c.p.[4]).
Quando il sospetto dell'abuso sessuale o di maltrattamento derivi dalle risultanze della visita medica, la relazione (referto) dovrà riportare i dati anagrafici del minore; da chi è stata richiesta la visita medica e per quale motivo; da chi è accompagnato il minore e chi è presente alla visita; la durata della visita; l'anamnesi; l'esame obiettivo generale ed il comportamento del bambino/a durante la visita specificando sia la presenza che l'assenza di segni riferibili a lesioni recenti o pregresse (specificando se è disponibile documentazione fotografica); la descrizione dell'area genitale, anale e perianale; gli accertamenti eseguiti o richiesti; l'eventuale racconto spontaneo del minore; la data e la firma.

I rischi di *over reporting* e le buone prassi

Si raccomanda una particolare cautela nell'individuazione dei cosiddetti "indicatori comportamentali" di abuso fisico/sessuale, nessuno dei quali è provvisto di una significativa specificità. Un comportamento "sospetto", come ad esempio una sessualizzazione di possibile origine post-traumatica, non integra di per sé l'esistenza di un possibile reato e non dovrebbe costituire essa sola la materia per una segnalazione in ambito penale.
Ciononostante, sulla base di postulati propri della "psicologia ingenua" gli operatori si spingono sovente a formulare pseudodiagnosi che conducono ad una *quasi - denuncia di abuso*, cioè di un fatto ipotizzato come reato.

[4] L'art. 622 c.p. punisce la rivelazione di segreto professionale: chiunque avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio o della propria professione o arte, di un segreto lo rivela senza giusta causa ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto è punito se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino ad un anno o con una multa da 30 euro a 516 euro.

La "diagnosi dell'abuso" configura un bisticcio di concetti e di operazioni cognitive che produce una confusione capace di imbrigliare la professionalità degli operatori, attirati in una trappola logica che li induce a sperimentarsi in un ruolo inquisitorio; simmetricamente gli inquirenti possono essere tentati di ricorrere alle valutazioni dell'esperto, utilizzate come una sorta di scorciatoia (avallata dalla pseudoscienza) per ricostruire un *fatto* (e magari individuare un colpevole), mentre l'indagine psicologica – che per sua natura riguarda i vissuti e non i fatti – è assolutamente inadeguata a conseguire risultati in questo campo.
Diverso è invece il caso di un racconto d'abuso spontaneamente reso da un minore, i cui contenuti vanno comunque fedelmente riportati senza tuttavia esprimersi circa la loro fondatezza e lasciando ogni valutazione in merito all'autorità giudiziaria.
Una particolare cautela dovrebbe essere adottata nei casi in cui la notizia di reato provenga dai riferiti di un familiare e non direttamente dal minore. In tali casi (piuttosto frequenti ad esempio all'interno di vicende separative conflittuali) è preferibile che sia il familiare stesso a sporgere denuncia, onde evitare che il soggetto esercitante una pubblica funzione venga utilizzato come tramite.
Il problema si allarga quando si considerano gli interventi di protezione che in questi casi vengono spesso messi in atto, specie nei casi in cui si sospetti un abuso intrafamiliare. Il problema che si pone riguarda proprio le articolazioni tra la nozione di "sospetto" e quella di "notizia di reato". Un semplice sospetto, non sostenuto da concrete evidenze, può essere considerato sufficiente per avviare un procedimento penale e per disporre provvedimenti civili a tutela della presunta vittima.
Molti sono i rischi di un allargamento eccessivo della nozione di "sospetto", legata alla convinzione ingenua che lo stesso procedimento penale possa costituire una forma di tutela per il minore e che allargando la rete si giunga più facilmente ad intercettare situazioni di pericolo: è in gioco il modello di protezione dell'infanzia fondato sulla denuncia e sul *report*.
Spesso il giudice, di fronte a queste specialissime segnalazioni apparentemente qualificate dal ruolo tecnico rivestito dall'operatore, *per*

non sbagliare mette al sicuro il minore, cioè lo allontana da uno dei genitori o da entrambi, ovvero dall'ambiente in cui è nato e cresciuto, introducendo così una pervasiva modificazione nel suo mondo relazionale e affettivo. Con conseguenze sul piano del principio di beneficità e su quello di legalità.

Si tratta di un dilemma obbiettivamente drammatico, che può essere superato dagli operatori solo con un approccio critico e con un rigoroso rispetto dei limiti e delle finalità delle proprie responsabilità professionali. Perciò un operatore sociosanitario non si farà distrarre dalla prospettiva di scoprire un reato: egli infatti ha il dovere di denunciare la *notitia criminis* in cui si imbatte, non di cercare le tracce psichiche di un delitto. Peraltro, se il rischio di ulteriori vittimizzazioni di un minore è attuale e concreto, lo stesso principio di beneficità sosterrà l'opportunità di un allontanamento dalla famiglia del minore in pericolo, per ridurre l'incidenza dei fattori negativi comunque accertati ed i rischi prodotti da quelli negativi.

È stata condotta da Camerini, Berto et al. (2010[5]) una ricerca su 70 casi di denunce di abuso sessuale, confrontando 35 casi di denunce rivelatesi fondate (Child Sexual Abuse, "CSA") con altri 35 dimostrate invece infondate ("non-CSA") attraverso i riscontri emersi dalle valutazioni peritali sui bambini coinvolti e sui nuclei familiari.

Dalla ricerca è emerso quanto segue:

– nel campione le denunce infondate di abuso sessuale risultano maggiormente presenti nei casi di reati intra e peri-familiari piuttosto che extrafamiliari. Questo rilievo si lega all'elevata quantità di denunce scaturite da conflittualità all'interno della coppia genitoriale sviluppatasi nel corso della vicenda separativa prima della denuncia;

– lo stesso dato sostiene l'ipotesi che i processi di elaborazione dello stress da separazione possa far emergere anche vissuti interni in grado di alimentare la suggestione di abuso nei figli. In modo particolare occorre indagare sui possibili fraintendimenti dovuti alla attualizzazione di esperienze precoci connesse a vere o presunte molestie sessuali patite dalle madri, che possono creare viscosità di contenuto sessualizzato nei racconti dei bambini;

– non sono emerse differenze significative fra i due gruppi per quanto riguarda la presenza di sintomi/problemi precedenti l'inizio del procedimento penale. Non si è quindi rilevato un diretto collegamento tra aspetti psicocomportamentali specifici ed esperienze di vittimizzazione sessuale; tale rilievo risulta coerente con le indicazioni della letteratura, secondo le quali non esistono indici comportamentali ed emotivi patognomonici di abuso sessuale;

– i dati mostrano che i procedimenti penali sono in grado di incrementare i fattori di stress dovuti al rapporto con il sistema giudiziario e con i servizi sociosanitari in entrambi i gruppi; nel gruppo non-CSA aumenta significativamente la probabilità di sviluppare dei veri e propri sintomi psicopatologici.

Questi risultati confermano come l'azione giudiziaria implichi un grave carico emotivo per i minori e per le famiglie, in grado di determinare (specie nei casi di denunce infondate) difficoltà intrafamiliari e mancata fiducia nelle agenzie sociali e giudiziarie.

Dott. Giovanni Camerini
Neuropsichiatra infantile e psichiatra, docente nel Master in Psichiatria forense dell'età evolutiva presso la Sapienza Università di Roma

[5] Camerini G.B., Berto D., Rossi L., Zanoli M. (2010), *Disturbi psicopatologici vs fattori di stress in procedimenti penali relativi all'abuso sessuale*, "Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza", 77, 1, 127-137.

La responsabilità solidale

Alessandro Nobili

Sono molti gli studi medici in cui il paziente viene curato da diversi professionisti. Pensiamo ad esempio al caso di uno studio odontoiatrico in cui il titolare deleghi certe mansioni a collaboratori (endodontista, implantologo, ortodontista), oppure ai sempre più comuni "centri dentali", al cui interno si avvicendano, contestualmente od in successione, diversi professionisti. Le responsabilità che ne derivano possono essere molteplici: in caso di un danno procurato al paziente, ovvero di un inadempimento contrattuale, di chi sarà la "colpa"? Del diretto esecutore, del titolare dello studio, del direttore sanitario del centro oppure solidale? Ed in che misura le obbligazioni assunte in tali circostanze possono essere considerate indivisibili? La giurisprudenza oscilla tra diverse linee di pensiero giuridico-normativo, che protremmo sintetizzare in tre: il principio dell'affidamento, la responsabilità oggettiva (presunta) e quella derivante dal cosiddetto contratto di spedalità.

Secondo il principio dell'affidamento, responsabile è colui che ha materialmente eseguito l'intervento, disponendo egli delle conoscenze e delle capacità teoriche di eseguire correttamente la specifica prestazione "affidatagli" dal titolare-direttore sanitario (o capo-équipe che dir si voglia).

In virtù di questo principio ciascuno risponde delle conseguenze della propria condotta commissiva od omissiva nell'ambito delle proprie competenze e non risponde, invece, dell'eventuale violazione delle regole cautelari da parte di terzi. Tuttavia, ed ecco la prima limitazione, "*la possibilità di fare affidamento sull'altrui diligenza viene meno quando l'agente è gravato da un obbligo di sorveglianza o controllo nei confronti di terzi*" (Cass. Pen. 8/10/2009 n. 46741).

Il principio della "responsabilità oggettiva", invece, si rifà al dettato del codice civile che prevede *culpa in eligendo in vigilando et in custodiendo* per chi si trova in una posizione gerarchicamente e materialmente superiore in ordine alle conoscenze richieste per una determinata prestazione: potrebbe essere il caso dell'esperto titolare dello studio che fa curare un suo paziente da un giovane collaboratore.

La terza fattispecie riguarda il c.d. contratto di spedalità, in base al quale la responsabilità (contrattuale) ricade sulla struttura alla quale il paziente si è rivolto e con la quale si è di fatto concluso il contratto professionale d'opera. Questa normativa nasce in verità con esplicito riferimento agli ospedali (case di cura), ma a parere di molti è applicabile per analogia anche ad una struttura sanitaria privata, sia essa un ambulatorio, uno studio, un centro, etc., e trova il proprio fondamento giuridico nella sentenza della cassazione n. 8826/2007 "*Responsabilità contrattuale della struttura sanitaria*" in virtù della quale la struttura deve fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente "di assistenza sanitaria", che ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi cosiddetti di protezione ed accessori.

La responsabilità, inoltre, non sarà solo per il titolare-direttore sanitario, ma sussisterebbe anche responsabilità incrociata tra tutti gli operatori che sono intervenuti, in quanto "*ciascun professionista, oltre ad agire con competenza e prudenza nell'ambito specificatamente demandatogli, non può esimersi dal curare gli aspetti dell'atto medico chirurgico che riguardino il comune coinvolgimento verso l'unico fine di cura del paziente. In conseguenza, ciascun medico non può isolarsi del tutto nel suo compito, ma deve altresì considerare e valutare l'attività dei colleghi...*" (Cass. Pen. 8/10/2009 n. 46741).

Per liberarsi dalla (co)responsabilità colposa il singolo professionista dovrà dimostrare la sua estraneità ai fatti o un difetto di legittimazione passiva. Come? Dimostrando la correttezza del proprio operato, l'autonomia degli altri

intervenuti, l'impossibilità di prevenire l'altrui errore.
In realtà, quindi, i pronunciamenti dei giudici, possono risultare difformi, anche perché in pratica possono porsi casi effettivamente molto diversi. Ipotizziamone due.
Caso 1: ortodontista collaboratore di uno studio. L'ortodonzia è notoriamente una branca marcatamente specialistica in ambito dell'odontoiatria generale, che l'ortodontista svolge generalmente nella pressocché totale autonomia. In tal caso, quindi, dovrebbe prevalere il principio dell'affidamento, con totale assunzione della responsabilità da parte di questo collaboratore (legittimo affidamento da parte del titolare).
Caso 2: collaboratore endodontista o implantologo o protesista che interviene, più o meno contestualmente, ma comunque sinergicamente, ad altri odontoiatri (compreso il titolare) nell'espletamento di una prestazione "unitaria", come può essere intesa una riabilitazione endoprotesica o implantoprotesica. In tali casi, potendo essere arduo distinguere le singole responsabilità, i legislatori ed i giudici tendono a riconoscere a tutti gli intervenuti la legittimazione passiva necessaria e sufficiente per subire azione risarcitoria. Questa interpretazione mira a tutelare il più possibile il paziente, ritenuto parte debole nel rapporto contrattuale, per il quale sarebbe gravoso risalire a tutti i soggetti che possono aver avuto un ruolo nell'insuccesso. In tali circostanze una quota di responsabilità solidale spetterà sempre anche al titolare-direttore sanitario, ancorché non intervenuto personalmente, per le prerogative di organizzazione e vigilanza a cui è comunque tenuto. Starà a quest'ultimo, eventualmente, dimostrarsi esente da colpe provando di avere correttamente ottemperato ai suddetti doveri, e che quindi il danno si è prodotto a prescindere dalle proprie responsabilità.
Quanto sopra può valere sia in ambito civile (responsabilità solidale al risarcimento), che penale (concorso in reato).
Ma attenzione: le insidie della responsabilità medica concorsuale e/o solidale non finiscono qui. A termini di legge, infatti, anche il sanitario subordinato (collaboratore) può essere chiamato a rispondere in solido della responsabilità di una scelta terapeutica rivelatasi errata e da lui eseguita in quanto dettatagli dal "titolare" dello studio, avendo omesso di far valere il proprio dissenso sulla scelta terapeutica per l'appunto "sbagliata". È evidente che ai fini della determinazione del più o meno "legittimo" affidamento peserà la circostanza peculiare, ovvero ben diverso sarà considerato il caso dell'affidamento ad un collega giovane e alle prime armi piuttosto che ad un collega di provata esperienza eventualmente più o meno coetaneo del titolare-direttore affidatore. Dato che nel primo caso si potrà invocare una sorta di responsabilità oggettiva (presunta) per conto altrui, senz'altro più difficilmente configurabile nel secondo caso, ciò peserà non solo sulla individuazione di una "responsabilità solidale", ma anche sull'eventuale graduazione percentuale della stessa.

