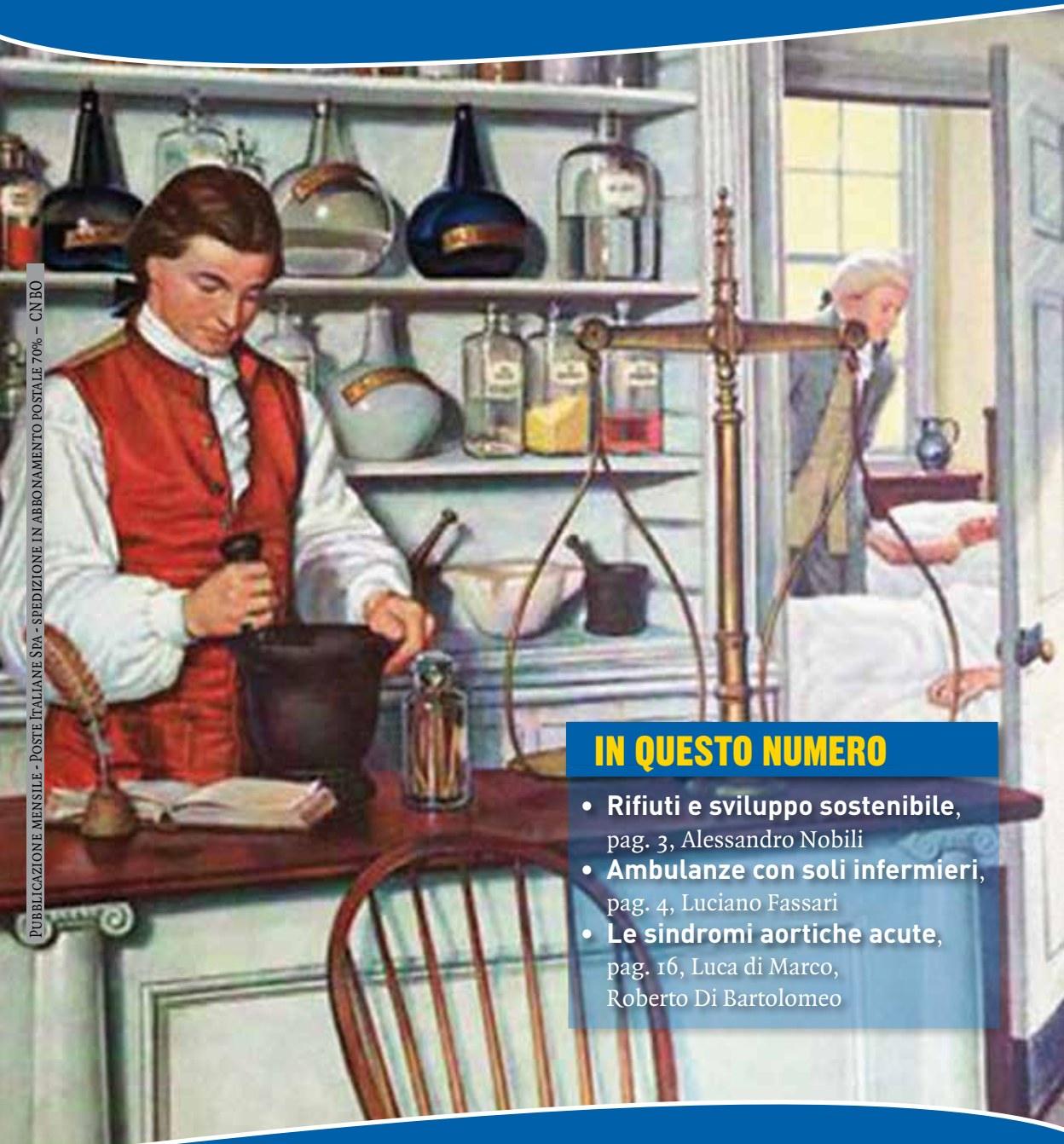
Bollettino Notiziario

anno XLVII - N° 9 settembre 2016



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

IN QUESTO NUMERO

- **Rifiuti e sviluppo sostenibile**, pag. 3, Alessandro Nobili
- **Ambulanze con soli infermieri**, pag. 4, Luciano Fassari
- **Le sindromi aortiche acute**, pag. 16, Luca di Marco, Roberto Di Bartolomeo

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna - Tel. 051.399745
ISSN 2281-4744 (*edizione a stampa*) - ISSN 2281-4825 (*edizione digitale*)

SANITÀ

UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Ospedale Privato Accreditato
Villa Bellombra

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

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

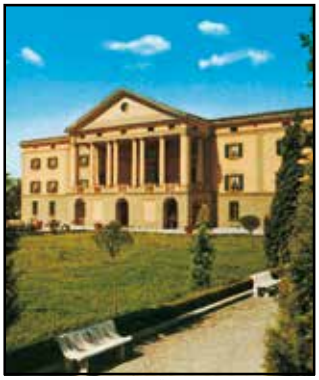
UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Ospedale Privato Accreditato
Santa Viola

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

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

SOCIALE



UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Casa Residenza per Anziani
Villa Ranuzzi

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

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

UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Casa Residenza per Anziani
Villa Serena

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

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

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Alessandro Nobili

CAPO REDATTORE
Dott. Andrea Dugato

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

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna
Contiene I.R.

Il Bollettino di Agosto 2016 è stato consegnato in posta il giorno 05/08/2016

SOMMARIO

ANNO XLVII - SETTEMBRE 2016 N° 9

ARTICOLI

Rifiuti e sviluppo sostenibile • **3**

Ambulanze con soli infermieri • **4**

Inceneritori ed Inquinamento: corretta lettura dello studio Moniter • **7**

Ulteriori difficoltà operative e vincoli amministrativi per il CTU medico-legale • **13**

Le Sindromi Aortiche Acute • **16**

NOTIZIE

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **26**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **26**

CONVEGNI E CONGRESSI • **27**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

L'immagine di copertina di questo mese:

Robert Tohm, da *History of medicine* .
Il primo ospedale in America coloniale.

Il primo ospedale in America coloniale venne fondato a Filadelfia nel 1751. L'illustrazione di Robert Tohm ci mostra dove le prime operazioni furono svolte temporaneamente nella casa privata Kinsey, che servì fino a quando il primo edificio ospedaliero non venne ultimato. Qui vediamo il medico che nella stanza attigua alla farmacia visita il paziente ed il farmacista stesso in primo piano intento a preparare la soluzione medicale che servirà alla guarigione del paziente. Dunque all'epoca era stabilita una stretta collaborazione fra scienza medica e galenica.

Illustrazione e commento a cura di Raffaella Lenzi

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

www.odmbologna.it

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. ANDREA DUGATO

Segretario
Dott. VITTORIO LODI

Tesoriere
Dott. OSCAR FINI

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

Consiglieri Odontoiatri
Dott. LUCA ORTENSI
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

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

Collegio dei Revisori dei Conti

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

Rifiuti e sviluppo sostenibile

Alessandro Nobili

"Nulla si crea e nulla si distrugge, tutto si trasforma". Così sentenziava già nel diciottesimo secolo il chimico francese Antoine Lavoisier. Alcuni recenti comunicati stampa concernenti il problema dello smaltimento rifiuti, riportati all'interno di questo numero del Bollettino assieme ad alcune lettere di precisazione, richiamano l'attenzione su questo saliente aspetto della nostra vita (e della nostra salute). Da diverso tempo si ragiona sulle possibili alternative alle "discariche". Da una parte si fa riferimento, in particolare, ai cosiddetti termovalorizzatori, che in molti altri paesi occidentali esistono e funzionano da parecchi lustri (il primo termovalorizzatore fu realizzato a Manchester U.K. nel 1873). Dall'altra parte ci si ingegna ad individuare e tentare di realizzare i più disparati generi di "raccolte differenziate", imponendo ai cittadini attività e schemi differenziali di raccolta, non di rado francamente cervellotici, che prevedono giorni ed a volte orari esclusivi di deposito e raccolta. Salvo poi giustificarsi, se il sistema non risulta efficiente, dell'eccessiva contaminazione *di molte raccolte con materiali non attinenti, pratica che parrebbe essere un vero sport nazionale degli italiani (alla faccia del calcio). E salvo accorgersi (tardivamente) che, come affermato recentemente da SITI (Società italiana di igiene):* "La teoria dei rifiuti zero è illusionistica, oltre che un falso mito, non solo perché di fatto inattuabile, ma per la dimostrazione che le raccolte differenziate, oltre una certa soglia (circa 60%) rischiano di non essere efficaci. In tanti predicano la raccolta differenziata, ma in pochi dicono che non si sa cosa fare di buona parte del compost prodotto". *San Francisco è la capitale mondiale del riciclaggio dei rifiuti, con una percentuale superiore al 70%. Un record che non deriva da un senso civico innato, bensì da una triade formata da educazione, organizzazione ed efficenza. Nella città californiana sono stati dislocati 600mila piccoli cassonetti, di tre colori diversi: blu per plastica, metalli e carta, verde per l'organico e nero per tutto il resto. Si trovano sotto ogni palazzo, o quasi, secondo la filosofia del "tanti e piccoli". Niente assurdi orari categorici di deposito e raccolta, e tutto il riciclabile va nello stesso sacco, in quanto l'amministrazione è consapevole che* "se un sistema è troppo complicato, non funziona". *Sui cassonetti poche e difficilmente equivocabili immagini, che riconducono al tipo di rifiuto, oltre a scritte in quattordici lingue, consentono anche ai più distratti, autoctoni o immigrati stranieri che siano, di ridurre al minimo il margine potenziale di errore. I camion della raccolta passano ogni mattina, e gli addetti segnalano agli amministratori i condomini inadempienti... Parallelamente si è deciso di investire una somma del bilancio per reclutare personaggi popolari, come testimonial del principio che "riciclare non è solo bello, ma anche utile e salutare". I rifiuti riciclabili vengono ordinati e stoccati in loco, tramite un impianto apposito che è costato un cifra non indifferente, ma di cui la metà viene pressocché immediatamente recuperata rivendendo i materiali a chi definitivamente li ricicla.*