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

L'oggi e il domani

Cessazione di collaborazione professionale: a chi i pazienti?

Luigi Andrea Cosattini

Il caso

Tizio, dentista libero professionista, presta per alcuni anni attività di collaborazione a favore di un collega, Caio, operando nel suo Studio professionale, emettendo a suo carico le ricevute per le proprie prestazioni professionali e venendo per esse da lui remunerato. Tizio manifesta poi la volontà di interrompere il rapporto di collaborazione professionale e di aprire un proprio Studio dentistico nelle vicinanze dello Studio di Caio. Quest'ultimo, preoccupato dal fatto che una parte della propria clientela che era stata seguita professionalmente da Tizio decida di continuare ad essere seguita da lui, gli propone la conclusione di un accordo che prevede l'erogazione di una somma a suo favore a fronte dell'impegno di non aprire il nuovo Studio nelle vicinanze (determinando pattiziamente un ambito territoriale di riferimento) e di non prestare attività a favore di clienti già acquisiti allo studio di Caio, ancorché seguiti da Tizio nell'ambito dell'intercorso rapporto di collaborazione.

Alcune questioni

Il caso sopra prospettato fa sorgere alcune questioni interessanti che meritano una riflessione; fra di esse:

– la necessità di eventuali formalità particolari in sede di definizione dell'accordo;
– il regime fiscale dell'atto;
– il regime fiscale della somma erogata in adempimento dell'accordo come sopra prospettato;
– eventuali profili deontologici, anche in relazione alla documentazione clinica dell'attività svolta da Tizio in regime di collaborazione professionale presso lo studio di Caio.

A) Formalità per la definizione dell'accordo

Nella sostanza, l'accordo prospettato da Caio a Tizio prevede l'assunzione da parte di quest'ultimo di obbligazioni di non fare (non aprire lo Studio in un ambito territoriale determinato, che corrisponde all'area ove si trova lo Studio di Caio, e non prestare attività a favore di clienti dello Studio di Caio). In base al principio della libertà della forma nella conclusione dei contratti (secondo il quale l'accordo contrattuale può essere raggiunto in qualunque forma, anche verbalmente, a meno che la legge non richieda la forma scritta o altra forma particolare) l'accordo potrebbe essere anche solo verbale, per quanto tale forma sia comunque sconsigliabile per evidenti esigenze di documentazione del contenuto. Ma esaminando più in profondità il contenuto dell'accordo, ritengo che esso ben possa essere qualificato come patto limitativo della concorrenza a carico di Tizio (o comunque ad esso assimilato), patto che necessita di essere provato per iscritto ai sensi dell'art. 2596 c.c. Un dubbio ulteriore potrebbe sorgere in merito all'opportunità di formalizzare l'accordo in sede giudiziale ovvero di fronte alla Commissione di Conciliazione istituita presso la Direzione Provinciale del Lavoro o in sede sindacale, per evitare i rischi di impugnazione (e quindi vanificazione) dell'accordo ai sensi dell'art. 2113 c.c. Tale norma prevede che "*Le rinunzie e le transazioni, che hanno per oggetto diritti del prestatore di lavoro derivanti da disposizioni inderogabili della legge e dei contratti o accordi collettivi concernenti i rapporti di cui all'art. 409 del codice di procedura civile, non sono valide. (...). Le rinunzie e le transazioni di cui ai commi precedenti possono essere impugnate con qualsiasi atto scritto, anche stragiudiziale, del lavoratore idoneo a renderne nota la volontà. Le disposizioni del presente articolo non si applicano alla conciliazione intervenuta ai sensi degli artt. 185, 410 e 411 del codice di procedura civile* (in sede giudiziale o avanti alle Commissioni sopra menzionate, quindi, *n.d.r.*)". La disposizione è applicabile, per orientamento ormai consolidato sia in dottrina che in giurisprudenza, non solo ai rapporti di lavoro dipendente ma anche ai rapporti di collaborazione coordinata e continuativa cd. "parasubordinata", atteso il richiamo all'art. 409 c.p.c. che riguarda espressamente anch'essi. Ritengo comunque che l'art. 2113 c.c. risulti inapplicabile al caso di specie (pur essendo verosimilmente ravvisabile un rapporto di "parasubordinazione" ai sensi dell'art.

409 c.p.c.) posto che i diritti di cui si intende disporre con l'accordo prospettato da Caio non appaiono ascrivibili alla categoria dei diritti derivanti da disposizioni inderogabili della legge o della contrattazione collettiva, gli unici assoggettati alla speciale disciplina posta dall'art. 2113 c.c. Ciò premesso, nulla esclude che la questione possa essere definita in sede di Commissione di Conciliazione includendo nell'accordo non solo l'aspetto del limite alla concorrenza ma anche la definizione "tombale" di ogni questione riguardante la pregressa attività di Tizio presso lo Studio di Caio. Occorre però tenere presente il fatto che ciò precluderebbe ogni reciproca pretesa riconducibile a tale attività, fra le quali ad esempio anche una richiesta di manleva a seguito di un'azione per risarcimento danni avanzata da un cliente nei confronti di Caio in relazione ad un'attività in concreto svolta da Tizio.

B) Regime fiscale del corrispettivo erogato a fronte dell'assunzione dell'obbligazione di non fare

Due sono gli aspetti da prendere in considerazione: l'imposizione sul reddito e l'eventuale obbligo di applicazione dell'imposta sul valore aggiunto.

Per ciò che riguarda l'imposizione sul reddito, ritengo che la somma sia assoggettata all'imposta sul reddito delle persone fisiche, trattandosi comunque di compenso percepito nell'ambito dell'esercizio di arte o professione (ancorché non a fronte di una prestazione sanitaria) e quindi imponibile come reddito di lavoro autonomo ai sensi degli artt. 53 e seg. T.U.I.R.. Merita però di essere segnalata la Risoluzione Ministeriale n. 108/E del 2002 con la quale il Ministero ha qualificato in un caso analogo (ma non identico) il reddito come "reddito diverso" anziché come reddito di lavoro autonomo. La norma richiamata è l'art. 67 comma 1, lett. l (all'epoca della risoluzione, art. 81) T.U.I.R., ove si indicano come redditi diversi quelli derivanti dalla assunzione di obblighi di fare, non fare o permettere, se non sono conseguiti nell'esercizio di arti e professioni né in relazione alla qualità di lavoratore dipendente. La soluzione proposta, criticata da più parti, non sembra condivisibile, posto che presuppone il fatto che il corrispettivo percepito sia estraneo all'esercizio dell'arte o professione, mentre la stessa risoluzione afferma poi chiaramente il contrario in un paragrafo successivo per sostenere l'imponibilità ai fini IVA del medesimo corrispettivo (in proposito, v. *infra* quanto si dirà in merito a tale aspetto della questione).

Il regime impositivo comunque non cambia, posto che con entrambe le soluzioni si tratta di reddito imponibile assoggettato alla medesima aliquota; la differenza, tutt'al più, potrebbe risultare rilevante sul piano dei costi deducibili.

Segnalo, per completezza, che in entrambi i casi l'erogante è tenuto ad operare la ritenuta d'acconto in misura pari al 20% dell'importo.

In relazione alla percezione del corrispettivo è altresì dovuta a mio avviso l'emissione di fattura con applicazione dell'imposta nella misura ordinaria del 20%, posto che l'art. 3 del d.p.r. 633/1972 considera assimilate alle prestazioni di servizi, imponibili ai fini iva (se sussistono i requisiti soggettivi, in questo caso integrati dall'esercizio di arte o professione) "le prestazioni verso corrispettivo dipendenti da (...) obbligazioni di fare, di non fare, di permettere". Non opera invece l'esenzione di cui all'art. 10 n. 18 d.p.r. 633/1972, non trattandosi di "prestazione sanitaria" nei termini previsti da tale norma. In tal senso si è espressa anche, come sopra detto, la risoluzione n. 108/E del 2002.

C) Regime fiscale dell'atto

Ritengo che debba trovare applicazione nel caso di specie l'art. 5 comma 2 del T.U. Imposta di Registro, che prevede l'obbligo di registrazione solo in caso d'uso e con applicazione dell'imposta nella misura fissa di euro 168,00 per le scritture private non autenticate quando "tutte le disposizioni in esse contemplate sono soggette all'imposta sul valore aggiunto"; così è, secondo quanto illustrato nel paragrafo precedente, nel caso che ci occupa. Non è quindi necessario provvedere alla registrazione in termine fisso e comunque, in caso di registrazione (anche volontaria) l'imposta è applicata nella misura fissa di Euro 168,00 anziché nella misura proporzionale del 3% sull'importo del corrispettivo.

D) Profili deontologici

Dal punto di vista deontologico l'interruzione del rapporto di collaborazione tra Tizio e Caio deve sottostare ad alcuni inalienabili principi.

Innanzi tutto, nulla osta al fatto che Tizio possa aprire uno studio professionale in prossimità

allo studio di Caio. L'importante è che i pazienti curati da Tizio nello studio di Caio siano informati di ciò in modo corretto, e sia loro data ampia e totale libertà di scegliere dove e presso chi continuare ad essere curati. L'Articolo 27 del Codice Deontologico afferma, infatti, il diritto fondamentale del cittadino a scegliere liberamente da chi e dove farsi curare. Non solo quindi Tizio potrà ricevere nel proprio nuovo studio i pazienti che aveva curato da Caio, ma per quelli ancora in fase di trattamento (pensiamo ad esempio ad un trattamento ortodontico non completato) Tizio *deve* garantire al paziente la continuità delle cure, a meno che non ricorrano condizioni di forza maggiore o di intervenuta e ben motivata conflittualità (art. 23 e 28 C.D.).

Entrambi i colleghi pertanto dovranno adoperarsi al fine di consentire che i pazienti che si trovano in questa situazione vengano adeguatamente informati, e messi quindi nelle condizioni di operare una scelta consapevole. Scelta che sarebbe opportuno formalizzare con un consenso informato scritto, che dovrà chiarire bene i termini della risoluzione del rapporto di collaborazione e della piena facoltà del paziente di avvalersi dell'uno o dell'altro professionista, senza che ciò comporti per lui alcuna conseguenza o penalità, anche di carattere economico. Dovranno inoltre essere spiegati gli aspetti medico-legali ed in particolare, in ordine ad eventuali responsabilità future per le cure eseguite, l'interruzione del *nesso causale* potenzialmente provocata dal subentro di un nuovo diverso curante. L'ideale sarebbe che il modulo di consenso fosse scritto *a quattro mani* da entrambi i professionisti.

Naturalmente entrambi i colleghi dovranno rigorosamente attenersi ai principi di colleganza e rispetto reciproco sanciti non solo dal buon senso, ma anche dall'art. 58 del C.D (*il rapporto tra i medici deve ispirarsi ai principi del reciproco rispetto, della reciproca solidarietà e della considerazione dell'attività professionale di ognuno*).

È vietato inoltre, ai sensi degli articoli 55 e 56 del C.D., la pubblicità promozionale, ovvero sostanzialmente finalizzata all'accaparramento di clientela, e naturalmente qualsiasi forma di concorrenza sleale.

Una volta che il paziente, adeguatamente informato su tutto quanto sopra, abbia deciso di proseguire le cure con uno dei due professionisti in questione, l'altro dovrà fornire al collega tutte le informazioni e le documentazioni cliniche (cartella clinica, radiografie, etc.) in suo possesso al fine di assicurare la migliore e più efficace continuità terapeutica (articolo 61 C.D.), ovvero, nell'interesse esclusivo del paziente, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione dello stesso o dei suoi legali rappresentanti o di medici da essi indicati per iscritto (art. 25 C.D.)

Per quanto attiene ai risvolti deontologici del sopra riportato "patto di non concorrenza", non sembra a chi scrive che possano configurarsi, anche solo in potenza, aspetti confliggenti con l'etica professionale. Una volta infatti che ad entrambi i professionisti, e naturalmente ai pazienti, siano state riconosciute e concesse tutte le reciproche facoltà dianzi esaminate, non sussistono motivi per cui Tizio e Caio, come due comuni privati cittadini, non possano addivenire ad un accordo, sia esso verbale ovvero regolamentato per iscritto, contemplante una sorta di indennizzo economico a fronte della rinunzia da parte di Tizio ad un diritto certo, quale quello di insediare la propria attività professionale vicino a quella di Caio, dando di ciò precisa informazione ai pazienti. Né sembra di ostacolo l'articolo 27 del C.D., laddove sancisce che " *è vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influire sul diritto del cittadino alla libera scelta*" in quanto l'aprire un proprio studio professionale in un determinato luogo costituisce non certamente un obbligo, bensì una facoltà di Tizio. Facoltà che, in quanto tale, gli darà evidentemente libertà di avvalersene o meno. E se il cittadino-paziente, conosciuto da Tizio nello studio di Caio, desidera farsi curare ancora da Tizio, ancorché altrove? In questo caso bisognerà distinguere se si tratti di *continuità* delle cure ovvero di *nuove* cure. Nel primo caso Tizio sarà deontologicamente tenuto a finire le cure già iniziate, per non incorrere nell'infrazione dell'art. 23 C.D., mentre nel secondo caso non sussiste alcun obbligo da parte di Tizio che, eccezion fatta per le situazioni di emergenza, come sanitario privato può decidere a chi fornire e a chi non fornire le proprie prestazioni professionali.

Avv. Luigi Andrea Cosattini
Avvocato in Bologna

Un modello di sussidiarietà

L'Ambulatorio Biavati della Confraternita della Misericordia di Bologna per l'assistenza sanitaria a cittadini e stranieri e per la protezione di tutta la città: una efficace collaborazione fra Volontariato, Chiesa di Bologna ed Azienda Sanitaria della Città di Bologna ed un modello da considerare per l'assistenza sanitaria.

Dr. Claudio Campieri

È sempre più frequente nelle società avanzate, rilevare situazioni socioeconomiche più che soddisfacenti accanto a nuclei sociali estremamente bisognosi costituiti in genere dai nuovi arrivati (sia già cittadini cheirregolari-clandestini).
Sono venuto a contatto, tramite Paolo Mengoli, un raro esempio di uomo di carità, con questo gruppo di volontariato (*La Misericordia di Bologna*) che mi ha permesso di conoscere ed iniziare a capire, alla mia età non più giovanile, una realtà complessa in parte sommersa od oscura ma a volte drammatica. Questa mia nuova attività mi riporta ai primi e più difficili anni della mia professione e mi conferma, se mai ce ne fosse bisogno, che c'è sempre da imparare.
La sede è il Palazzo Gioannetti in Strada Maggiore 13 dove tutti i giorni nel tardo pomeriggio accedono persone **bisognose di diagnosi mediche, di cure farmacologiche e di assistenza.**
Lì ho ritrovato il Dr. Camillo Boari, un ottimo medico, che esprime con estrema precisione e dedizione il suo sapere medico-applicativo e, con buona ragione, può essere definito un vero Maestro di Medicina. Lì ho conosciuto anche altri colleghi di varia età ed esperienza professionale che si dedicano gratuitamente, con passione e competenza, alla cura dei bisognosi.
Il Presidente attuale della Congregazione, l'Ing. Marco Cevenini cerca, in partnership con l'Azienda Sanitaria di Bologna, di mantenere attivo ed efficace un servizio di aiuto alle persone bisognose. Ho così rivisto le strane, non comuni malattie della povertà, come mi era successo nel 1974 in un grande ospedale non Universitario (DC General Hospital di Washington, D.C.), dove avevo scelto di finire la mia preparazione iniziata nella sede universitaria, ed assai più accademica, del Georgetown University Hospital; perché i medici più esperti mi dicevano che solo là "si vede il mondo reale".

A Bologna le prime iniziative di assistenza alle persone in difficoltà erano sorte intorno agli anni Sessanta con le *Conferenze di San Vincenzo* che successivamente diedero vita al Cenacolo di San Procolo dove si cercava di dare una risposta sia alle esigenze di salute che di alloggio. Nel 1975 l'attività del Cenacolo di San Procolo si esaurì sotto questo profilo e si costituì il *Collettivo del Dormitorio Pubblico di Bologna*.
Nel 1976 la *Confraternita della Misericordia* si unì a forze provenienti dalla San Vincenzo ed attivò l'*Ambulatorio Irnerio Biavati* per un'assistenza medica sistematica generale e specialistica che vide estremamente attivo il Dr. Gian Lorenzo Massa, valente Medico di Medicina Generale, Confratello della Misericordia di Bologna, scomparso il 12 aprile 2013. Nel contempo il centro Don Giuseppe Bedetti della San Vincenzo, il Collettivo e la Confraternita gestivano circa 50 posti letto da assegnare a persone senza casa e tutt'ora sono a disposizione dei medici, fra le varie opzioni terapeutiche, il fornire un letto a chi altrimenti dormirebbe in strada, magari coperto dalle intemperie dai portici bolognesi.
Il Prof. Antonio Maria Mancini, un appassionato sostenitore di questa attività, nel suo libro "*Le malattie della povertà e dell'emarginazione*"- Atti del Convegno Regionale svoltosi il 16 maggio 1987 al Policlinico S. Orsola (Ponte Nuovo Editrice-Bologna 1988) ha contribuito molto a richiamare l'attenzione sul problema della emarginazione e sulle sue ricadute negative sulla salute. Purtroppo il suo nobile esempio dottrinale, pratico ed assistenziale non è stato raccolto, magari migliorato e perpetuato nella sede di formazione dei Medici (Facoltà di Medicina e Chirurgia) e questo va a detrimento della salute pubblica, perché chi deve curare deve prioritariamente sapere, e chi deve sapere deve aver preventivamente imparato.

La stanza di MONTANELLI

Don Marella, il manager dei poveri

Caro Montanelli,

Penso di farle cosa gradita nel ricordarle che ieri, a Bologna nella chiesa della Santa Annunziata, ha avuto inizio il Processo di beatificazione di don Marella, un suo professore di filosofia. Sulle pagine del *Giornale*, in occasione della morte — con pennellate precise, mirate e memorabili — ella dipinse la figura di don Marella: ne usciva l'umanità e la santità di un uomo che, più che essere un professore di filosofia di un glorioso liceo classico, sarebbe diventato un vero «manager dei poveri». Anch'io, seppur marginalmente, nell'immediato dopoguerra, ho potuto constatare di persona, come orfano, all'età di 10 anni, la portata dell'amore cristiano e il senso della carità di questo prete, che scelse come casa, a Bologna, i marciapiedi, i portici, i sagrati delle chiese e i «cantoni» delle strade pur di dare un aiuto a quanti bisognosi. Nessuno mi accoglieva, questo «barbone» non esitò ad aprirmi le porte.

Romano Verardi, Bologna

Caro Verardi,

Non può immaginare quale piacere faccia a me «laico e liberale» quale lei giustamente mi definisce, la beatificazione di don Marella. Se in un caso simile questo sentimento non fosse quasi blasfemo, le direi che ne provo perfino una certa soddisfazione perché della santità di don Marella mi sono accorto prima della Chiesa. Ero sui banchi del liceo quando lui salì sulla cattedra di Filosofia. Aveva, esteriormente, tutti i requisiti per farsi corbellare dalla scolaresca: una lunga barba color rame, una redingote che gli scendeva fino ai piedi, un collare bianco da clergyman avanti lettera, e uno sguardo di fanciullo, fra l'innocente e lo smarrito. Ci disse subito di non fare troppo assegnamento sulla filosofia perché la filosofia — ci spiegò — non è che la palestra della Ragione, la quale non conduce alla Verità, cui si giunge, quando vi si giunge, per altre strade. Il senso di questo discorso, che lì per lì ci lasciò perplessi, lo capimmo, o almeno io credo di averlo capito, molto più tardi. Ma una cosa invece capimmo subito: che quello non era un professore come gli altri. Aveva qualcosa di diverso. Un qualcosa di cui mi resi conto via via che svolgeva il suo corso, sempre ammonendoci che si trattava solo della ginnastica di un povero organo, il cervello, un qualcosa di cui ebbi conferma quando di lì a qualche anno lo ritrovai prete, ma prete «barbone» e mendicante per nutrire altri barboni. Allora seppi da un prelato della Curia di Bologna che prete era stato anche prima di fare il professore di filosofia, ma che la Chiesa lo aveva sospeso *a divinis* per via — credo — di certe sue tendenze «modernisteе». E siccome di lì a poco papa Giovanni m'invitò a un lungo colloquio, gli chiesi, forse un po' sfrontatamente (c'era monsignor Capovilla) come aveva potuto la Chiesa non capire ciò che avevo capito io, laico e miscredente: che quello era un santo. «Eh! — sospirò il Papa sorridendo — non ci siete che voi laici a credere e a pretendere che la Chiesa sia infallibile. Come tutte le organizzazioni terrene, anche la Chiesa qualche volta sbaglia».

UGO GUARINO

Ho raccontato questo episodio a uno del vostro Comitato (si chiama così?) per la beatificazione di don Marella che m'intervistava per telefono. Mi ha detto: «Ma allora anche lei ha contribuito?...». No, amici miei, no. Io non ho contribuito a nulla. Prima o poi la santità di don Marella era destinata al riconoscimento. Io posso solo vantarmi di averlo presentito fin sui banchi del liceo. Dove di filosofia imparai poco. Ma imparai a diffidare della Ragione e a percepire le cose, o almeno certe cose, al di fuori di essa. Credo di percepire anche questa: che se (il *se* di un laico) dall'aldilà don Marella ha visto la cerimonia che si è svolta ieri nella chiesa dell'Annunziata a Bologna, non è stato sfiorato nemmeno da un leggero fremito di compiacimento per la rivincita. Certi sentimenti gli erano assolutamente sconosciuti. ●

Vorrei segnalare che questa attività, così come si è andata strutturando, non è solo beneficenza ma costituisce anche un modello snello, essenziale di ciò che dovrebbe essere l'assistenza anche per i cittadini italiani non indigenti.

Questa modalità di assistenza (essenziale, pronta e disponibile) permette anche di proteggere la nostra cittadinanza non indigente da malattie diffusive importanti che vengono precocemente individuate e trattate e quindi perdono la loro terribile potenzialità diffusiva e patogena per tutti i cittadini, se rimangono misconosciute e non trattate.

È un modello utile per indicare quello che dovrebbe essere la caratteristica sanitaria e sociale di un Servizio Sanitario efficace e, dato non da poco, meno dispendioso ed assai più snello dal punto di vista operativo e meno burocratizzato.

Nell'ambito di questo ambulatorio si è poi gradualmente realizzata una collaborazione operativa, interdisciplinare e non settoriale, fra i vari membri dell'équipe, costituita da persone che sono dotate di un ricco curriculum professionale anche nel SSN, che è di scambio e di integrazione ed anche questo aspetto mi appare degno di nota e di divulgazione.

Ho notato subito all'entrata una gigantografia del Venerabile don Olinto Marella, Professore di filosofia nei Licei di Bologna e poi uomo di carità che raccoglieva, seppur anziano e rannicchiato

su di un panchetto all'angolo di Via Orefici, dove la sua attività è ricordata oggi da un bassorilievo, le offerte in un cappello nero per aiutare i ragazzi abbandonati.
La sua attività ha avuto un eccezionale testimone in Indro Montanelli che lo ebbe insegnante di Filosofia e che affermò in un colloquio con Papa Giovanni XXIII, che era stato condiscepolo di Padre Marella in Seminario: – Come mai Santità la Chiesa non si è accorta di quello che io, laico e miscredente, ho capito per primo: che quell'uomo era un santo? Ed il Papa sospirò – Come tutte le organizzazioni terrene, anche la Chiesa qualche volta sbaglia ("Il Corriere della Sera" del 9 settembre 1996).
E quando Papa Giovanni chiede a Don Marella: – Amico mio cos'è successo, perché tutti quegli anni in esilio? (riferendosi ad un periodo di sospensione a divini che subì il Venerabile, accusato di "modernismo") – egli rispose: – ... la strada della mia salvezza fu la carità. L'orgoglio mi avrebbe perduto. La carità mi ha salvato (da Gabriella Gaini Rebora (pseudonimo) "*Padre Marella, l'orgoglio vinto dalla carità*"- Edizioni Dehoniane Bologna, 1994".

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

FondoSanità davanti a tutti

Il comparto Espansione guida la classifica italiana dei rendimenti dei fondi pensione chiusi per il 2014. E il secondo pilastro previdenziale dedicato a medici e odontoiatri vince ogni confronto con il Tfr

Il fondo di previdenza complementare più economico è anche quello che garantisce ai propri iscritti i rendimenti più elevati. FondoSanità si è aggiudicato con il comparto Espansione il primo posto nella classifica dei fondi chiusi, rivolti cioè a specifiche categorie professionali, in un mercato che conta oltre cento proposte. E nel corso del 2014 ha anche battuto l'alternativa del Tfr con tutti i propri comparti, nonostante il Governo abbia deciso di aumentare la tassazione nel corso dell'anno. I dati, anticipati dal Corriere della Sera, premiano il fondo di previdenza rivolto a medici e odontoiatriche che nel 2013 si era già rivelato il più economico su un arco temporale a partire da 15 anni. Inoltre i giovani professionisti (fino a 35 anni d'età) non pagano spese di adesione grazie all'iniziativa Enpam che apre gratuitamente le porte del secondo pilastro alle nuove generazioni di medici e dentisti. Chi ha scelto di aderire a Espansione – il comparto rivolto proprio a chi è all'inizio o nel pieno della propria carriera, dato che si propone di sfruttare maggiormente le opportunità in Borsa – è stato premiato con un rendimento del 13 per cento al netto delle tasse. Un dato impressionante se si considera che solo il Fondo delle aziende Confapi è riuscito a superare il muro del 12 per cento, e appena nove comparti si sono attestati oltre l'11 per cento. FondoSanità si è aggiudicato con il comparto Espansione il primo posto nella classifica dei fondi chiusi. Numeri che si scontrano con il dato del Tfr, bloccato all'1,3 per cento netto dopo il già deludente 1,7 percento del 2013, mentre la media dei rendimenti della previdenza complementare è del 7 per cento. La ragione della performance scadente del trattamento di fine rapporto è l'inflazione ai minimi in Italia, visto che il meccanismo di rivalutazione parte proprio dal dato dell'Istat. Di conseguenza continua ad allargarsi la forbice dei rendimenti ottenuti nel medio termine, anche al netto delle modifiche al prelievo fiscale.