Il che significa che a maggior riciclo corrisponde maggior guadagno per le casse municipali, con immediato ritorno, tramite una proporzionale riduzione del tributo annuale, nelle tasche dei cittadini, che sono così ulteriormente indotti ad un comportamento virtuoso. Non esattamente come succedeva nella tristemente nota vicenda di Napoli, dove il contratto con la ditta privata concessionaria garantiva introiti proporzionali al numero di ecoballe prodotte. Ovvero: più differenziata, meno guadagno... Con buona pace del concetto di sviluppo sostenibile, che dalle nostre parti rischia di rimanere nulla di più che uno slogan.

Ambulanze con soli infermieri

Ordini dei Medici dell'Emilia-Romagna compatti contro linee guida: "Non rispettano leggi nazionali. No a diagnosi e cura a infermieri"

No ad atti medici affidati agli infermieri, no a stesso nome per i mezzi di soccorso con medico e infermiere e quelli con solo infermieri. I medici scendono in campo e scrivono a Fnomceo, Regione, Ministero e Parlamento. "Non si può supplire a carenza di medici attribuendo al personale infermieristico compiti di diagnosi, prescrizione e somministrazione di terapie". Ma sulle sanzioni ai medici non sono tutti d'accordo. Pagani: "Chiediamo chiarezza alle Istituzioni".

26 LUG - Le Linee guida e gli allegati Algoritmi infermieristici avanzati in emergenza-urgenza territoriale, predisposti per uniformare la attività degli infermieri sui mezzi di soccorso attraverso la armonizzazione delle Istruzioni Operative precedentemente adottate dalle diverse Unità Operative ET-118 della Regione Emilia-Romagna, continuano a non convincere gli Ordini dei Medici della Regione che scrivono al Ministro Lorenzin, al presidente Fnomceo, Chersevani, a tutti gli ordini provinciali, ai presidenti delle commissioni sanitarie di Camera e Senato e alla Regione Emilia Romagna per evidenziare "il permanere di alcune criticità" nonostante le modifiche apportate (eliminate ad esempio la somministrazione autonoma da parte dell'infermiere di farmaci anestesiologici a prescrizione medica limitativa – Fentanest – e la sedazione e intubazione oro-tracheale).

Il caso, lo ricordiamo, fu portato alla luce dall'Ordine dei Medici di Bologna che aveva sospeso quattro medici rei di aver redatto procedure e istruzioni operative per regolamentare l'intervento di infermieri sulle ambulanze del 118 attribuendo al personale infermieristico compiti di diagnosi, prescrizione e somministrazione di terapie soggette a controllo del medico, dunque per avere incaricato gli infermieri di svolgere atti che la legge attribuisce solo ed esclusivamente ai medici.

Ma oggi gli Ordini emiliano-romagnoli si compattano e in un documento evidenziano tutte le "perplessità e i timori inerenti una organizzazione della assistenza sanitaria che preveda l'attuazione di percorsi di diagnosi e cura assegnati attraverso validazione di 'taluni protocolli' che siano affidati non più soltanto a medici ma a personale infermieristico, di fatto allargando le competenze in campo sanitario a quelle figure professionali impiegate in ambito sanitario ma non in possesso della laurea in medicina".

Nello specifico gli Ordini dei Medici dell'Emilia-Romagna evidenziano 5 punti critici da correggere:

Il primo punto da chiarire è "la denominazione dei mezzi di soccorso con medico e infermiere e dei mezzi di soccorso con solo infermiere: non possono avere la stessa denominazione perché non possono essere equiparati come professionalità; la diversa denominazione deve caratterizzare diverse competenze e di conseguenza prevedere diversi criteri di invio sul territorio".

Il secondo punto che deve essere chiarito "riguarda la effettiva possibilità di contatto tra l'infermiere che sta assistendo un paziente critico ed il medico (la delibera recita: assicurazione che l'applicazione dei protocolli/algoritmi infermieristici avanzati debba essere sempre accompagnata dall'allertamento dei medici di riferimento dei mezzi medicalizzati). In realtà il sistema non garantisce che questo contatto possa sempre avvenire poiché ciascuna delle 3 Centrali Operative 118 della Regione Emilia-Romagna ha un solo Medico Responsabile e l'unica alternativa è rappresentata da un medico di turno su un mezzo di soccorso avanzato, che potrebbe però essere impegnato su un altro evento critico e quindi non potere concentrarsi sul quesito proveniente dall'infermiere".

Il terzo punto da chiarire riguarda "la discrezionalità delle decisioni presente negli Algo-

ritmi infermieristici, che definiscono le azioni che possono essere messe in atto dall'infermiere, come prevede il DPR 27/03/1992, in modo anticipatorio e non sostitutivo rispetto all'azione del medico.
La sequenza di azioni prevista dagli Algoritmi si basa su individuazione di segni e sintomi ben precisi e non dovrebbe lasciare spazio decisionale autonomo all'infermiere, ma la discrezionalità è invece innegabile ed ineludibile in molteplici attività sanitarie e lo è certamente quando si debba valutare in loco se un paziente è compromesso oppure no, o si debba valutare dalla Centrale Operativa se procedere alla modalità di medicalizzazione precoce ovvero all'attesa sul posto *rendezvous* col trasporto in pronto soccorso.
E questo si riscontra nell'Assessment sia del paziente non traumatizzato che di quello traumatizzato, ed anche nella Overdose da oppiacei".
Il quarto punto critico è "rappresentato dal fatto che in tutti gli Algoritmi compare la dicitura 'ingresso da algoritmo di base...', e questo induce a pensare che davanti ad un paziente da subito compromesso l'infermiere debba avvisare subito il medico di riferimento e quindi proceda con l'algoritmo. È fondamentale che questo punto venga chiarito univocamente, poiché non possono esservi dubbi sul fatto che dinanzi ad ogni malato critico o potenzialmente critico deve essere attivato fisicamente in loco l'intervento medico.
Andrebbe perciò prevista la contemporanea attivazione di medico ed infermiere in ogni tipo di codice rosso, sia esso base che avanzato, dal momento che la codifica delle chiamate di emergenza non prevede che i codici rossi siano sotto classificati, e che questa prassi è un'autonoma iniziativa dei responsabili delle Centrali Operative, risultando in una de-medicalizzazione del sistema di Emergenza Territoriale".
Il quinto punto critico consiste "nella delega di atti medici ad infermieri. Pur nell'auspicabile obiettivo di privilegiare nella attività di Emergenza Territoriale la tempestività e la capillarità degli interventi, si ritiene che l'anamnesi ed il rilievo di segni e sintomi clinici, così come previsti da alcuni degli Algoritmi infermieristici avanzati, si configurano in una vera e propria visita clinica, cioè di un atto medico. Nella fattispecie, le valutazioni di diagnostica differenziale presenti nel documento, pur guidate da un percorso a passaggi successivi, ognuno dei quali verificato e validato con un medico di riferimento per via telefonica, rischiano di comportare la formulazione di una diagnosi attraverso la valutazione di dati clinici e sintomi non raccolti personalmente da chi, per legge, è il solo autorizzato a 'porre diagnosi' e di conseguenza responsabile sotto il profilo civile e penale. Resta quindi aperto il problema della possibile emissione da parte di un medico di una diagnosi in assenza del paziente, atto non conforme ad una 'buona pratica medica' al di fuori di situazioni emergenziali".
A spiegarci nel merito la posizione dei medici è il presidente della Federazione degli Ordini dei Medici dell'Emilia-Romagna e presidente dell'Omceo di Piacenza, Antonio Pagani.
"Il nostro intento – spiega – è quello di portare all'attenzione della Regione e delle Istituzioni nazionali, con una posizione che accomuna tutti i nostri ordini provinciali, le criticità che riscontriamo sulle Linee guida della Regione sull'Emergenza Urgenza Territoriale".
Pagani chiarisce che l'obiettivo "non è fare muro contro muro, ma mettere in luce come il susseguirsi di norme diverse (nazionali, regionali, codice deontologico) crea confusione e incertezze".
Ma soprattutto Pagani ribadisce come "il problema è che in questi anni di crisi anche in Emilia-Romagna ci siamo ritrovati in una situazione di criticità dove ci sono mezzi di soccorso insufficienti e inadeguati che hanno portato in taluni casi, ripetiamo di emergenza, a far fare agli infermieri taluni atti medici. Ecco, ora si sta cercano in Emilia di trasformare questa situazione di emergenza in una prassi comune. E a questo noi diciamo no".
"Abbiamo apprezzato – prosegue Pagani – il tentativo della Regione di uniformare le regole ma rimarchiamo come non si deve però legittimare la predisposizione di procedure operative che autorizzino l'infermiere ad eseguire manovre salvavita in un contesto che non rispetta i parametri previsti dalle vigenti leggi (Regolamento standard ospedalieri) per l'organizzazione della rete di Emergenza Territoriale".

Pagani poi precisa che "non c'è nessuna volontà di aizzare una guerra con gli infermieri. La collaborazione e la integrazione fra medici ed infermieri è una risorsa per i professionisti e per gli assistiti e la loro attività deve essere complementare e correlata alla diversa formazione, competenza e responsabilità professionale".
Ma se sull'analisi delle criticità e sulle proposte di modifica delle Linee guida c'è unanimità tra gli ordini dell'Emilia-Romagna così non è per quanto riguarda le sanzioni disciplinari per i medici (vedi Bologna).
"Non c'è armonia sul tema ed è anche per questo che chiediamo alle Istituzioni che venga fatta chiarezza. In ogni caso voglio ricordare che la situazione in cui si è trovata Bologna, dove sono stati aperti procedimenti disciplinari, non può essere ignorata. E il problema, al di là di come la si possa pensare, riguarda comunque tutti gli Ordini essendoci delle norme del Codice deontologico da rispettare. Il nostro auspicio è che se ne prenda atto. A titolo personale come presidente dell'Omceo di Piacenza posso dire che stiamo lavorando con l'Azienda provinciale, e alcune modifiche richieste sono già state messe in atto, anche se non escludiamo che possa essere inevitabile l'apertura di un qualche procedimento disciplinare".

Luciano Fassari
su gentile concessione di "Quotidiano Sanità"

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

Inceneritori ed Inquinamento: corretta lettura dello studio Moniter

Riportiamo di seguito due comunicati stampa recentemente pubblicati, nonché le lettere di precisazione inviate dal già presidente del comitato scientifico Moniter, **Prof. Benedetto Terracini** *(Università di Torino, ora in pensione)*

***

CS n°26/2016: Rifiuti - Dalla scienza la soluzione concreta per gestire rischio sanitario e degrado urbano, imprescindibile per il futuro l'educazione allo smaltimento corretto
Roma, 13 agosto 2016

L'Istituto Superiore di Sanità condivide la posizione espressa dalla Società Italiana di Igiene (SITI) nell'auspicare che la soluzione del problema della gestione integrata dei rifiuti venga affrontata sulla base di evidenze scientifiche condivise.
L'indicazione del termovalorizzatore come uno strumento adeguato a contrastare questa vera e propria emergenza nasce, infatti, dai dati prodotti dallo studio Moniter, al quale l'Istituto stesso ha partecipato e che ha documentato l'assenza di rischio sanitario per i cittadini che vivono nelle zone limitrofe.
Un dato condiviso e convalidato anche dalla comunità internazionale, europea ed extraeuropea, attraverso studi che dimostrano, inoltre, che i termovalorizzatori di nuova generazione producono emissioni la cui qualità dell'aria in uscita è sostanzialmente migliore a quella in entrata. Sulla base di queste evidenze è perciò possibile individuare nel termovalorizzatore, dal punto di vista scientifico, la soluzione attualmente più concreta per gestire non solo il degrado a cui stanno andando incontro numerose metropoli e realtà urbane ma anche per ridurre concretamente i rischi sanitari prodotti dai rifiuti.
Accanto a questa soluzione, inderogabilmente di pari passo, dovrà rafforzarsi l'impegno di tutte le istituzioni, nella sanità, nell'ambiente, fino all'istruzione, a educare la popolazione a un corretto smaltimento dei rifiuti e a un consumo responsabile.
Un impegno, quest'ultimo, imprescindibile perché, soprattutto nelle nuove generazioni, contemporaneamente all'evolversi di nuove e sempre più raffinate soluzioni tecnologiche, possa crescere anche la consapevolezza individuale del ruolo importante che ha ogni singolo cittadino nel custodire l'ambiente e nel preservare la qualità della vita dell'intera comunità.

***

Rifiuti - Igienisti: le discariche inquinano più degli inceneritori
13 agosto 2016

Le discariche "inquinano l'ambiente più degli inceneritori" e questi ultimi "non provocano rischi sanitari acuti e cronici per chi vive in prossimità degli impianti". Lo sottolinea la Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (Siti) che torna sull'emergenza rifiuti della Capitale. Secondo la Siti occorre "intervenire sulla questione per evitare che i falsi miti prevalgano sulle vere realtà scientifiche" e, ribadiscono gli esperti, occorre "fare un appello di responsabilità alle istituzioni nazionali e locali affinché programmazioni razionali di lungo termine evitino situazioni come quelle di questi giorni che purtroppo sono ricorrenti".
Sono sette le verità scientifiche sulla gestione dei rifiuti che la società scientifica vuole ricordare:
1) Le discariche inquinano l'ambiente più degli inceneritori, con bilanci energetici molto negativi.
2) La gestione del complesso ciclo dei rifiuti solidi urbani prevede azioni integrate con raccolta differenziata, contenimento nella produzione dei rifiuti e attività educative. Ma – avverte la Siti – non si può prescindere dalla disponibilità di termovalorizzatori di ultima generazione che possono portare a un bilancio energetico complessivo positivo,

con produzione di energia e sistemi di teleriscaldamento come accade virtuosamente da anni in città come Brescia, Lecco e Bolzano.
3) Lo studio epidemiologico Moniter – ricordano gli esperti – condotto dalla Regione Emilia-Romagna con l'apporto di scienziati internazionali, è una delle più sofisticate ricerche al mondo sul rischio connesso alle emissioni di inceneritori. Questo lavoro evidenzia chiaramente l'assenza di rilevanti rischi sanitari acuti e cronici per chi vive in prossimità degli impianti.
4) Secondo la Siti, il trasporto a lunga distanza dei rifiuti (o anche all'estero, come accaduto a Napoli) ha costi maggiori e un impatto ambientale negativo legato alle emissioni dei mezzi di trasporto, fatto quasi mai considerato;
5) È fondamentale una strategia di lungo periodo, logicamente su base regionale o interregionale, per evitare emergenze come quella attuale o come quelle multiple viste in Campania – sottolineano gli esperti –; tali azioni devono essere accompagnate da corrette informazioni ai cittadini a cominciare dalle scuole, educazione della popolazione alla raccolta differenziata, controlli e misure repressive dove necessarie e un impegno delle istituzioni per evitare inutili strumentalizzazioni.
6) I rifiuti accumulati per strada sono uno spettacolo indecente e un segnale di degrado urbano che non vorremmo mai vedere. Non sono però documentate – avvertono gli specialisti – emergenze sanitarie particolari, come epidemie o rischi infettivi, come qualcuno ha paventato in questi giorni.
7) La teoria dei rifiuti zero è illusionistica ma è un falso mito, non solo perché di fatto inattuabile ma per la dimostrazione che le raccolte differenziate oltre una certa soglia (attorno al 60%) rischiano di non essere efficaci. In tanti predicano la raccolta differenziata – conclude la Siti – ma in pochi dicono che non si sa cosa fare di buona parte del compost prodotto o che la contaminazione di alcune raccolte differenziate con altri materiali (di fatto uno 'sport nazionale' come documentano alcuni dati) raddoppia i costi della raccolta e costringe comunque allo smaltimento indifferenziato.

ISS: TERMOVALORIZZATORE RISPOSTA AD EMERGENZA – Il termovalorizzatore come "strumento adeguato a contrastare" l'emergenza rifiuti e capace "di garantire l'assenza di rischio sanitario per i cittadini che vivono nelle zone limitrofe". Lo sottolinea l'Istituto superiore di sanità (Iss) che condivide la posizione espressa oggi dalla Siti nell'auspicare "che la soluzione del problema della gestione integrata dei rifiuti venga affrontata sulla base di evidenze scientifiche condivise", ricorda l'Istituto.
Le indicazioni sul termovalorizzatore citate dall'Iss e dalla Siti sono state prodotte dallo studio Moniter, al quale l'Istituto stesso ha partecipato. Un lavoro scientifico – sottolinea l'Iss – che ha documentato l'assenza di rischio sanitario per i cittadini che vivono nelle zone limitrofe. "Un dato, condiviso e convalidato anche dalla comunità internazionale, europea e extraeuropea, attraverso studi che dimostrano, inoltre, che i termovalorizzatori di nuova generazione – osserva l'Iss – producono emissioni la cui qualità dell'aria in uscita è sostanzialmente migliore a quella in entrata".
Sulla base di queste evidenze è perciò possibile – secondo l'Iss – individuare nel termovalorizzatore, dal punto di vista scientifico, "la soluzione attualmente più concreta per gestire non solo il degrado a cui stanno andando incontro numerose metropoli e realtà urbane ma anche per ridurre concretamente i rischi sanitari prodotti dai rifiuti". Accanto a questa soluzione "inderogabilmente di pari passo, dovrà rafforzarsi l'impegno di tutte le istituzioni nella sanità, nell'ambiente, fino all'istruzione – prosegue l'Iss – a educare la popolazione a un corretto smaltimento dei rifiuti, e a un consumo responsabile".
"Un impegno, quest'ultimo, imprescindibile perché, soprattutto nelle nuove generazioni, contemporaneamente all'evolversi di nuove e sempre più raffinate soluzioni tecnologiche – conclude la nota – possa crescere anche la consapevolezza individuale del ruolo importante che ha ogni singolo cittadino nel custodire l'ambiente e nel preservare la qualità della vita dell'intera comunità".