Anche con più tasse la convenienza resta

Il Governo nell'ultima legge di Stabilità ha portato la tassazione sui rendimenti dei fondi pensione dall'11,5% al 20%. Contemporaneamente la legge ha dato ai lavoratori dipendenti la possibilità di richiedere l'accredito sullo stipendio della quota mensile del Tfr. Così facendo, però, queste somme vengono tassate con l'aliquota Irpef di riferimento (dal 23% al 43%, più le addizionali locali). In ogni caso la scelta più conveniente è restare fedeli alla previdenza complementare. Infatti il proprio vitalizio avrà comunque una tassazione massima del 15% (che può scendere fino al 9% se si rimane iscritti oltre quindici anni).

I rendimenti 2014

Espansione: è il comparto più orientato alla ricerca di opportunità in borsa, con la quota di azioni che supera il 55% del totale. Risultato 2014: +13%

Progressione: la struttura di investimento è bilanciata tra azioni e obbligazioni: la percentuale in bond rende l'andamento più regolare. Risultato 2014: +4,4%

Scudo: bassi rischi e investimenti per almeno l'80% in obbligazioni caratterizzano un comparto rivolto a chi cerca l'affidabilità. Risultato 2014: +2%

Garantito: pensato per chi è vicino alla pensione e preferisce non rischiare, il comparto assicura in ogni caso almeno la restituzione del capitale versato. Risultato 2014: +1,4%

Fondosanità

Il FondoSanità è un fondo pensione complementare di tipo chiuso riservato ai professionisti del settore sanitario e ai soggetti fiscalmente a loro carico.

Per informazioni: www.fondosanita.it - Tel. 06 48294333 (Daniela Brienza) - Tel. 06 48294631 (Laura Moroni) - Fax 06 48294284 - email: segreteria@fondosanita.it

La complementarietà della medicina non convenzionale. Problematiche medico-legali

Domenico Vasapollo

In un recente numero del *Bollettino*[1] mi sono interessato dell'esercizio abusivo della professione medica in un settore della medicina, quella non convenzionale, che più di altri si presta all'abusivismo. Le numerose sentenze giudiziarie riportate, tra le tante, evidenziano in modo chiaro il fenomeno e l'"aggressione" che gli ignari pazienti subiscono con gravi conseguenze per la loro salute. Conseguenze che, a dire il vero, possono derivare pure se l'operatore sanitario, in questo caso con tanto di laurea in medicina, non si attiene, come è giusto che sia, alle indicazioni che provengono dal mondo giudiziario e dalla deontologia[2].
Le brevi riflessioni che andremo ad esporre derivano dal fatto che in molti casi di responsabilità professionale il tema centrale su cui si è basata l'accusa del medico non è stato l'avere curato il paziente con una delle tante pratiche mediche non convenzionali, quanto e soprattutto la condotta tenuta dal medico che è stata considerata non conforme ai criteri di diligenza e prudenza; in altri termini e per dirla in modo chiaro ed esplicito, se il medico si è inserito in un percorso diagnostico-terapeutico trattando il paziente con una cura non convenzionale, sostituendo le "vecchie cure", e impedendo così l'integrazione terapeutica.
Tra i tanti procedimenti giudiziari vorrei ricordare il caso emblematico del medico ayurvedico che curò un piccolo paziente affetto da una grave forma di mucoviscidosi (fibrosi cistica), che venne a morte per una broncopolmonite dopo un lungo periodo di trattamento ayurvedico[3].
La sentenza del Tribunale penale di Bologna (7 luglio 2011) – riportata a pag. 296 e seguenti del mio Volume sulle medicine non convenzionali – [4] , ha condannato il medico in quanto aveva sospeso le necessarie cure antibiotiche, somministrando solo prodotti ayurvedici per circa nove mesi, sospendendo, al contempo, l'indispensabile terapia antibiotica e ciò in particolare, anche a fronte di una riacutizzazione della malattia con rialzo febbrile e peggioramento delle condizioni ... provocando in tal modo un'accelerazione significativa della sua morte. Il Giudice bolognese (essendo in composizione monocratica) affermò pure che ciò che conta, non è il fatto che l'imputato abbia curato il piccolo paziente affetto da fibrosi cistica – malattia genetica peggiorativa con certo esito infausto – con prodotti ayurvedici (di tipo naturale), di per sé soli inadeguati alla cura di tale patologia, ed aventi al più l'effetto di fluidificare nonché di favorire l'espettorazione del muco, quanto piuttosto che, nel lungo periodo in cui il piccolo gli veniva affidato in cura in via esclusiva, egli abbia sospeso la somministrazione degli antibiotici e comunque non l'abbia indirizzato – in concomitanza

[1] *Bollettino notiziario OMCeO di Bologna*, Anno XLVI, n.3, marzo 2015, pag. 7-13.
[2] FNOMCeO, *Codice di Deontologia medica*, 18 maggio 2014. Titolo II. Doveri e Competenze del medico. Art. 15 *Sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali*. Il medico può prescrivere e adottare, sotto la sua diretta responsabilità, sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione. Il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia. Il medico garantisce sia la qualità della propria formazione scientifica nell'utilizzo dei sistemi e dei metodi non convenzionali, sia una circostanziata informazione per l'acquisizione del consenso. Il medico non deve collaborare né favorire l'esercizio di terzi non medici nelle discipline non convenzionali riconosciute quali attività esclusive e riservate alla professione medica.

[3] Cassazione Penale – Sez. IV. Sent. n. 8527 del 25.02.2015
[4] Per chi volesse leggere per intero ciò che avvenne in quel processo, si veda Vasapollo D., *Tutela della salute e Medicine non convenzionali. Profili clinico-giuridici e problematiche medico-legali*, Giuffrè, 2014.

– alla pediatra di base o ad un centro specialistico per tale patologia per i necessari controlli ed i conseguenti accertamenti strumentali. Ha soggiunto il giudicante, è comunque emerso che la medicina ayurvedica veniva applicata "in associazione" e ad "integrazione" (con funzione di integrazione e sostegno) della medicina ufficiale, avuto riguardo anche alla fibrosi cistica con la somministrazione di prodotti che aiutano la fluidificazione del muco, la sua eliminazione con le feci, la digestione ed il tono generale e quanto meno alcuni prodotti della scheda-paziente elaborata dall'imputato erano stati autorizzati dal Ministero della Salute. Lo stesso medico risulta che abbia riferito di avere mantenuto la "terapia tradizionale " e di avere usato una serie di prodotti ayurvedici "sempre con la razionale della medicina ayurvedica".

In conclusione il giudice bolognese ha ritenuto che nella condotta dell'imputato ricorrevano tutti gli estremi, soggettivi ed oggettivi, del reato di cui all'art. 589 c.p. Vi è da dire, peraltro, che nel caso di specie il medico ha rischiato molto (si veda pure l'Appendice a pag. 129 del mio volume[5]) in quanto il Pubblico Ministero aveva imputato il medico ai sensi dell'art. 575 c.p.. Per i non addetti ai lavori, ricorderò soltanto che tale articolo del codice penale si riferisce all'omicidio volontario ("*Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno*"), quindi ad una imputazione gravissima, individuabile nell'accettazione da parte dell'agente (medico) delle conseguenze della propria condotta, non solo di quelle volute, ma di tutte le altre più gravi commesse, pur di non rinunciare all'azione, sicché l'evento finale viene trasferito dalla sfera della prevedibilità a quella della volontà[6].

La recente sentenza della Cassazione sul medesimo caso (Cassazione Penale – Sez. IV; Sent. n. 8527 del 25.02.2015[7] riporta che anche in data 31/10/2013, la Corte d'appello di Bologna aveva integralmente confermato quella precedente del 7/7/2011. La Corte aggiunge che i motivi di ricorso illustrati dall'imputato – congiuntamente esaminabili in ragione dell'intima connessione delle questioni dedotte – sono infondati. Le motivazioni dettate dalla corte territoriale, in relazione alla ricostruzione del decorso causale che condusse al decesso – così come alla riconduzione di tale evento alla responsabilità dell'imputato – devono ritenersi pienamente complete ed esaurienti, scevre da vizi di natura logica o giuridica, pienamente idonee a sottrarsi alle censure argomentate dal ricorrente, nella specie per lo più inclini a prospettare un'inammissibile rilettura in fatto delle risultanze probatorie acquisite, come tali non sottoponibili al vaglio di questa corte di legittimità. Il sindacato della corte di Cassazione resta tuttavia quello di sola legittimità, sì che continua a esulare dai poteri della stessa quello di una rilettura degli elementi di fatto posti a fondamento della decisione anche laddove venga prospettata dal ricorrente una diversa e più adeguata valutazione delle risultanze processuali (v., ex multis, Cass., Sez. 2, n. 23419/2007, Rv. 236893). Tale principio, in particolare, appare coerente con il circoscritto orizzonte riservato all'indagine di legittimità sul discorso giustificativo della decisione, dovendo il sindacato demandato alla corte di Cassazione essere limitato – per espressa volontà del legislatore – a riscontrare l'esistenza di un logico apparato argomentativo sui vari punti della decisione impugnata, senza possibilità di verificare l'adeguatezza delle argomentazioni di cui il giudice di merito si è avvalso per sostanziare il suo convincimento. Esula, infatti, dai poteri della corte di Cassazione quello di una lettura degli elementi di fatto posti a fondamento della decisione, la cui valutazione è, in via esclusiva, riservata al giudice di merito, senza che possa integrare il vizio di legittimità la mera prospettazione di una diversa, e per il ricorrente più adeguata, valutazione delle risultanze processuali (v.

[5] Vasapollo D., *Uno strano caso di malasanità. Il medico e l'art. 575 c.p.: un rischio professionale?*, "Professione", 2, 46-53, 2010.

[6] Gli elementi costitutivi del reato sono rappresentati dall'intenzione di uccidere, dall'uso di mezzi idonei e dall'effetto letale con essi ottenuto. Per l'incriminazione a titolo di dolo si suole distinguere una forma diretta (intenzionale) e il dolo eventuale (forma indiretta). Nel primo caso si agisce con la precisa volontà di cagionare un determinato evento criminoso e l'agente mira proprio a prevedere tale evento. Si ha, invece, il dolo eventuale quando la volontà dell'agente non si dirige esattamente verso un evento specifico, ma egli accetta il rischio che esso ugualmente si realizzi come conseguenza accessoria della condotta.

[7] www.dirittosanitario.net con commento dell'Avv. Ennio Grassini

Cass., Sez. Un., n. 6402/1997, Rv. 207944, e altre di conferma). In altri termini, una volta accertata la coerenza logica delle argomentazioni seguite dal giudice di merito, non è consentito alla Corte di Cassazione prendere in considerazione, sub specie di vizio motivazionale, la diversa valutazione delle risultanze processuali prospettata dal ricorrente sulla base del proprio differente soggettivo punto di vista (Cass., Sez. 1, n. 6383/1997, Rv. 209787; Cass., Sez. 1, n. 1083/1998, Rv. 210019).

Tale discorso deve ritenersi comune alla valutazione di attendibilità scientifica della ricostruzione delle cause del decesso fatta propria dai giudici del merito, rilevando il collegio, in conformità al consolidato insegnamento di questa corte di legittimità, come, in tema di prova, in virtù del principio del libero convincimento, il giudice di merito può scegliere, tra le diverse tesi prospettate dal perito o dai consulenti delle parti, quella che ritiene condivisibile, purché dia motivatamente conto delle ragioni della scelta, nonché del contenuto della tesi disattesa e delle deduzioni contrarie delle parti (Cass., Sez. 4, n. 34747/2012, Rv. 253512; Cass., Sez. 4, n. 45126/2008, Rv. 241907; Cass., Sez. 4, n. 11235/1997, Rv. 209675). Ciò posto, rileva il collegio come la corte territoriale abbia ricapitolato le scansioni del decorso causale che condusse al decesso in termini di adeguata coerenza logica e linearità argomentativa, avendo proceduto a un'analitica ricostruzione esplicativa dei processi patologici esaminati sulla base di rilievi scientificamente fondati e adeguatamente corroborati attraverso un'esauriente caratterizzazione probatoria della fattispecie concreta. In particolare, la corte d'appello, muovendo dall'accertata causa naturale del decesso del paziente (individuata nell'azione lesiva di un'infezione respiratoria acuta, conseguente a una riacutizzazione polmonare necrotizzante bilaterale in un quadro di fibrosi cistica), è pervenuta alla conclusione che tale infezione fosse stata provocata dalla sottrazione del piccolo all'indispensabile copertura antibiotica cui lo stesso era stato sottoposto (unitamente alle concorrenti terapie a base di cortisonici, di enzimi pancreatici e di attività fisioterapiche) prima della relativa interruzione occasionata (se non sollecitata) dall'intervento curativo dell'odierno imputato, ch'ebbe a sostituire dette terapie tradizionali (di regola prescritte, secondo i protocolli della medicina allopatica, ai fini del controllo delle degenerazioni indotte dalla fibrosi cistica) con la somministrazione di prodotti ayurvedici rivelatisi di per sé soli chiaramente inefficaci, secondo una previsione d'indole scientifica neppure contestata dall'odierno ricorrente. La corte territoriale ha evidenziato come l'imputato fosse venuto meno all'obbligo giuridico di impedire (mediante la continuativa sottoposizione del minore all'indispensabile copertura antibiotica) l'evento letale costituito dall'innesco del processo infettivo che condusse rapidamente a morte il piccolo in tal modo assumendone l'intera responsabilità causale (secondo i termini di cui all'art. 40 c.p., comma 2).