***

Alla c.a. Dott. Sergio Venturi
Assessore alle Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna
sanita@regione.emilia-romagna.it

Oggetto: comunicato della Società Italiana di Igiene "Le discariche inquinano più degli inceneritori" e comunicato CS 26/2016 del 13 agosto 2016 dell'Istituto Superiore di Sanità "Rifiuti: dalla scienza la soluzione concreta per gestire rischio sanitario e degrado urbano: imprescindibile per il futuro l'educazione allo smaltimento corretto" (allegati)

Gentile Assessore
Allego i due comunicati in oggetto per portare alla Sua attenzione la scorretta descrizione – in ambedue i comunicati – delle conclusioni dello studio Moniter sugli effetti degli inceneritori, promosso qualche anno fa dalla Regione Emilia Romagna, con una spesa complessiva di oltre 3 milioni di Euro. Probabilmente Lei ricorda che del Comitato Tecnico Scientifico dello studio Moniter ho avuto l'onore di essere il Presidente e di riferire pubblicamente i risultati nella pubblica riunione conclusiva dell'11 dicembre 2011. Le principali conclusioni degli studi epidemiologici riportate a pagina 23 e successive del rapporto conclusivo Moniter erano:

– *"I risultati sono complessivamente rassicuranti. Possibile eccezione è la stima di incidenza dei linfomi non Hodgkin a Modena, non riprodotta dai risultati osservati nell'insieme delle popolazioni residenti nelle vicinanze di inceneritori in Emilia-Romagna".*

– *"Una interpretazione cauta dell'insieme dei risultati deriva anche dal fatto che gli end point considerati (mortalità per causa e incidenza tumorale), escludono malattie meno letali e meno gravi, di più difficile analisi, la cui epidemiologia nelle popolazioni residenti nelle vicinanze degli inceneritori in Emilia-Romagna finora è stata poco studiata. Infine, per le cause di morte e per i tumori più rari, nonostante le dimensioni del database, sarebbe stato difficile identificare un aumento del rischio, se non nel caso di un improbabile rischio molto alto".*

– *"Non possono invece essere sottovalutati i risultati delle analisi relative agli effetti a breve termine sugli esiti delle gravidanze. È stato identificato un aumentato rischio di nascite pretermine (e – con minor evidenza statistica – di neonati piccoli per età gestazionale) verosimilmente di natura causale, non attribuibile ad alcun specifico inceneritore"* (*ndr.*: Il rischio di nascite pretermine da residenza in prossimità degli inceneritori in Emilia-Romagna è stato pubblicato sulla letteratura internazionale [Candela S. et al. *Epidemiology*. 2013;24:863-70]. Altra pubblicazione ha documentato il rischio di aborti spontanei nella stessa popolazione [Candela S. et al. *Environ Int*. 2015 May;78:51-60]).

– *"Nell'insieme, quindi, l'impatto sanitario degli inceneritori dell'Emilia-Romagna è contenuto, ma non essendo nullo, e data la presenza di altri fattori di pressione ambientale sulla popolazione, si raccomanda…."* (*ndr.*: segue una serie di suggerimenti per una politica di gestione dei rifiuti e per una strategia delle ricerche che si ritengono opportune).

– *"La mancata dimostrazione di effetti a lungo termine non significa dimostrazione di rischio zero".*

A fronte di questo articolato giudizio, il comunicato dell'Istituto Superiore di Sanità afferma perentoriamente (sottolineatura mia): sono simili le parole del comunicato della SITI

– *"…. lo studio Moniter … ha <u>documentato l'assenza</u> di rischio sanitario per i cittadini che vivono nelle zone limitrofe".*

La discrepanza tra l'originale valutazione del Comitato Scientifico e le parole contenute in ciascuno dei due recenti comunicati è ovvia (il che non significa, almeno a mio avviso, che gli effetti sulle gravidanze rilevati nello studio Moniter, <u>da soli</u> debbano indurre un rifiuto aprioristico di ogni forma di incenerimento dei rifiuti). Mi permetto di suggerire che da parte dell'Assessorato di cui Lei è responsabile venga richiesta una correzione dei rispettivi comunicati da parte dell'Istituto Superiore di Sanità e della Società Italiana di Igiene.
La ringrazio per l'attenzione, rimango a Sua disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti e La saluto cordialmente.

***

Alla c.a. Prof. Gualtiero Ricciardi
Presidente Istituto Superiore Sanità
presidenza@iss.it

Oggetto: comunicato ISS CS 26/2016 del 13 agosto 2016 "Rifiuti: dalla scienza la soluzione concreta per gestire rischio sanitario e degrado urbano: imprescindibile per il futuro l'educazione allo smaltimento corretto".

Caro Presidente
Il comunicato in oggetto fa riferimento allo studio Moniter "... al quale l'Istituto stesso ha partecipato e che ha documentato l'assenza di rischio sanitario per i cittadini che vivono nelle zone limitrofe". Come forse ricorderai, ho avuto il privilegio di presiedere il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) di Moniter e la responsabilità di presentare pubblicamente il rapporto conclusivo nel 2011 a nome del Comitato stesso. Il rapporto è allegato alla presente. Le principali conclusioni degli studi epidemiologici sono riportate a pagina 22 e successive.

[VEDI TESTO BLU NELLA LETTERA "VENTURI"]

Mi pare quindi che l'interpretazione delle conclusioni di Moniter nei perentori termini "assenza di rischio sanitario" non sia corretta, soprattutto per quanto riguarda gli effetti sulle gravidanze. Sicuramente, la stessa interpretazione non esprime lo spirito del messaggio che il CTS aveva voluto dare nel contesto della missione ad esso affidata.
Ti prego pertanto di volere fare modificare le espressioni relative ai risultati di Moniter nel comunicato CS 26/2016. Concludo ricordando che il modo in cui Moniter è stato gestito (e l'impegno finanziario che ha comportato) merita il massimo rispetto. Il contenuto della presente lettera esprime un residuo della responsabilità di cui ero stato investito nella conduzione di Moniter. Responsabilità che – a mio avviso – si estende all'osservazione e la verifica del rigore con cui i risultati di Moniter **vengono traslati e analizzati nel momento decisionale in salute pubblica** e alla segnalazione e denuncia di interpretazioni distorte dei risultati stessi. Ovviamente, a ognuno il suo: agli scienziati la correttezza nell'interpretazione dei risultati della ricerca e agli amministratori della salute pubblica il processo decisionale (compresa la valutazione comparativa di pro e contro di inceneritori e discariche). A titolo personale, aggiungo di non ritenere che gli effetti negativi sulla vita riproduttiva emergenti da Moniter (da parte di inceneritori di generazione relativamente recente), *da soli*, giustifichino una opposizione di principio all'incenerimento dei rifiuti. Ogni circostanza richiede una valutazione rischio/beneficio. La cosa importante è che, come previsto dalla OMS, la valutazione sia partecipata, sulla base di una informazione trasparente e non distorta. Sicuramente, celare il dato scientifico getta discredito sui responsabili della salute pubblica e su qualsiasi decisione essi prendano. Ti ringrazio per l'attenzione, rimango in attesa di notizie e ti saluto cordialmente.

***

Alla c.a. Prof. Carlo Signorelli
Presidente SITI
sitinazionale@tiscali.it
carlo.signorelli@unipr.it

Caro Presidente
Oggetto: comunicato SITI: "le discariche inquinano più degli inceneritori" dall'Agenzia ADN Kronos, subito prima di ferragosto, ho avuto copia del comunicato SITI in oggetto che richiama il bisogno di "evitare che i falsi miti prevalgano sulle vere realtà scientifiche" ed elenca sette verità scientifiche sulla gestione dei rifiuti. Secondo la ADN Kronos, la verità scientifica n. 3 afferma che "*Lo studio epidemiologico Moniter ... condotto dalla Regione Emilia-Romagna con l'apporto di scienziati internazionali, è una delle più sofisticate ricerche al mondo sul rischio connesso alle emissioni di inceneritori. Questo lavoro evidenzia chiaramente la assenza di rilevanti rischi sanitari acuti e cronici per chi vive in prossimità degli impianti*". Come forse ricorderai, ho avuto il privilegio di presiedere il Comitato Tecnico Scientifico di Moniter e la responsabilità di presentare pubblicamente il rapporto conclusivo nel 2011 a nome del Comitato stesso. Modestia a parte, condivido pienamente il giudizio della SITI sul rigore scientifico con cui è stato condotto Moniter, non solo per la parte epidemiologica ma anche per quella tossicologica e ambientale. Mi lascia tuttavia perplesso la formulazione della verità n. 3. Le principali conclusioni degli studi epidemiologici di Moniter come riportate a pagina 22 e successive del rapporto finale (allegato alla presente) recitano.