A fondamento di tale ricostruzione, la corte ha indicato:

1) L'oggettiva mancata limitazione del ruolo rivestito dal medico a una mera partecipazione a semplici contatti sporadici con la famiglia (eventualmente sostanziata da semplici consigli o saltuari consulti), avendo piuttosto l'imputato preso in carico il piccolo paziente, instaurando con quest'ultimo un rapporto terapeutico continuativo, praticandogli terapie a lungo termine, così assumendo una vera e propria posizione di garanzia conseguente alla relazione fiduciaria venutasi a creare con il paziente e con i suoi familiari.

2) La riconducibilità all'odierno imputato della scelta di interrompere le terapie tradizionali già seguite dal piccolo come confermato dalle testimonianze rese dai genitori e dalla nonna del minore, nonché dal relativo medico di base, dei quali la corte territoriale ha adeguatamente specificato le ragioni della relativa attendibilità obiettiva, sulla base di un discorso giustificativo dotato di piena coerenza logica e linearità argomentativa.

3) La riconducibilità all'odierno imputato della responsabilità della ridetta interruzione delle terapie tradizionali, pur quando in ipotesi oggetto di una scelta autonoma dei genitori del piccolo, spettando in ogni caso al medico curante, non solo il compito di prospettare la certa inidoneità della terapia ayurvedica (di per sé sola insufficiente a garantire soluzioni terapeutiche realmente alternative a quella tra-

dizionale, come pacificamente riconosciuto anche in questa sede dall'odierno ricorrente) e dunque le reali conseguenze cui avrebbe condotto l'abbandono del percorso terapeutico tradizionale, bensì il dovere – a fronte di una scelta genitoriale orientata in termini così palesemente e gravemente rischiose per la salute del figlio minorenne – di coinvolgere nel processo decisionale i soggetti istituzionali preposti alla tutela pubblica del minore (il medico di base; il giudice tutelare; etc.) al fine di sollecitare un dialogo giuridicamente corretto e sostanzialmente più proficuo per l'individuazione del *best interest* del minore; dialogo tanto più essenziale (e giuridicamente doveroso) là dove venga prospettata l'adozione di cure che (per la prevalente destinazione a garantire un accettabile standard qualitativo di vita in un quadro di accertata inguaribilità) valgano a proporsi come forme terapeutiche meramente palliative o compassionevoli: soluzione estrema che i genitori devono ritenersi da soli non legittimati ad assumere, in assenza di un adeguato confronto con i soggetti istituzionalmente preposti al controllo e alla tutela del minore.

4) La colpevole sottrazione dell'odierno imputato all'adempimento dei propri obblighi giuridici di efficace intervento terapeutico: adempimento costantemente esigibile, pur nella fase terminale della malattia allorquando l'imputato (come confermato dalle deposizioni testimoniali richiamate in sentenza e dalla documentazione sequestrata all'imputato era stato costantemente informato, dai genitori del minore, circa le scadute condizioni di salute dello stesso e dunque della relativa allarmante situazione, già concretamente suscettibile (sulla base degli elementi informativi in possesso dell'imputato: cfr. il contenuto della scheda annotata rinvenuta in suo possesso) d'imporre immediate forme di sollecitazione e di fattivo intervento (tenuto conto della delicatissima patologia sofferta dal piccolo) nella specie mancate.

Dal complesso di tali significative premesse (supportate dagli indici probatori testimoniali e documentali coerentemente e persuasivamente elaborati dai giudici del merito), la corte ha dunque tratto, oltre ogni ragionevole dubbio, la conclusione dell'elevata probabilità logica (equiparabile al più alto livello di credibilità razionale) dell'avvenuto decesso del piccolo paziente per effetto dell'aggressione infettiva letale non adeguatamente fronteggiata con la necessaria terapia antibiotica (scientificamente sperimentata come efficace ai fini del contenimento del rischio infettivo) nella specie sospesa: decorso probatoriamente corroborato attraverso il complesso degli indici più sopra richiamati, in assenza di alcun elemento di prova contraria idoneo a fondare il ragionevole dubbio circa la possibile incidenza di un plausibile decorso causale alternativo.

A tale ultimo riguardo – così pervenendo alla confutazione dei singoli motivi di ricorso sul punto argomentati dal ricorrente –, la corte territoriale ha espressamente sottolineato come gli iniziali miglioramenti delle condizioni del minore immediatamente dopo l'instaurazione del rapporto terapeutico con l'odierno imputato, lungi dall'attribuirsi all'efficacia della terapia ayurvedica praticata, dovevano bensì ricondursi al venir meno degli effetti collaterali conseguenti alle terapie praticate (un mix di cortisonici e antibiotici assunti anche per via endovenosa e in dosi massicce), obiettivamente suscettibili di produrre un pesante impatto sull'organismo del minore già debilitato dalla malattia, a sua volta caratterizzata da un andamento ciclico con fasi di maggior benessere alternate a riacutizzazioni della patologia.

Ciò posto, tenuto conto dell'avvenuta sottrazione del paziente alla necessaria copertura antibiotica per gli ultimi lunghi mesi della sua vita e, per converso, della pregressa idoneità della terapia antibiotica a mantenere sotto controllo l'andamento della patologia (anche grazie alle periodiche verifiche e alla somministrazione dei farmaci mirati), la corte territoriale ha persuasivamente evidenziato come proprio l'omissione dei periodici controlli medici e la mancata copertura antibiotica avevano reso il piccolo indifeso rispetto alle aggressioni dell'infezione, la cui più recente repentina violenza avrebbe richiesto quella decisa risposta terapeutica (immediato ricovero in sede ospedaliera; antibiogramma; somministrazione massiccia e mirata di antibiotici per via endovenosa) che l'odierno imputato ebbe clamorosamente ad omettere. (Omissis).

Il complesso delle argomentazioni dettate nel-

la motivazione della sentenza d'appello, in relazione alla ricostruzione del nesso causale tra il decesso del paziente e la condotta colpevole dell'imputato, deve dunque ritenersi completo ed esauriente, immune da vizi d'indole logica o giuridica, come tale pienamente idoneo a sottrarsi a tutte le censure sul punto avanzate dall'odierno ricorrente.

In conclusione si può affermare, sulla base di quanto in precedenza annotato, che spetta in ogni caso al medico curante, non solo il compito di prospettare l'inidoneità della terapia alternativa di per sé sola insufficiente a garantire soluzioni terapeutiche realmente alternative a quella tradizionale, e dunque le reali conseguenze cui avrebbe condotto l'abbandono del percorso terapeutico tradizionale, bensì il dovere – a fronte di una scelta genitoriale orientata in termini così palesemente e gravemente rischiose per la salute del figlio minorenne – di coinvolgere nel processo decisionale i soggetti istituzionali preposti alla tutela pubblica del minore (il medico di base; il giudice tutelare; etc.) al fine di sollecitare un dialogo giuridicamente corretto e sostanzialmente più proficuo per l'individuazione del *best interest* del minore; dialogo tanto più essenziale (e giuridicamente doveroso) là dove venga prospettata l'adozione di cure che (per la prevalente destinazione a garantire un accettabile standard qualitativo di vita in un quadro di accertata inguaribilità) valgano a proporsi come forme terapeutiche meramente palliative o compassionevoli.

In questa prospettiva non deve stupire l'attenzione che il medico-legale deve dedicare alle problematiche della responsabilità professionale nel particolare settore di nostro interesse. Ovviamente, ancor più precisa dovrà essere l'attenzione da parte dei medici che praticano le medicine non convenzionali su tali delicate tematiche.

In sostanza, oggi si riconosce che il medico chirurgo (e l'odontoiatra) sono le uniche figure professionali in grado di valutare l'opportunità (o meno) ed il beneficio del ricorso a trattamenti non convenzionali, in quanto solo queste figure professionali sono abilitati all'atto diagnostico, momento necessario a stabilire l'utilità ed, eventualmente, le caratteristiche di ogni intervento successivo, e solo il medico è in grado di evitare il rischio che l'assistito sia sottratto a terapie accreditate, efficaci e più vantaggiose rispetto ad altre di natura più incerta, ma anche, per converso, certamente più rischiose o foriere di danno. Questa affermazione, che si sovrappone al costante orientamento giurisprudenziale e a quanto da me affermato fin dal lontano 1984[8], ci dà lo spunto per affrontare alcune limitate tematiche medico-legali, a cominciare dalla non secondaria importanza (semantica) di chiamare tali pratiche indifferentemente medicine non convenzionali, alternative, naturali, dolci, integrative e simili. Si vuole solo ricordare che ciò che tali sistemi hanno in comune è che essi rappresentano attività che si riferiscono alla salute umana e non sono attualmente riconosciuti ufficialmente. Tuttavia, fin da allora, segnalavo l'opportunità dell'integrazione (da qui anche il termine di medicine integrate), e dell'associazione di tali trattamenti con quelli allopatici. Quando infatti la patologia da aggredire è fonte di disturbi non risolvibili con la sola terapia ufficiale o quando si voglia, ad esempio, ridurre la posologia dei farmaci nei malati cronici, il trattamento usuale può validamente essere integrato con altre tecniche terapeutiche non convenzionali. Le altre questioni medico-legali su cui si è ampiamente dibattuto e discusso riguardano l'efficacia e la validità di tali trattamenti, mentre poco si dice degli inconvenienti che possono derivare dalle pratiche non convenzionali.

[8] Vasapollo D., *I problemi Medico legali nella pratica dell'agopuntura*, in Riv. It. Med.leg., VI, 6, 369, 1984. Aggiungevo, tra l'altro, che i medici abilitati all'esercizio professionale sono autorizzati ad effettuare ogni trattamento sanitario che essi ritengano fondato su conoscenze scientifiche, siano esse collegate con le attività di insegnamento universitario che quelle che non vi trovano spazio. Questa affermazione di principio trova nella sua applicazione pratica alcune limitazioni che circoscrivono il campo dell'ampia discrezionalità entro cui verrebbe ad operare il sanitario. Un primo ordine di limitazione nel settore dell'attuazione dei trattamenti sanitari è quello stesso che opera sul diritto di scelta dei trattamenti sanitari. Questi debbono infatti non solo avere dei presupposti scientifici, ma debbono altresì essere utili e necessari, non sostituibili con altri più vantaggiosi o meno pericolosi e debbono essere i più idonei od i più appropriati nelle circostanze in cui si deve intervenire. Un secondo ordine di limitazioni è quello che deriva dalle disposizioni legislative in materia di assistenza sanitaria e che hanno riferimento con il consenso al trattamento da parte dell'assistito.

Il provocatorio titolo di un mio "vecchio" lavoro, ripreso da una testata giornalistica[9], impone alcune brevi riflessioni conclusive sul risalto mediatico dei fatti di cronaca, molto spesso enfatizzati nelle testate giornalistiche. In casi come quello riportato, infatti, per due giorni consecutivi i maggiori quotidiani italiani hanno dato risalto alla notizia. Successivamente nulla si sa di tali vicende ed i casi sono di solito stati dimenticati dai mezzi di informazione. La scelta di pubblicare un articolo sulla "vetrina" del giornale, dove vengono collocate le notizie più importanti, quelle che in gergo tecnico si chiamano "sensazionali", con una titolatura attraente, dovrebbe indurre l'estensore alla massima attenzione e cautela dal momento che, così facendo, si incide fortemente sulla prima, e forse unica, impressione del lettore. È facile ingenerare false attese e speranze, oppure inutili paure e timori in un pubblico fortemente emotivo, attraverso notizie clamorose che possono risultare, per questo motivo, particolarmente pericolose per la società. E, così come avevo voluto titolare il "vecchio" studio in modo provocatorio, altrettanto potremmo dire dei mass-media: ci si può fidare dei mezzi di comunicazione per acquisire informazioni utili, attendibili e oggettive? Al contrario, nel tentativo di semplificare, di rendere leggibile e comprensibile una notizia medica, al fine di attirare l'attenzione del lettore, si sacrificano, si omettono, si deformano o si banalizzano le informazioni? Difendere l'importanza della comunicazione scritta dei mezzi di informazione di massa è come sfondare una porta aperta, dal momento che le informazioni giornalistiche rappresentano un potente canale attraverso il quale l'opinione pubblica viene sensibilizzata (e informata) sui fenomeni riguardanti la salute. Ma proprio per questo motivo gli organi di stampa, tralasciando il linguaggio tecnico e i toni sensazionali (e a volte inadeguati), le titolature e i termini molto forti della rappresentazione, dovrebbero stare molto attenti a non ingenerare inutili paure e timori attraverso notizie clamorose.

[9] Vasapollo D., Medicine non convenzionali: ci possiamo fidare ?, Professione, 4,24,2009.

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

***

Obbligo formativo ECM triennio 2014-2016

L'obbligo formativo per il triennio 2014-2016 è pari a 150 crediti ECM, ordinariamente suddivisibile in ragione di 1/3 (50 crediti) per ciascun anno. Detta soglia è tassativa per i medici dipendenti, mentre è flessibile per il liberi professionisti. Per questi ultimi, infatti, l'obbligo formativo annuale, a sua volta, può essere assolto nel rispetto della soglia minima di 25 crediti e della soglia massima di 75 crediti per anno, fermo restando il rispetto dell'obbligo complessivo triennale.
Il debito formativo triennale di 150 crediti, pertanto, può essere soddisfatto anche attraverso, ad esempio, l'acquisizione di 25 crediti il primo anno, 75 crediti il secondo e 50 il terzo, risultando escluso che in un anno si possano conseguire meno di 25 crediti o considerarsi più di 75 ai fini del computo complessivo. Rimane quindi una difformità negli obblighi annui fra i liberi professionisti ed i medici ed odontoiatri dipendenti AUSL:
dipendenti AUSL = obbligo annuo di acquisizione 50 crediti
liberi professionisti = libertà di acquisizione crediti nei 3 anni
Le suindicate soglie minime e massime di acquisibilità, sono considerate tassative a far tempo dal triennio in corso (2014-2016) e la loro inosservanza non consente l'ottenimento del certificato di soddisfacimento dell'obbligo formativo triennale.
Occorre peraltro considerare che i crediti acquisiti nel corso del triennio precedente (2011-2013) possono essere considerati ai fini di una riduzione del debito formativo relativo al triennio in corso, con conseguente variazione anche dei limiti/soglia annuali minimi e massimi secondo lo schema sotto riportato.

Crediti acquisiti nel triennio 2011-2013	*Fabbisogno triennio 2014-2016*	*Soglie annuali*
da 101 a 150	105	da 17,5 a 52,5
da 51 a 100	120	da 20 a 60
da 30 a 50	135	da 22,5 a 67,5
da 0 a 29	150	da 25 a 75

Gli iscritti possono verificare la propria posizione formativa accedendo all'area personale del sito web www.cogeaps.it.
Il mancato rispetto della normativa vigente in materia di ECM determina l'impossibilità di conseguire il pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo triennale e la relativa certificazione.

***

Taxi con defibrillatore

Tassisti soccorritori, in caso di necessità, dotati di defibrillatore automatico (il 'dae'), con la tempestività di intervento che può salvare una vita. È il progetto lanciato a Bologna dalla cooperativa di tassisti Cotabo e dall'Azienda Usl, sotto la regia del Comune: è il primo in Europa che coinvolge i taxi nel soccorso. Grazie alla donazione della Iredeem, 15 tassisti sono stati dotati di defibrillatore ed hanno ricevuto una (semplice) formazione ad utilizzarlo. La centrale 118 è coordinata con quella di Cotabo: in caso di arresto cardiaco, quando i minuti possono fare la differenza fra la vita e la morte, se un taxi con defibrillatore è in zona viene inviato ad intervenire, in attesa dell'ambulanza. "I tassisti – ha spiegato Giovanni Gordini, direttore del dipartimento emergenza dell'Asl – ovviamente non si sostituiscono al 118, ma in caso di arresto cardiaco l'intervento tempestivo è fondamentale, ogni minuto che passa, le possibilità di salvare una vita diminuiscono del 10%. In questo modo, quando arriva l'ambulanza, c'è già stato un primo intervento che può rivelarsi decisivo".

***

L'emulazione degli attori che fumano

L'emulazione è una delle principali motivazioni di chi inizia a fumare. Per questo vanno sostenute e non oltraggiate le iniziative che mirano a controllare le scene di fumo nei film. Non si tratta di censurare una forma d'arte. Il 40% degli italiani inizia a fumare tra i 15 e i 17 anni e l'età di approc-

cio alla prima sigaretta si sta pericolosamente abbassando. Serve una regolamentazione in un ambito così affascinante e coinvolgente come il cinema, in grado di creare veri e propri miti capaci di influenzare il pubblico con le loro azioni". La prof.ssa Silvia Novello, presidente di WALCE (Women Against Lung Cancer in Europe), risponde alla lettera dei registi italiani che hanno criticato la proposta del Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, di vietare il fumo nelle fiction e nei film d'autore. "Le bionde – spiega la prof.ssa Novello – rappresentano la causa principale del tumore del polmone, che nel 2014 nel nostro Paese ha fatto registrare 40.000 nuove diagnosi. La Scienza ci dice che i numeri dei fumatori di oggi si riflettono nei pazienti affetti da cancro al polmone fra 20 anni. La Scienza ci dice che il numero di donne colpite da questa malattia 15 anni fa era così basso che quel tumore veniva considerato una patologia maschile. Oggi è la seconda causa di morte oncologica anche fra le donne. La Scienza ci dice che, se riuscissimo ad eliminare il vizio del fumo dagli 11 milioni di italiani, il tumore polmonare diventerebbe una malattia rara". "È sicuramente un'utopia pensare di eliminare tutte le scene di fumo dalla cinematografia – continua la prof.ssa Novello –. Il compito della comunità scientifica è quello di educare i cittadini per metterli al riparo da fattori di rischio noti e riconosciuti come dannosi per la loro salute". "Ma davvero non pensate di avere anche voi un ruolo educativo? – chiede la prof.ssa Novello ai registi firmatari della lettera – E veramente pensate che quella scena di Sigourney Weaver che esce dalla capsula di Avatar sarebbe stata meno incisiva o avrebbe bucato meno lo schermo se non avesse chiesto la sua 'maledetta sigaretta'?"

***

Ipertensione: consigli per l'estate

Le vacanze si sa sono sempre un agognato periodo per rilassarsi dopo un faticoso anno di lavoro e per staccare la spina dalle incombenze e dalla routine quotidiane. Finalmente una parentesi per dedicarsi del tempo con calma e anche "viziarsi" un po'! Anche per chi soffre di patologie ipertensive l'estate può essere un momento per godersi il riposo e gratificare lo spirito senza grandi

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
-Psichiatria Transculturale

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

rinunce, basta sapere autoregolarsi e adottare qualche piccola attenzione affinché la pressione arteriosa sia sempre sotto controllo. Dai medici di Amicomed – il servizio di telemedicina gratuito supportato da una centrale medica per il monitoraggio della pressione arteriosa – ecco alcuni consigli e rassicurazioni a chi è iperteso per godersi le vacanze in tranquillità.
Partiamo dalla scelta del luogo di villeggiatura: c'è qualche meta controindicata per chi soffre di ipertensione? La montagna per esempio si dice non sia sempre adatta ma i cardiologi di Amicomed sfatano in parte questo mito. "La montagna di per sé non è controindicata per un iperteso se la persona fa questa scelta consapevolmente, consultandosi con il proprio medico prima della partenza e avendo chiaro cosa è meglio che eviti di fare. Tenendo presente che non c'è una relazione semplice tra quota e pressione arteriosa e molto dipende da variabili come la temperatura dell'aria (ad esempio se siamo vestiti leggeri in quota dove fa freddo è normale che la pressione salga per compensare la temperatura) in assenza di una cardiopatia o di altre condizioni specifiche una quota base tra i 1000-1500 metri è accettabile. Ricordiamo sempre però che uno sbalzo in quota rapido per chi non è abituato (anche se normoteso) può indurre uno stato di malessere generale (mal di montagna). In caso di dubbi è sempre bene rivolgersi al proprio medico curante.
Per chi soffre di ipertensione e sceglie il mare come meta vacanziera? Il consiglio più ovvio è di non passare troppo tempo sotto il sole in spiaggia, soprattutto nelle ore più calde: "in ogni situazione di temperatura estrema – spiega Nicole Cristell, cardiologo e direttore sanitario di Amicomed – il sistema cardiovascolare risponde con una variazione di pressione. Con il caldo si verifica una vasodilatazione (con conseguente riduzione della pressione) che esponendo una maggiore quantità di sangue alla superficie cutanea ha lo scopo di indurre il raffreddamento corporeo". Una lunga esposizione al sole potrebbe quindi avere effetti ipotensivi. Occorre adottare il buonsenso ed evitare esposizioni prolungate piuttosto interrompendole con una lunga passeggiata sul bagnasciuga con i piedi in acqua. Per gli ipertesi in cura farmacologica nel caso la pressione risulti molto bassa, con sintomi di ipotensione, raccomandiamo di non sospendere autonomamente l'assunzione dei farmaci, ma di consultare sempre il medico e monitorare costantemente la pressione".
Sfruttare le vacanze per fare un po' di sano movimento dopo un anno di vita sedentaria può far bene alla pressione? "Assolutamente si. Nuotare, passeggiare sul bagnasciuga, spostarsi in bicicletta o fare jogging sono tutte attività consigliate, in una combinazione che diventi gradevole per chi la svolge. Per chi non è abituato a fare sport consigliamo di cominciare il primo giorno con 10-15 minuti di attività e incrementare progressivamente la durata nei giorni successivi".
Si sa in vacanza ci si concede qualche peccato di gola di troppo a scapito di qualche chilo in più sull'ago della bilancia. La dieta per chi è iperteso però è importante, ci sono alcuni alimenti che é preferibile evitare perché possono influire sulla pressione arteriosa favorendone l'aumento. Cosa ci dice Amicomed a proposito:
- IL CAFFÈ: un soggetto iperteso, in buon controllo terapeutico, può fare un uso, purché moderato, di caffè monitorandone gli effetti con un regolare controllo della pressione. Consigliabile non superare i tre caffè al giorno.
- IL SALE: è un "nemico" della pressione ma non è necessario mangiare totalmente insipido. Basta non superare la dose di un cucchiaino di sale al giorno, pari a 5gr. Quindi attenzione a patatine fritte e fritture varie nelle quali spesso abbonda il sale!
- ALCOOL: un bicchiere di vino per accompagnare le cene estive in vacanza non è vietato per chi soffre di ipertensione. L'alcool va assunto con moderazione e nel giusto modo ma è permesso. "I polifenoli contenuti nel vino rosso ad esempio hanno effetti benefici e protettivi sulle arterie. Non bisogna però superare 1-2 bicchieri ai pasti".
- LIQUIRIZIA: se vi piace la liquirizia sappiate che questa non provoca necessariamente ipertensione se non si ha un particolare deficit enzimatico a livello renale. Prudenzialmente è sempre bene farne un uso moderato e per gli ipertesi misurare regolarmente la pressione per verificarne eventuali effetti.
- FRUTTA e VERDURA: ovviamente fanno bene a tutti anche agli ipertesi! In generale un'alimentazione con apporto bilanciato di frutta e verdura aiuta molto. Per la frutta occorre ovviamente cautela nella scelta del tipo negli ipertesi che sono anche diabetici. La frutta si sa ha un forte apporto di zuccheri. Meglio evitare, in questo caso: albicocche, anguria, uva, susine.
I cardiologi di Amicomed inoltre ricordano che se ci si concede una frittura di pesce o un altro peccato di gola non si può usare il criterio di compensare con un po' di attività fisica per smaltire gli eventuali effetti che un'alimentazione scorretta può avere sulla pressione: "Non esiste un criterio

di equivalenza – ricorda la dott.ssa Nicole Cristell – essendo in vacanza la scappatella fa bene allo spirito, bisogna comunque mantenere un po' di buon senso e non eccedere".
Qualche altro consiglio per concludere? "Misurare la pressione comunque regolarmente in orari diversi della giornata ed eventualmente discutere con il proprio medico curante se fosse necessario nelle settimane torride un aggiustamento o una variazione della terapia antipertensiva.

***

Misurare la pressione a casa riduce i rischi

C'è una folta categoria di ipertesi che soffre di ipertensione mascherata. Mentre da un controllo in ambulatorio la pressione risulta normale, a casa invece i valori salgono. Per questo, secondo uno studio pubblicato su "Plos Medicine", sarebbe meglio adottare l'automisurazione a domicilio della pressione arteriosa (BP) per ridurre i rischi.
L'analisi, condotta da Jan Staessen dell'Università di Lovanio in Belgio, è stata svolta su oltre 5mila pazienti, dei quali 522 sono morti nel corso del follow up e 414 hanno subito eventi cardiovascolari. "Rispetto ai pazienti con Bp normale a casa e fuori, in quelli con ipertensione mascherata il rischio cardiovascolare era quasi doppio", spiega Staessen. Nella maggior parte dei casi, i pazienti erano maschi, diabetici o cardiopatici, fumatori, anziani e obesi.
Lo studio sottolinea il fatto che l'automisurazione della pressione a casa, in aggiunta ai controlli ambulatoriali, riduce ulteriormente il rischio nei soggetti più esposti a eventuali eventi cardiovascolari, ma non in quelli con ipertensione grave già diagnosticata.
"Suggeriamo quindi che negli individui con ipertensione mascherata il monitoraggio della pressione sanguigna domiciliare venga incluso nella strategia di prevenzione primaria delle complicanze cardiovascolari, specie nelle zone con scarsa disponibilità di risorse sanitarie", conclude Staessen.
In un commento che accompagna la ricerca, Mark Caulfield della Bart's and The London School of Medicine and Dentistry, nel Regno Unito, afferma: "per ogni valore pressorio sotto i 160 su 100

Affittasi studio medico

Centro storico Via Irnerio 10 (fuori ZTL), vicinissimo a stazione treni e bus, affittasi studi medici confinanti complesso Antalgik - Terme San Petronio. Tre locali completamente arredati, sala d'attesa, corridoio e toilette.
Trattative riservate.