[VEDI TESTO BLU NELLA LETTERA "VENTURI"]

Non mi pare che l'espressione di queste conclusioni (concordate dall'intero Comitato Scientifico) corrisponda al perentorio giudizio di dimostrazione di assenza di rilevanti rischi sanitari acuti e cronici espresso nel comunicato SITI, soprattutto per quanto riguarda gli effetti sulle gravidanze. Mi permetto quindi di suggerire che la SITI corregga i termini della "verità scientifica numero 3" prima che essa diventi un mito. Sono molte le "verità scientifiche" che l'Autorità di Salute Pubblica deve affrontare nel momento decisionale: una delle quali è una associazione (probabilmente causale) tra effetti indesiderati della vita riproduttiva e residenza intorno agli inceneritori (almeno, di quelli della stessa generazione degli inceneritori usati in Emilia-Romagna all'inizio di questo millennio). Celare questa informazione getta discredito sui responsabili scientifici della salute pubblica e sulle loro valutazioni. Faccio ancora presente che il modo in cui Moniter è stato gestito (e l'impegno finanziario che ha comportato) merita il massimo rispetto. Il contenuto della presente lettera esprime un residuo della responsabilità di cui ero stato investito nella conduzione di Moniter. Responsabilità che – a mio avviso – si estende tanto all'osservazione e verifica del rigore con cui i risultati di Moniter vengono analizzati e traslati all'esterno del *milieu* della ricerca, quanto alla segnalazione e denuncia di interpretazioni distorte dei risultati stessi. Ovviamente, a ognuno il suo: agli scienziati la correttezza nell'interpretazione dei risultati della ricerca e agli amministratori della salute pubblica il processo decisionale (compresa la valutazione comparativa di pro e contro di inceneritori e discariche). A titolo personale, aggiungo di non ritenere che gli effetti negativi sulla vita riproduttiva emergenti da Moniter (da parte di inceneritori di generazione relativamente recente), *da soli*, giustifichino una opposizione di principio all'incenerimento dei rifiuti. Ogni circostanza richiede una valutazione rischio/beneficio. La cosa importante è che, come previsto dalla OMS, la valutazione sia partecipata, sulla base di una informazione trasparente e non distorta.

Ti ringrazio per l'attenzione, rimango in attesa di notizie e ti saluto cordialmente.

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

CORSO DI AGOPUNTURA E MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Il corso è patrocinato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bologna, in convenzione con l'Azienda USL di Bologna e in collaborazione con la Facoltà di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino.

Sede: Bologna, Policlinico Sant'Orsola.

Inizio corso: 26 novembre 2016.

Direzione scuola: Dott. Carlo Maria Giovanardi e Dott. Umberto Mazzanti.

Durata: 3 anni, lezioni teorico-pratiche annuali che si svolgono in 9 weekend.
Tirocinio clinico pratico presso strutture pubbliche e possibilità di stage presso ospedali e Università cinesi.

Titolo rilasciato: Attestato Italiano della Federazione Italiana delle Società di Agopuntura (FISA). L'Attestato valido ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 è equipollente a quelli rilasciati dalle università e ai fini dell'iscrizione nei Registri istituiti dagli Ordini professionali dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Destinatari: Laureati in Medicina e Chirurgia e Odontoiatri.

Ecm: sono rilasciati crediti ECM.

Quota: €1.960,00 (IVA compresa), €1.360,00 (IVA compresa) per il primo anno ai neo laureati.

Segreteria organizzativa: segreteriascuola@amabonline.it, Tel. 3409553985, www.amabonline.it

CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie a domicilio a Bologna e provincia

È obbligatoria la prescrizione del medico

SEMPLICE E VELOCE SENZA LISTA D'ATTESA
SCEGLI IL GIORNO E IL LUOGO PER IL TUO ESAME. AL RESTO CI PENSIAMO NOI

INFO E PRENOTAZIONI
Prenota on-line sul sito clinicadomicilio.it o chiama lo 051.644.00.55 oppure scrivi a info@clinicadomicilio.it
Tutti i giorni, festivi compresi, dalle 8:00 alle 22:00.

Il servizio è attivabile su tutta la provincia di Bologna.

051.644.00.55 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA
COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

CERTIFICATA

Ulteriori difficoltà operative e vincoli amministrativi per il CTU medico-legale

Domenico Vasapollo

Un CTU medico-legale, libero professionista, si è visto recapitare un verbale redatto da appartenenti al Nucleo Polizia Tributaria – Gruppo Tutela Spesa Pubblica – Sezione tutela spesa pubblica nazionale e frodi comunitarie, con il quale viene sanzionato per la mancata richiesta di autorizzazione all'Amministrazione di appartenenza al conferimento di un incarico di consulenza extra-ufficio (trattasi di un clinico esperto in materia specialistica), quale Ausiliario del Consulente Tecnico d'Ufficio, ex art. 53 c. 9 d.lgs n. 165/2001.

Per maggiore chiarezza si riportano gli aspetti più significativi del verbale in questione.

La legge 662/96[1] sulle misure di razionalizzazione della Finanza Pubblica contiene disposizioni relative al rapporto di lavoro a tempo parziale ed al regime delle incompatibilità. Il comma 62 dell'art. 1 della citata legge riconosce al Dipartimento della Funzione Pubblica la facoltà di avvalersi della Guardia di Finanza per accertare l'osservanza delle disposizioni di cui ai commi dal 56 al 65. Nell'esercizio di tali compiti la legge n. 449/97, art. 39, c. 28, consente alla Guardia di Finanza di avvalersi dei poteri di Polizia Tributaria previsti dal d.P.R. 633/72 e dal d.P.R. 600/73 e successive modificazioni. Nel corso delle verifiche previste dall'art. 1, c. 62, legge 662/96 non è opponibile il segreto d'ufficio.

Con nota DFP_IFP_RA 83 del 15.01.2016 la Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica - Ispettorato, ha delegato la Guardia di Finanza ad effettuare le verifiche di cui alla legge 662/96, art. 1, comma da 56 a 62 e art. 53 d.lgs n. 166/01[2] in relazione alla posizione di un Dirigente Medico XX operante presso l'Azienda Ospedaliera YY. Le verifiche eseguite dai militari appartenenti al Comando in intestazione, ai sensi dell'art. 1, c. da 56 a 65, legge n. 662/96 hanno evidenziato che il citato pubblico dipendente ha svolto nell'anno 2013 un incarico extra-ufficio di consulenza nei confronti del Medico-legale (XY). In particolare, la consulenza è consistita nell'attività di ausiliario del Consulente Tecnico D'Ufficio (CTU) medico-legale per una causa civile pendente presso un Tribunale civile. A fronte dell'incarico suddetto il Dr. XX ha percepito il relativo compenso, come si rileva dalla sottoelencata documentazione: fattura n. (...) del (...) per un importo di (...) Contabile del bonifico del (...).

FATTO

Per quanto in premessa, in data odierna, i militari operanti, ottenuta la presenza del Dr. XY, previo esame della documentazione e delle notizie fornite dal Dr. XX e dell'amministrazione di appartenenza del Dr. XX, rilevano quanto segue.

Il Dr. XY, medico legale, ha conferito incarico relativo alla consulenza (...) (ausiliario del CTU medico-legale) al Dr. XX, seppur in assenza di un atto formale di conferimen-

[1] *Legge 23 dicembre 1996, n. 662. Misure di razionalizzazione della finanza pubblica. (GU Serie Generale n. 303 del 28-12-1996 - Suppl. Ordinario n. 233), entrata in vigore 1-1-199.* Art. 1. *Misure in materia di sanità, pubblico impiego, istruzione, finanza regionale e locale, previdenza e assistenza.*

[2] *D.lgs. 30-3-2001 n. 165. Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche. Articolo 53. Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi.*

to. Detto incarico è stato conferito in assenza della previa autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza (d.lgs n. 165/2001, art. 53, c. 9) ed in violazione dell'art. 3.1: Perizie medico-legali dell'Atto Aziendale per la definizione delle modalità organizzative dell'attività libero professionale medica e delle altre professionalità dei dirigenti del ruolo sanitario. Il citato art. 3.1 prevede che le perizie svolte nell'ambito dei giudizi civili, o per finalità assicurative, amministrative, o simili (omissis) a favore di Enti, Studi, Assicurazioni, in forma occasionale, rientrano negli incarichi occasionali art. 53.
Il compenso corrisposto al Dr. XX nell'anno 2013 non è stato comunicato entro i termini previsti dall'art. 53, c. 11, d.lgs n. 165/2001 all'Amministrazione di Appartenenza del pubblico dipendente.
Pertanto si contesta al medico-legale Dr. XY responsabile della violazione l'inosservanza delle disposizioni di cui all'art. 53, c. 9 del d.lgs 165/2001 per avere conferito un incarico retribuito al Dr. XX senza la previa autorizzazione dell'Amministrazione pubblica di appartenenza.
Per quanto riguarda l'omessa comunicazione del compenso corrisposto al Dr. XX prevista dall'art. 53, c. 11, d.lgs n. 165/2001, pur essendone accertata l'omissione non si procede alla contestazione della sanzione prevista dal successivo comma 15, in quanto la Corte Costituzionale con sentenza n. 98 del 29 aprile 2015, ha dichiarato l'illegittimità dell'art. 53, c. 15 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 nella parte in cui prevede che "i soggetti di cui al comma 9 che omettono le comunicazioni di cui al comma 11 incorrono nella sanzione di cui allo stesso comma 9". Pertanto la condotta omissiva in argomento, allo stato, non risulta più sanzionata a decorrere dalla pubblicazione della richiamata sentenza della Corte Costituzionale.
La sanzione pecuniaria prevista dalla violazione dell'art. 53, comma 9, d.lgs 165/2001 è pari al doppio degli emolumenti corrisposti sotto qualsiasi forma al dipendente pubblico, considerati a lordo della ritenuta d'acconto, come riportato nel rilievo.

RILIEVO
Rilievo unico: conferimento incarico senza autorizzazione (violazione art. 53, comma 9, d.lgs 165/2001 sanzionata ai sensi del medesimo c. 9)
Emolumenti corrisposti Euro 968,00
Sanzione amministrativa (doppio degli emolumenti) Euro 1936,00.

GARANZIE DIFENSIVE
Ai sensi dell'art. 18 della Legge 24 novembre 1981, n. 689, entro il termine di 30 giorni dalla data di contestazione della violazione, gli interessati possono fare pervenire all'Agenzia delle Entrate - Ufficio territoriale Bologna 1, scritti difensivi e documenti e possono chiedere di essere sentiti dalla medesima autorità. L'Autorità competente, sentiti gli interessati, ove questi ne abbiano fatta richiesta ed esaminati i documenti inviati, e gli argomenti esposti negli scritti difensivi, se ritiene fondato l'accertamento, determina con ordinanza motivata la somma dovuta per la violazione e ne ingiunge il pagamento, insieme con le spese, all'autore della violazione ed alle persone che vi sono obbligate solidalmente; altrimenti emette ordinanza motivata di archiviazione degli atti.

MODALITÀ DI PAGAMENTO IN MISURA RIDOTTA
Omissis

In merito alle osservazioni di servizio come sopra descritte, la parte ha inteso dichiarare: "Contesto l'applicazione di questa sanzione per le seguenti motivazioni:
1) La nomina del Dr. XX è stata effettuata dall'Autorità Giudiziaria competente, nel caso specifico Tribunale civile di (...) e quindi l'incarico non è stato conferito autonomamente dal medico-legale Dr. XY.
2) Il Dr. XX ha esibito allo Studio la fattura allegata al presente verbale in cui gli elementi presenti, e cioè il numero di partita

IVA e imposta sul valore aggiunto applicata all'onorario, denotano in maniera inequivocabile un rapporto di lavoro autonomo e non una prestazione eseguita in regime intramoenia. Pertanto il Dr. XY ritiene che ogni obbligo ascrittogli è stato superato dagli elementi sopradescritti e in ogni caso lo stesso si riserva di procedere nelle sedi competenti".

BREVE COMMENTO

A chi svolge da anni questa delicata attività giudiziaria è nota la crescente difficoltà che egli, in qualità di ausiliario del Giudice (CTU), incontra nello svolgimento di tale funzione, non tanto e non solo per questioni di natura tecnica ma, purtroppo, a causa del crescente numero di norme di carattere giuridico e amministrativo. È del tutto ovvio che in tale ambito le difficoltà tecniche ed interpretative sono sempre esistite e che ciascun esperto dovrà fare affidamento alle personali capacità, cioè a quel bagaglio culturale che sicuramente è peculiare in ciascuno di noi, tuttavia plasmato dall'esperienza, dalla conoscenza della dottrina e della casistica che, maggiormente oggi, è riportata in abbondanza nella trattatistica medico-legale. Se, infatti, nel passato, l'aggiornamento professionale era relegato al paziente lavorio di ricerca nelle (oscure) biblioteche universitarie tramite l'attento esame delle riviste e dei volumi ivi presenti, peraltro a volte infruttuoso per quella fattispecie in esame, oggigiorno tale ricerca è tecnicamente e facilmente supportata da tante possibilità (c'è veramente l'imbarazzo della scelta), per cui anche ad un semplice clik del nostro computer avremo la possibilità di interagire con le molteplici voci correlate alla nostra ricerca. E la medicina legale, come hanno insegnato i nostri Maestri, è fatta di scrupolosa ricerca. Tuttavia l'elevato profilo scientifico e culturale di tale importante attività è, a volte, inaridito da norme che nulla hanno a che vedere con la bontà dell'elaborato peritale, ma che purtroppo interferiscono anche pesantemente con l'attività del CTU. Non mi riferisco, ovviamente, a tutte quelle norme giuridiche che la regolamentano, e che necessariamente il Consulente deve conoscere e tenere presente per non vedersi alfine vanificata una attività di per sé culturalmente e scientificamente valida. È pur vero che è difficile che il medico legale, quello con la specializzazione universitaria, ignori le comune regole giuridiche che improntano la sua attività, per cui la critica è rivolta, semmai, ai CTU di area clinica (oggi sempre più numerosi nei diversi contenziosi giudiziari) che si avventurano in questa difficile e delicata attività professionale senza avere la benché minima cognizione delle norme e delle procedure che la riguardano. Tuttavia, può capitare anche al più accorto ed esperto medico-legale di incorrere in errori di valutazione e per tale motivo egli sarà sanzionato come è avvenuto di recente nel caso prima riportato. Peraltro, la diffusione della notizia riguardante tale particolare violazione consente a chi svolge questa attività giudiziaria di essere al corrente del tipo e dell'entità dell'infrazione, informazione tanto più utile oggi giacchè frequentemente il medico-legale, in qualità di CTU, si rivolge ad ausiliari, sia per approfondimenti clinici, sia perché il Codice deontologico medico già dal 2006[3] lo ha imposto all'art. 62.

[3] *Codice di Deontologia medica (16 dicembre 2006), Capo IV – Attività medico-legale, Art. 62. In casi di particolare complessità clinica ed in ambito di responsabilità professionale, è doveroso che il medico legale richieda l'associazione con un collega di comprovata esperienza e competenza nella disciplina coinvolta. (...) L'espletamento di prestazioni medico-legali non conformi alle disposizioni di cui ai commi precedenti costituisce, oltre che illecito sanzionato da norme di legge, una condotta lesiva del decoro professionale. Aggiornato dal recente Codice di Deontologia medica (18 maggio 2014 – modificato il 19 maggio 2016) Titolo XI – Attività medico-legale, Art 62. (...) Il medico legale, nei casi di responsabilità medica, si avvale di un collega specialista di comprovata competenza nella disciplina interessata; in analoghe circostanze, il medico clinico si avvale di un medico legale.*

Le Sindromi Aortiche Acute

Luca Di Marco - Roberto Di Bartolomeo

Il termine sindrome aortica acuta (AAS), recentemente coniato da Vilacosta [1], descrive una varietà di patologie aortiche che comprendono l'ematoma intramurale (IMH), l'ulcera aortica penetrante (PAU) e la dissezione aortica classica. Questa sindrome coinvolge un gruppo eterogeneo di pazienti con una sintomatologia clinica simile caratterizzata principalmente da dolore toracico anteriore e/o posteriore, acuto, migrante, trafittivo a cui si associa una lunga storia di ipertensione arteriosa. Sia l'ematoma intramurale che l'ulcera aortica penetrante possono evolvere in dissezione aortica.

EMATOMA INTRAMURALE

Patogenesi, classificazione e incidenza

Il primo a descriverlo è stato Krukenberg nel 1920 [2], definendolo come un sanguinamento della tonaca media a livello degli strati più esterni, probabilmente da attribuire ad una lesione dei *vasa vasorum* della tonaca media che possono facilmente andare incontro a rottura a causa di alterazioni di parete causate da una storia di ipertensione arteriosa cronica. L'ematoma intramurale (fig. 1) si differenzia dalla dissezione aortica acuta per l'assenza di diretta comunicazione tra il trombo presente nello spessore di parete e il lume aortico. L'ematoma intramurale quindi non prevede, differentemente dalla dissezione, la presenza di un vero e falso lume né della lacerazione intimale. Come per la dissezione aortica classica, anche per l'ematoma intramurale aortico viene utilizzata la classificazione di Stanford

Fig. 1: Ematoma intramurale aortico.

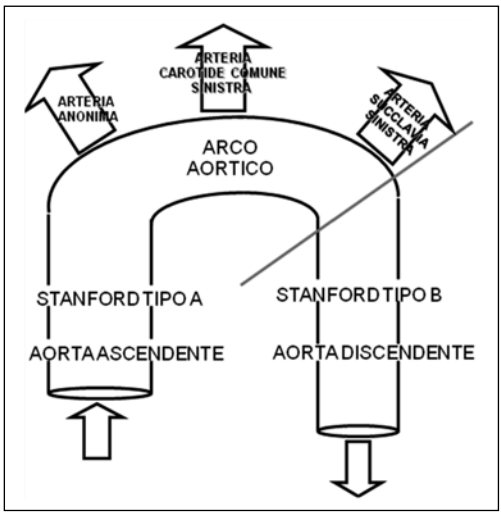


Fig. 2: Classificazione di Stanford per le Sindromi Aortiche Acute.

(tipo A-B) (fig. 2) secondo cui la patologia aortica di tipo A coinvolge l'aorta ascendente (e l'arco aortico) e quella di tipo B l'aorta discendente, distalmente l'emergenza dell'arteria succlavia sinistra. Questo tipo di classificazione riveste una certa importanza anche nella gestione della patologia. Infatti l'ematoma aortico intramurale di tipo A viene solitamente trattato chirurgicamente, mentre per quello di tipo B nella maggior parte dei casi, in assenza di segni che documentino la rottura imminente o la progressione, è sufficiente terapia medica ipotensivante. L'incidenza degli ematomi intramurali è variabile ma si attesta approssimativamente tra il 5 e il 20% dei pazienti, che generalmente entrano in ospedale con diagnosi di sindrome aortica acuta o dissezione aortica [3-5].