Per informazioni: **Tel. 051.248406.**

mm/Hg le misure aggiuntive fornite dal monitoraggio domiciliare della BP migliorano la stratificazione del rischio, contribuendo a un migliore inquadramento diagnostico e terapeutico, nonché a una maggiore motivazione del paziente nel modificare il proprio stile di vita".

***

Una crema cancella i tatuaggi

Non ci sarà bisogno del laser per eliminare tatuaggi non più desiderati. Un ricercatore canadese, Alec Falkenham dell'Università di Dalhousie di Halifax, ha sperimentato sui maiali una nuova crema che sembra in grado di cancellare l'inchiostro dei tatuaggi.
La fissazione dell'inchiostro dei tatuaggi avviene attraverso un meccanismo insito nel sistema immunitario. In presenza di una sostanza estranea, infatti, l'organismo innesca una risposta immunitaria attraverso le cellule macrofaghe, che giungono ad avvolgere la sostanza per eliminarla grazie al sistema linfatico. Un meccanismo facilmente verificabile quando ad esempio ci sporchiamo con la penna. Anche senza lavarci le mani, nel giro di qualche ora il segno dell'inchiostro diverrà sempre meno visibile sulla pelle.
Tuttavia, nel caso dei tatuaggi la quantità di inchiostro da assorbire è eccessiva e le cellule non riescono a trasportarlo all'esterno. L'inchiostro finisce quindi per fissarsi sotto la pelle e a quel punto è eliminabile solo con il laser.
La crema sperimentata dal ricercatore canadese però riattiva i macrofagi affinché trasportino anche grandi quantità di inchiostro verso i linfonodi, cosicché alla fine venga eliminato. La crema si basa su una sostanza chimica già approvata per altri usi, quindi la sua commercializzazione potrebbe avvenire in tempi brevi.

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

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 3 marzo 2015

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
AJUTI MARGHERITA	Via della Collina, 1 – Pianoro	051/77.5431 333/95.44.417
AMABILE ANNALISA	Via E.Levante, 57 – Bologna	328/92.24.138
BARDASI GIULIA	Via Calindri, 62 – San Lazzaro di Savena	320/72.82.860
BASTIA LUCA	Via Panigale, 53 – Bologna	051/40.15.12 347/98.71.698
BELLIA FEDERICA LIVIA MARIA	Via Zanotti, 1 – Bologna	388/90.64.384
BENNI ELISA	Via S.Savino, 43/b – Crespellano Valsamoggia	051/96.05.89 338/45.34.274
BERGOLARI FEDERICA	Via Luigi Longo, 27 – Bologna	051/47.02.11 339/66.72.299
BERTONCELLI MARCO	Via P.Mengoli, 31/2 – Bologna	051/71.67.565 339/22.98.893
BERTONCELLI SARA	Via R.Mondolfo, 9 – Bologna	051/45.26.17 340/54.22.924
BETTI MONIA	Via Bazzino, 2/b – Mordano (Bo)	0542/52.379 – 348/82.49.838
BRISIGOTTI ERIC	Via G.Massarenti, 268 – Bologna	339/79.94.994
BUGANI GIULIA	Via A.Costa, 14 – Ozzano dell'Emilia	051/79.97.89 340/666.05.53
CALAFIORE ANDREA	Via Cencetti, 10 – Bologna	333/62.46.740
CARDIGLIANO MARIA ANGELA	Via S.Donato, 43/3 – Bologna	345/30.15.769
CHESSA MARCO ADRIANO	Via Capo di Lucca, 1 – Bologna	340/58.65.670
CHIARO GIACOMO	Via Saragozza, 189/3 – Bologna	340/26.12.205
CIBIN GIORGIA	Via Monti, 21 – Rovigo	340/37.77.987
CINOCCA SERGIO	Via XXI Aprile 1945, 9 – Bologna	338/61.00.675
CUCU SILVIA	Via De Carracci, 2/5 – Bologna	051/36.56.18 380/79.39.244
DALLARI FRANCESCA LYDA	P.zza la Veneta, 5 – Bologna	338/80.97.005
DALL'O' FRANCESCA	Via di Corticella, 208 – Bologna	338/90.70.262
D'ANGELO MAURA IDA	Via Saragozza, 157 – Bologna	347/87.66.053
DEGLI ESPOSTI MATTEO	Via del Meloncello, 16/2 – Bologna	051/43.18.11 328/30.63.971 339/36.96.556
DELL'AERA DOMINICA	Via dei Bersaglieri, 5 – Bologna	051/64.86.093 333/95.37.554
DEL VECCHIO VALERIA	C.so Vittorio Veneto, 246 – Grottaminarda	0825/44.53.96 333/74.83.388
DI GIOVANNI BEZZI CHIARA	Via delle Fragole, 21 – Bologna	346/73.76.655
DI NINO GABRIELE	Via Raimondi, 10/3 – Bologna	051/63.10.454 328/21.89.859
ESPERTI VINCENZO	Via Rubizzano, 1802/C – S.Pietro in Casale	335/191.86.48
FARZAMI K. ABBAS	Via Trieste, 1 – Casalecchio di Reno	051/09.56.235 391/16.93.377
GARDINI MARGHERITA	Via Carbonara, 60 – S.Giovanni Persiceto	051/82.77.51 348/49.97.291
GHEDINI SILVIA	Via Yuri Gagarin, 28 – Sasso Marconi	051/84.50.84 333/96.88.366
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	346/94.79.582
GRAZIANO DANIELE	Via S.Pertini, 1 – Ozzano dell'Emilia	051/79.63.58 333/74.94.082
GUIDI MARIAPAOLA	Via Zanicheli, 122/A- S.Pietro in Casale	339/18.24.102
KARAKACI FABIOLA	Via F.Venezia Giulia, 8 – Bologna	328/17.79.139
LAMBERTINI MARTINA	Via Martiri di Pizzolcalvo, 89 – S.Lazzaro di Savena	051/62.52.209 348/88.13.162
LATRONICO MICHELA	S.Maria Maggiore, 10 – Bologna	339/64.39.307
LECI JOVAN	Via Mameli, 24 – Zola Predosa	342/13.02.834
LORETI ALICE	Via S.Francesco, 894 – Mordano	333/14.59.819
MAGAGNI GABRIELE	Via Taddeo Alderotti, 2 – Bologna	349/13.35.956
MANCINI ILARIA	P.zza Trento Trieste, 4 – Bologna	329/00.81.492
MARINO MARIALUISA	Via Valtiera,2 – Calderara di Reno	349/67.60.481
MARSIGLI FEDERICA	Via Allende, 4 – Bologna	051/62.40.472

		346/73.86.400
MARTELLA LAURA RAFFAELAA	Via Mazzini, 82/8 – Bologna	333/67.95.967
MASETTI MARTINA	Via Emilia Levante, 194/15 – Bologna	339/57.58.221
MITROTTA FRANCESCO	Via Fiorita, 4 – Bologna	347/06.34.261
MUNGARI ROBERTA	Via della Torretta, 18 – Bologna	051/51.89.91
		388/15.57.384
PALAMA' CHIARA	Via Libia, 60 – Bologna	339/49.82.802
PARISI ALESSANDRO	Via Turati, 2 – S.Giovanni Persiceto	347/52.63.863
POLUZZI SILVIA	Via Oblach, 4 – Bologna	051/62.33.137
		334/35.40.856
ROCCA LAURA	Via Riosto, 3 – Pianoro	051/77.76.61
		320/16.19.160
ROTUNDO MARIAGRAZIA	Via Massarenti, 208 – Bologna	393/43.23.704
SECLI' STEFANO	Via E.Curiel, 4 – Bologna	328/75.19.372
SGRO' FEDERICA	Via A.Albertazzi, 39 – Bologna	338/74.87.968
SHEHU ALBA	Via Gemito, 7 – Bologna	320/96.49.062
STEFANINI LAURA	V.le Silvani, 3/6 – Bologna	342/12.75.690
		349/42.20.898
TONVERONACHI EVA	Via Bentivogli, 11 – Bologna	393/44.17.146
TURRINI ALESSANDRA	Via Fiorita, 12 – Bologna	051/49.07.06
		340/14.84.405
VALLI VITORIO	Via S.Donato, 152 – Bologna	337/59.10.23
VAZZANA MASSIMO	Via B.Cellini, 9 – Bologna	328/14.56.703
VERACINI EZIO	Via delle Lame, 73 – Bologna	340/07.80.755
VOLPI SARA	Via P.Micca, 13/3 – Casalecchio di Reno	051/57.17.61
		349/44.36.290
ZANETTI ISABELLA	Via Porrettana, 12 – Bologna	340/29.84.424

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
ANTONACCI NICOLA	Chirurgia Generale	348/53.17.427
BAGNATO FRANCESCA	Medicina Interna indirizzo Medicina di urgenza	338/39.99.669
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16
		340/85.50.970
CASTELLUCCI ANDREA	Otorinolaringoiatria	051/24.10.77
		349/66.67.491
COSTANZO ELISABETTA	Corso di Formazione in Medicina Generale	333/71.33.638
DI CIOMMO MARIA LUISA	Corso di Formazione in Medicina Generale	347/23.03.113
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
GRASSI ILARIA	Medicina Nucleare	347/00.41.722
LACAVA ILARIA	Medicina del Lavoro	333/15.77.752
MAGAGNI GABRIELE	Corso di Formazione in Medicina Generale	349/13.35.956
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva Medico Competente	
	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/44.32.41
		339/48.19.676
MERCUSA PAOLA	Medicina Fisica e Riabilitazione	339/76.86.768
MONTANARI MARA	Nefrologia	349/16.05.656
NAZIONALE IMMACOLATA	Gastroenterologia	347/36.29.125
PALAIA VINCENZO	Corso di Formazione in Medicina Generale	340/66.86.310
PALUMBO BENEDETTA	Odontoiatra	051/30.38.96
		338/33.64.432
PAVIA STEFANIA	Chirurgia Pediatrica	338/68.62.263
PICCOLI LIDIA	Chirurgia Generale	0721/82.33.30
		347/59.17.472
ROMANO SIMONA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/33.22.65
		338/53.10.921
SGRO' FEDERICA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/30.75.75
		338/74.87.968
UBALDI GIULIA	Nefrologia	339/89.20.554
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23
VILLANI CATERINA	Corso di Formazione in Medicina Generale	338/50.44.247

CORSO DI ALLENAMENTO DELLA MEMORIA - Memory-cognitive trainering - Incontri per la prevenzione del deficit cognitivo e della memoria

Le lezioni, con relative esercitazioni pratiche, saranno tenute dal Dott. Giancarlo Savorani presso la sede della Società Medica Chirurgica (Archiginnasio - Piazza Galvani 1 - piano terreno, porticato a destra)

PROGRAMMA
SERATA INTRODUTTIVA il **17 aprile 2015** ore 17.00 - *Stato dell'arte con videoproiezione dell'efficacia e delle strategie della memoria*
SEGUIRANNO SEI SEDUTE SETTIMANALI alle ore 17.00 nei giorni 24, 30 aprile e 7, 15, 22 maggio.
La partecipazione al corso è libera e gratuita.
Adesione partecipativa della Federazione Nazionale Pensionati della Sanità (F.E.D.R.S.P.E.V.) e della Associazione Mogli Medici Italiani (A.M.M.I.).

GRUPPO DI STUDIO PER I PROBLEMI DELLA POPOLAZIONE ANZIANA DI BOLOGNA.
Coordinatore Sergio Semeraro
sergiosemeraro@medichir.bo.it
Segreteria Giancarlo Savorani
giansav13@gmail.com

Università degli Studi di Siena - Master Biennale

Dipartimento di Scienze della Vita, Via A. Moro 2, 53100 Siena

1 - Master Biennale di II Livello in: Omeopatia in Medicina Integrata
Direttore: Prof. Eugenio Bertelli
Vice Direttore: Prof. Gian Gabriele Franchi
Tutor: Dott.ssa Simonetta Bernardini

2 - Master Biennale di II Livello in: Agopuntura in Medicina Integrata
Direttore: Prof. Eugenio Bertelli
Vice Direttore: Prof. Gian Gabriele Franchi
Tutor: Dott. Roberto Pulcri

3 - Master Biennale di II Livello in: Fitoterapia Cinese e Fitoterapia Occidentale in Medicina Integrata
Direttore: Prof. Eugenio Bertelli
Vice Direttore: Prof. Gian Gabriele Franchi
Tutor: Dott. Gabriele Saudelli

Durata: da Maggio 2015 (inaugurazione) a Maggio 2017
Requisiti per l'iscrizione: Lauree specialistiche (D.M. 509/99) e Lauree magistrali (D.M. 270/2004) in: Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria, Farmacia e Farmacia Industriale, tranne Master in Agopuntura (solo Medicina e Chirurga ed Odontoiatria).
Termine per l'iscrizione: Aprile 2015. La segreteria organizzativa (Dr. Damiani: dfsa@unisi.it – tel: 0577 234065) fornirà la modulistica e le indicazioni necessarie per l'iscrizione.
Quota di iscrizione al biennio, per ognuno dei tre masters: 2.600 euro da pagare in due rate (1.400 euro al momento dell'iscrizione -1.200 euro a metà del percorso)
Didattica: lezioni frontali, workshop, stage svolti presso il Centro di Medicina Integrata dell'Ospedale di Pitigliano USL 9, GR.
CREDITI CFU ED ECM: Al Master vengono riconosciuti 120 CFU. Esonero dall'obbligo ECM per i due anni di formazione (v. Determina CNFC del 17 luglio 2013)
A seguito del recente accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, integrato dalla Nota del Ministero della Salute del 24 luglio 2014, il Master di II Livello biennale dell'Università di Siena ha i requisiti per il conferimento del Diploma valido ai fini della iscrizione a registro dell'Ordine dei Medici come medico o farmacista esperto nella disciplina specifica oggetto del Master che si completa nella parte pratica con lo stage formativo pratico presso il Centro di Medicina Integrata dell'ospedale di Pitigliano.