Storia naturale

La storia naturale degli ematomi intramurali non è ancora ben conosciuta, anche se sembra essere meno infausta rispetto a quella della dissezione aortica.

L'ematoma intramurale, da un punto di vista clinico, non è facilmente distinguibile dalla dissezione aortica. Nella maggior parte dei casi il suo esordio è caratterizzato da dolore toracico (50-70%) e interscapolare (40-80%) [6], con le "stigmate" tipiche di quello che usualmente caratterizza l'esordio della dissezione aortica. Quadri clinici meno frequenti possono essere complicazioni neurologiche o vascolari come ad esempio la sincope o il TIA, la paraplegia, l'ischemia mesenterica e l'insufficienza renale acuta [6]. I pazienti maggiormente colpiti sono in genere soggetti anziani, con aorta dilatata ed una storia di ipertensione arteriosa cronica, nei quali in alcuni casi lo sviluppo dell'ematoma intramurale è stato conseguenza di un trauma [6]. Nel 40% dei pazienti è coinvolta l'aorta ascendente. Solitamente il decorso clinico è variabile, alcuni pazienti hanno un'emorragia limitata e rispondono bene alla terapia medica, e anche se non sono da trascurare casi di progressione dell'ematoma o di evoluzione in dissezione franca [7], la completa risoluzione dell'ematoma si verifica nel 50-80% dei casi [8, 9].

Diagnosi

La Risonanza Magnetica, l'Angio-TC e l'Eco transesofageo rappresentano il *gold standard* per la diagnosi definitiva. Un'accurata visione dell'aorta ci viene fornita dalla Risonanza Magnetica che risulta essere non invasiva e non richiede mezzo di contrasto, con una sensibilità del 98-100% ed una specificità del 100% [10, 11]. Essa inoltre può rivelarsi utile per la diagnosi di complicazioni quali emotorace, emomediastino e pneumotorace. L'Angio-TC può essere utile per valutare eventuali variazioni della morfologia e dello spessore della parete aortica, infatti una parete aortica con spessore maggiore di 7 mm è uno dei criteri diagnostici per ematoma intramurale [12] (fig. 3). L'Eco transesofageo rappresenta un'importante metodica diagnostica per l'ematoma intramurale, con una sensibilità che si attesta intorno al 100% ed una specificità del 91%, sebbene esso sia operatore dipendente [13]. Esso valuta l'ispessimento focale o diffuso della parte aortica, l'assenza di flap intimale ed un'eventuale diretta comunicazione tra il lume aortico e l'ematoma intramurale stesso.

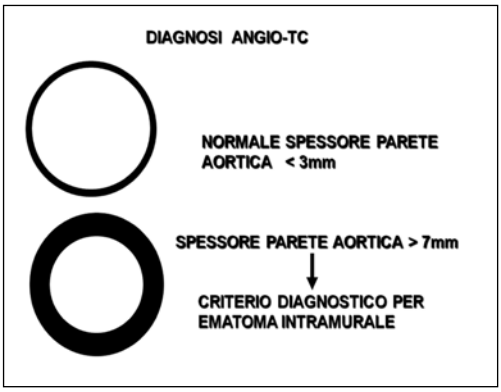


Fig. 3: Criteri per la diagnosi TC di ematoma intramurale.

Trattamento

Ide e i suoi collaborator i[14] hanno notato che i pazienti con ematoma intramurale che progredisce in dissezione aortica sono nella maggior parte dei casi quelli che hanno un diametro aortico maggiore di 5 cm, suggerendo che questa potrebbe essere la strada per identificare i pazienti a rischio di dissezione o di formazione di aneurismi cronici. Il trattamento ottimale per gli ematomi intramurali a tutt'oggi non è certo. In alcuni pazienti, come quelli che abbiano uno spessore di parete di pochi mm, o quelli stabili clinicamente e che non presentino segni di evoluzione della patologia, sembra sufficiente il trattamento medico con antipertensivi mentre in altri, soprattutto quelli instabili clinicamente e con chiari segni di rottura imminente, è preferibile il trattamento chirurgico o endovascolare. Di solito per gli ematomi intramurali di tipo A, che coinvolgano quindi l'aorta ascendente, il trattamento endovascolare non è possibile a causa dell'anatomia dell'aorta ascendente stessa che non permette l'impianto di stent, mentre il trattamento chirurgico ha evidenziato un notevole miglioramento della prognosi [15-17]. Esso consiste, in genere, nella sostituzione dell'aorta ascendente sovracoronarica a cui si associa spesso la sostituzione parziale dell'arco aortico. Per quanto riguarda la valvola aortica, in presenza di insufficienza valvolare, la risospensione dei lembi rappresenta un'alternativa alla sostituzione valvolare. Riguardo agli ematomi intramurali di tipo B, il trattamento conservativo di tipo medico è da preferirsi quando la lesione è stabile e non vi siano segni

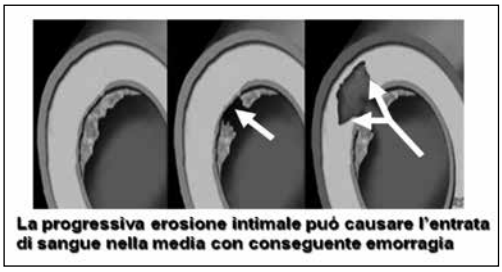


Fig. 4: Rappresentazione schematica di Ulcera Aortica Penetrante.

che facciano presupporre una rottura (versamento pleurico, stravaso di mezzo di contrasto, dolore persistente, pressione arteriosa difficilmente controllabile malgrado terapia ipotensivante massimale). Così, pazienti con ematoma intramurale confinato all'aorta discendente (tipo B) hanno un rischio inferiore di rottura e morte rispetto a quelli di tipo A; in presenza però di indicatori di progressione della malattia aortica, quali persistente dolore toracico, aumento del diametro della parete aortica, sanguinamento extra-avventiziale, aumento del versamento pleurico, aumento dell'estensione o del volume dell'ematoma, che suggeriscono la necessità di un intervento, il trattamento endovascolare è da preferirsi a quello chirurgico [18-20], dal momento che è stato dimostrato che per questo tipo di lesioni il trattamento chirurgico è complicato da un'elevata morbidità e mortalità [21].

ULCERA AORTICA PENETRANTE

Definizione, patogenesi ed evoluzione

L'ulcera aortica penetrante è una lesione focale che si verifica, di solito, a livello di una placca aterosclerotica ulcerata intimale infiltrando la tonaca media aortica e che il più delle volte si localizza a livello dell'aorta toracica discendente (fig. 4). I pazienti affetti da questo tipo di patologia sono di solito più anziani di quelli colpiti da dissezione aortica ed ematoma intramurale ed hanno di solito maggiori comorbidità cardiovascolari [22]. Rappresenta circa il 2-8% delle sindromi aortiche acute. Essa si caratterizza per una progressiva erosione dell'intima con conseguente passaggio di sangue nella media e nell'avventizia e successiva emorragia mediastinica o pleurica. Anch'essa può evolvere in dissezione, che generalmente rimane più localizzata rispetto a quella classica, in ematoma intramurale e in pseudoaneurisma. Nei pazienti con ulcera aortica penetrante, una spontanea e completa rottura dell'aorta si verifica in più del 40% dei casi nel mediastino, anche se sono riportati casi di rottura nella pleura destra/sinistra. Molti autori hanno riportato una spiccata propensione per l'ulcera aortica di sviluppare una dilatazione aneurismatica, anche se la progressione è in genere lenta [23-25].

Diagnosi

La TC è considerata il *gold standard* per la diagnosi delle ulcere penetranti (fig. 5), sebbene la Risonanza Magnetica e l'Eco transesofageo possono essere considerati un valido supporto nella messa in evidenza di estroflessioni ed irregolarità della parete aortica [23-25]. L'assenza di un "cratere" ulcerato permette di distinguere l'ematoma intramurale dall'ulcera aortica penetrante. La TC senza mezzo di contrasto può evidenziare la presenza di un ampio ateroma, mentre quella con mezzo di contrasto è utile nella visualizzazione della profondità del cratere ulcerato. Il problema principale per la diagnosi di un'ulcera penetrante è l'assenza di una tecnica che possa documentare la distruzione della lamina elastica interna, che risulta essere il fattore istologico di maggiore importanza per la diagnosi di tale patologia.