Giornate Medico-Scientifiche Gyne-Pro 2015 - Le Nuove Frontiere: Dalla Procreazione Assistita Eterologa alla Genetica nella Diagnosi Prenatale

Bologna, 15 Maggio 2015
Royal Hotel Carlton (Via Montebello, 8 - BO)

08:00 Registrazione dei partecipanti
08:30 Apertura dei lavori
08:45 Saluto delle Autorità

Sessione 1 – PMA ETEROLOGA: LA PREPARAZIONE
09:00 Aggiornamento sugli aspetti normativi e legali della PMA eterologa
09:25 Lo screening e la selezione dei donatori e donatrici di gameti
09:50 La stimolazione ovarica controllata nelle donatrici di ovociti
10:15 Discussione
10:30 Coffee-Break

Sessione 2 – PMA ETEROLOGA: LE TECNICHE
11:00 L'egg sharing per la PMA eterologa
11:25 Le possibili complicanze ostetriche nelle pazienti che si sottopongono ad ovodonazione
11:50 Le tecniche di congelamento di gameti ed embrioni nell'ambito della PMA eterologa

12:15 Aspetti psicologici della PMA eterologa
12:40 Discussione
13:00 Pranzo

Sessione 3 – DIAGNOSI PRENATALE: TEST NON INVASIVI E INVASIVI
14:30 I test non invasivi per la identificazione delle aneuploidie fetali: possibilità e limiti
14:55 Super villocentesi e super amniocentesi: CGH array e next generation sequencing
15:20 Screening e diagnosi prenatale delle anomalie congenite. Consigliare le coppie nel labirinto delle possibilità: il punto di vista del genetista
15:45 Discussione
16:00 Coffee-Break

Sessione 4 – DIAGNOSI PRENATALE: NUOVE APPLICAZIONI DELL'ECOGRAFIA
16:30 Screening e diagnosi prenatale delle anomalie congenite: consigliare le coppie nel labirinto delle possibilità: il punto di vista dell'ostetrico
16:55 Il test combinato: non solo anomalie cromosomiche
17:20 Ecografia morfologica a 12 settimane: perché aspettare il 5° mese?
17:45 Discussione
18:00 Compilazione questionario apprendimento ECM
18:15 Chiusura dei lavori

La partecipazione è gratuita ma limitata a 450 iscritti. Il termine ultimo per l'iscrizione è fissato al giorno 11 maggio 2015.
Dopo tale data verranno accettate solo le iscrizioni che si effettueranno in sede congressuale. Per iscriversi utilizzare il modulo allegato o scaricabile dal sito del convegno.

29° Congresso Nazionale - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (S.I.G.O.T.) - Innovazione farmacologica, organizzativa e tecnologica a sostegno della qualità della vita della persona che invecchia

Bologna 28-29-30 MAGGIO 2015

Royal Hotel Carlton

Con il patrocinio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Bologna

Presidenti del Congresso: Alberto Ferrari - Marco Masina
Comitato Locale: Maura Coveri, Clelia D'Anastasio, Maria Luisa Davoli, Francesca Pellicciotti, Mirco Vanelli Coralli

Segreteria Organizzativa
CONGRESS LINE
Via Cremona, 19 – 00161 Roma
Tel. 06/44.29.07.83 – 06/44.24.13.43
Fax 06/44.24.15.98
E-mail: congressline@congressline.net

INAIL – Settore Ricerca – Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, igiene del Lavoro e ambientale. Programma attività formativa per l'anno in corso

I corsi di aggiornamento proposti, accreditati ECM per le figure professionali di medico, biologo, chimico, fisico, tecnico della prevenzione, assistente sanitario, psicologo, sono frutto dell'attività del Settore Ricerca dell'INAIL, in risposta alle esigenze specifiche degli operatori del settore della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.

Si elencano di seguito i titoli e le date dei primi eventi formativi proposti:

Campionamento e analisi dell'amianto **(28 e 29 maggio 2015)**;
Sicurezza in Risonanza magnetica: valutazione del rischio, controlli e procedure **(25 e 26 giugno 2015)**;
Analisi dell'amianto. Microscopia ottica in contrasto di fase e in dispersione cromatica. Microscopia elettronica a scansione **(12, 13 e 14 ottobre 2015)**;
Analisi dell'amianto. Diffrattometria a Raggi X e Spettroscopia in trasformata di Fourier **(15 e 16 ottobre 2015)**;
Guida all'applicazione della norma ISO 11228-1: movimentazione manuale e trasporto dei carichi **(29 ottobre 2015)**;
Nuovi metodi per la valutazione del rischio da Movimentazione manuale dei pazienti alla luce della Norma ISO TR 122296 -Ergonomics- Manual handling of people in the healthcare sector- **(30 ottobre 2015)**;
Dalle buone pratiche alla formazione. La promozione della salute in azienda riguardo l'alimentazione, il fumo e l'attività fisica **(3 e 4 novembre 2015)**;
L'Elettromiografia di superficie in Medicina del lavoro ed Ergonomia **(13 novembre 2015)**.

L'iscrizione può essere effettuata esclusivamente on-line al seguente link :
http://webapps.inail.it/InailFormazione/.

È anche possibile contattare la Segreteria Organizzativa all'indirizzo e-mail r.dml.corsi@inail.it o telefonicamente ai numeri 06 94181463 (Dott.ssa Donatella Vasselli), oppure 06 94181575 (Sig.ra Marina Catelli)

Poliambulatorio autorizzato, non accreditato (C.D.O. via degli Ortolani 34/f Bologna) rende disponibili ambulatori a medici specialisti e ricerca medici ecografisti e ricerca ginecologhi, medici ecografisti e medici esperti in ecodoppler vascolari. Se interessati chiamare il numero. 051/547396 - www.cdosrl.it.

A Bologna, zona Mazzini-Emilia Levante, offro con contratto di comodato gratuito per i primi sei mesi, un ampio locale + l'uso comune dei servizi già utilizzati come studio odontoiatrico. Tel. 338/6712081.

Studio Medico-Odontoiatrico sito in Bologna cerca medico specialista in dermatologia per affittare a giornate e/o mezze giornate, stanza arredata in ampio e luminoso studio con sala d'attesa, bagni, possibilità di servizio receptionist per accoglienza pazienti, comodo parcheggio, non a pagamento, zona residenziale ad ampio bacino di utenza. Per informazioni cell. 335/8026546.

Vendesi, compreso muri, riscaldamento autonomo, climatizzato, studio dentistico autorizzato interamente ristrutturato nel centro di S. Lazzaro di Savena (BO) composto da: due unità operative, sala d'attesa, sala sterilizzazione, angolo ritocco protesi, due bagni con antibagno, volendo garage, cantina, posto auto titolare. Grande parcheggio pubblico gratuito per i pazienti a 20m dallo studio. Per info tel. 333/4856661.

Si affitta studio medico in pieno centro storico (via Rizzoli). Possibili varie modalità di utilizzo dello stesso. Prezzo interessante. Per informazioni tel. 051/226293.

Cercasi professionisti dermatologi, posturologi, fisiatri, massimalisti che vogliano condividere spese ambulatoriali in pieno centro a Bologna quartiere Santo Stefano in palazzo di prestigio. Tel. 051/239720

Vendo apparecchiature per studio odontoiatrico: radiologico Kodak (1500 euro), riunito Anthos (8000 euro), autoclave Domina Plus (700 euro), autoclave Clavia (2500 euro), mobili riuniti Loran (2000 euro), pezzo Surgery Mectron (2500 ero), miscelatore Pentamix (200 euro). Tel. 051/239720

Vendesi studio odontoiatrico situato a Sasso Marconi (BO), composto da due unità operative, adeguatamente attrezzato e a norma. Per informazioni cell. 347/3902821.

Si cede studio odontoiatrico casua trasferimento, la struttura è autorizzata e sita in un palazzo prestigioso, in pieno centro storico. Per informazioni tel, 333/2454254.

A Bologna centro affitto per singole giornate sala operativa attrezzata a collega odontoiatra. Tel. 051/248308.

Assistente alla poltrona referenziata, offresi esperienza decennale assistenza alla poltrona, detersione, decontaminazione, sterilizzazione, gestione amministrativa pazienti, fornitori. Valentina tel. 349/1191421.

Poliambulatorio privato C.M.M. 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.

Vendo appartamento/studio ristrutturato, a norma, di 70mq. sito in V. Pelagio Palagi al piano rialzato (con 6 gradini davanti, 4 dietro) di fronte Ospedale Malpighi verso V. Mazzini, con un posto auto e un giardinetto abbinati all'appartamento più cantina (ristrutturata) e sottotetto. Per informazioni chiamare il 368/3366994 o 336/491490.

Vendesi prestigiosa villa stile liberty disposta su tre piani sita in via Gandino, 28 - Bologna, con depandance e ampio giardino di proprietà. Da ristrutturare - trattative riservate. Per info 328.0244865..

Montecalvo (Rastignano) vendesi villa signorile semindipendente di 340 mq su due piani, volendo divisibile con giardino privato e piccolo frutteto. Ideale per famiglia allargata. Garage doppio più tre posti auto di proprietà. Anno di costruzione 1995. Per info 335/5853223.

Poliambulatorio autorizzato, non accreditato (C.D.O. via degli Ortolani 34/f Bologna) rende disponibili ambulatori a medici specialisti e ricerca medici ecografisti. Per informazioni Tel. 051/547396 - www.cdosrl.it.

Vendesi o affittasi studio dentistico a Monterenzio, autorizzato e completamente attrezzato: due unità operative, radiologico, zona sterilizzazione, banco laboratorio, sala d'attesa, doppi bagni, con antibagni. Piano terra con ampio parcheggio. Tel. 338/8889449.

Studio medico-odontoiatrico, sito in via Lame (entro porta), cerca figura medico-odontoiatrica per condivisione spese studio. Prezzo circa da euro 250,00 a 350,00 mensili. Per informazioni tel. 347-2315927

Affittasi ambulatori a Medici, Psicologi, Laureati area medica, Odontoiatri (studio attrezzato ed autorizzato), in studio medico nel centro storico di Bologna, angolo p.zza Galileo, adiacente a garage pubblico con libero accesso Sirio autorizzato. Tel.: 3355431462.

Poliambulatorio nel centro di Bologna affitta a medici specialisti ambulatori arredati per giornate intere o mezze giornate. Oltre agli studi sono presenti 4 sale di attesa e 2 bagni. Nell' affitto è incluso anche il servizio di segreteria. Per info 349/3769438.

Poliambulatorio medico Agorà (ginecologia, odontoiatria, dietologia, flebologia....) autorizzato, dentro porta Lame (via Giorgio Ercolani n° 10/C-8), con servizi di segreteria, mette a disposizione di medici specialistici ambulatori per giornate o mezze giornate. In particolare mancano queste branche: neurologia, psichiatria, psicologa, fisiatria, gastroenterologia, pediatria, cardiologia, urologia... Per informazioni Tel. 051.557366 - cell. 3486712133 - e-mail coop.agoramedica@gmail.com.

Dottoressa, diplomata corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale e corso quadriennale di Agopuntura, disponibile per sostituzioni, visite domiciliari, Progetto Diabete, anche in collaborazione continuativa presso ambulatorio di Medicina Generale. Per info tel. 347/2303113.

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.

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

CLINICADOMICILIO

ESEGUIAMO RADIOGRAFIE
A DOMICILIO
A BOLOGNA E PROVINCIA

SENZA LISTA D'ATTESA

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

Attivi tutti i giorni 8.00 – 22.00
NEI GIORNI FERIALI REFERTO ENTRO 24h

E' NECESSARIA LA PRESCRIZIONE DEL MEDICO

Per le modalità di attivazione del servizio
INFO: Lunedì – Venerdì: 9.00 – 18.00
Tel. 051.6440055 - Fax 051.3392405
info@clinicadomicilio.it – www.clinicadomicilio.it

UNI EN ISO 9001- 2008
REG. N. 8540

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

CONFINDUSTRIA

Seguici su Facebook

PROBLEMI D'UDITO?
PROVA UN PROFESSIONISTA.

Migliora l'udito e la qualità della vita dei tuoi cari.

Controlli periodici e uno stile di vita sano sono la chiave per proteggere il tuo udito. Richiedi un appuntamento senza impegno per un controllo gratuito e approfondito in uno Studio Audioprotesico Acustica Bolognese.

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

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

Fissa subito il controllo è gratuito!

051 227028

ACUSTICA BOLOGNESE
Studi Audioprotesici

GRUPPO Ti Ascolto STUDI AUDIOPROTESICI

www.gruppotiascolto.it
info@acusticabolognese.it