Trattamento

A tutt'oggi, per il trattamento dell'ulcera aortica penetrante, non esiste un piano terapeutico

Fig. 5: Immagine TC di Ulcera Aortica Penetrante dell'arco aortico.

universalmente accettato [26, 27]. Di solito i pazienti asintomatici con diagnosi casuale di ulcera aortica penetrante vengono seguiti con TC o RM periodiche per valutare eventuali modifiche delle dimensioni dell'ulcera, così come nei pazienti clinicamente ed emodinamicamente stabili con coinvolgimento dell'aorta toracica discendente, ma in assenza di segni di rottura imminente, è consigliato un controllo periodico della pressione arteriosa, purché il dolore presente all'esordio si risolva con terapia medica. Nel caso in cui però vi sia la presenza di dolore persistente, e/o evidenti modificazioni dimensionali dell'ulcera alla TC, e/o un aumento del versamento pleurico, si rende necessario un intervento immediato [18, 20, 28]. Il trattamento di scelta per questo tipo di lesione è rappresentato dall'impianto di stent per via endovascolare [26], dal momento che l'ulcera penetrante nella maggioranza dei casi si localizza a livello dell'aorta toracica discendente e coinvolge una porzione limitata di aorta. Spesso però, trattandosi di pazienti mediamente più vecchi, gli accessi vascolari periferici risultano più difficoltosi a causa di calcificazioni, la parete aortica risulta maggiormente aterosclerotica, ponendo quindi i pazienti a maggior rischio di stroke embolici durante la procedura endovascolare. Malgrado questo però, il trattamento endovascolare delle ulcere aortiche penetranti di tipo B, rimane il *gold standard* terapeutico.

DISSEZIONE AORTICA

Introduzione e classificazione

La Dissezione è la più comune e seria complicazione tra le malattie che colpiscono l'aorta. Si manifesta in maniera improvvisa ed è caratterizzata dalla formazione di una lacerazione intimale attraverso la quale si verifica fuoriuscita di sangue che abbandona il normale canale aortico e rapidamente disseca, dall'interno all'esterno, gli strati della tonaca media causando la formazione un falso lume (fig. 6). Da un punto di vista clinico la dissezione aortica si divide in tre tipi, in base alla durata dei sintomi: acuta, subacuta e cronica. La prima è presente quando la diagnosi viene fatta entro due settimane dall'insorgenza dei sintomi, la seconda è presente quando i sintomi iniziali hanno una durata di più di due settimane. Si parla invece di dissezione cronica quando l'insorgenza dei sintomi è antecedente alle 4 settimane. L'aorta ascendente rappresenta la sede più colpita da questo tipo di patologia (50%) seguita dalla porzione di aorta localizzata al di sotto dell'emergenza dell'arteria succlavia sinistra (aorta sottoistmica). Dal punto di vista anatomico esistono due tipi principali di classificazione per la dissezione aortica: quella di "Stanford" e quella di "DeBakey". La prima divide la dissezione aortica in due tipi: A e B. La dissezione aortica di tipo A coinvolge l'aorta ascendente, mentre quella di tipo B coinvolge l'aorta toracica discendente, distalmente all'origine dell'arteria succlavia di sinistra senza l'interessamento dell'aorta ascendente [29]. La "classificazione di DeBakey" comprende tre tipi: tipo 1 quando sono interessate sia l'aorta ascendente che quella discendente, tipo 2 quando è coinvolta solo l'aorta ascendente, tipo 3 quando ad essere interessato dalla dissezione è solo il tratto discendente [30] (fig. 7). Esiste poi un terzo tipo di classificazione, la "classificazione di Lansmann", molto meno utilizzata delle precedenti due, che considera

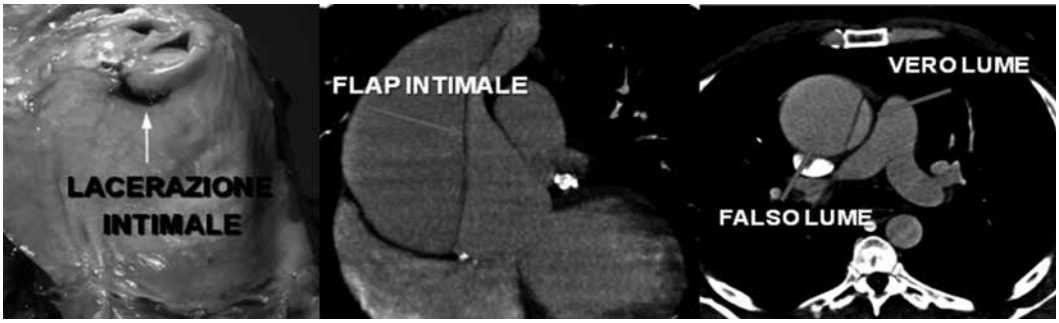


Fig. 6: reperto anatomopatologico di lacerazione intimale (sinistra), flap intimale in aorta ascendente (ricostruzione TC) (destra), immagine TC di doppio lume in aorta ascendente (sotto).

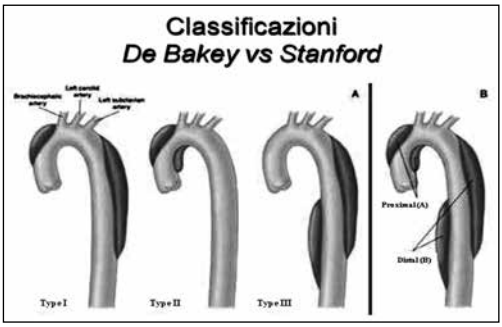


Fig. 7: classificazioni di DeBakey e di Stanford.

la localizzazione della lacerazione intimale da cui dipende il tipo di trattamento da eseguire (fig. 8).

Incidenza e storia naturale

L'incidenza della dissezione aortica si attesta tra i 5 e i 30 casi per milione di persone per anno [32-34]. Gli uomini sono molto più colpiti rispetto alle donne, con un rapporto compreso tra 2:1 e 5:1 [35, 36]. La dissezione, a livello della porzione aortica prossimale, si verifica più frequentemente ad un'età media compresa tra i 50 e i 55 anni, mentre quella a livello del tratto distale tra i 60 e i 70 anni. Individui giovani al di sotto dei 40 anni d'età, colpiti da dissezione aortica, nella maggior parte dei casi sono pazienti affetti da Sindrome di Marfan [37]. La dissezione aortica di tipo A ha una mortalità molto elevata e rappresenta nella quasi totalità dei casi un'emergenza chirurgica. Una gestione di tipo medico nelle dissezioni di tipo A è associata ad una mortalità del 20% dopo 24 ore dall'insorgenza, 30% dopo 48 ore, 40% dopo una settimana e 50% dopo un mese. Anche con un trattamento di tipo chirurgico la mortalità rimane elevata: 10% dopo 24 ore, 13,5% dopo una settimana e 20% dopo un mese [32]. La dissezione acuta di tipo B ha una mortalità inferiore rispetto a quella di tipo A anche se il quadro clinico di esordio è simile. Pazienti con dissezione di tipo B non complicata, hanno una mortalità a 30 giorni del 10% [32], mentre nei pazienti con dissezioni di tipo B complicate, ischemia degli arti inferiori, insufficienza renale, ischemia viscerale o segni di rottura imminente, la mortalità si attesta intorno al 20% a 2 giorni e al 25% a 30 giorni [38, 39].

Eziologia

Le principali cause alla base della dissezione aortica sono le patologie di tipo congenito o acquisito. Al primo gruppo appartengono la Sindrome di Marfan, la Sindrome di Loeys-Dietz, la Sindrome di Ehler-Danlos, l'ectasia anuloaortica e/o una storia familiare di dissezione. La Sindrome di Marfan [40, 41] è una malattia di tipo autosomico dominante che colpisce il tessuto connettivo con una incidenza stimata di 1\5000. Questa sindrome coinvolge numerosi apparati:muscolo-scheletrico, visivo, cardiovascolare, polmonare ed è caratterizzata da numerose mutazioni a carico del gene che codifica la proteina fibrillina-1. La Sindrome di Loeys-Dietz [42, 43] è stata recentemente scoperta ed anche questa è una patologia di tipo autosomico dominante con caratteristiche molto simili alla Sindrome di Marfan, ma causata da una mutazione del gene addetto alla codifica del fattore di crescita per il recettore beta 1 e recettore beta 2. Anche la Sindrome di Ehler-Danlos [40]colpisce il tessuto connettivo ed è causata da un difetto nella sintesi del collagene, componente fondamentale della cute, dei muscoli, dei legamenti, della parete dei vasi e degli organi viscerali. Con il termine ectasia anuloaortica si intende una dilatazione aneurismatica della radice aortica, che spesso si sviluppa nei pazienti con Sindrome di Marfan. Una conseguenza fisiologica di questa patologia è rappresentata dalla progressiva dilatazione dell'*annulus* aortico e dell'aorta ascendente sino all'origine dell'arteria anonima che possono, di conseguenza, andare incontro a dissezione. Tra le patologie acquisite importante è l'ipertensione arteriosa che è la causa principale della fibrosi della parete arteriosa con conseguente calcificazione, ispessimento della tonaca intima e deposito extracellulare di grasso, con conseguente accelerazione dei processi di degradazione, apoptosi ed elastolisi della componente elastica della parete dei vasi. Se l'ipertensione arteriosa rappresenta un fattore che aumenta sensibilmente il rischio di dissezione, un picco ipertensivo può rappresentare la causa della lacerazione intimale. Ulteriori cause di dissezione aortica, meno frequenti, possono essere traumi del torace, cause iatrogene come cateterismo arterioso, angioplastica, clampaggio

aortico e posizionamento di contropulsatore aortico [44-46].

Caratteristiche cliniche

Il tipico sintomo della dissezione aortica è rappresentato da un dolore acuto ed istantaneo, che si irradia anteriormente e\o posteriormente al torace, il più delle volte di tipo trafittivo e di natura migrante che viene definito dal paziente simile ad una"pugnalata" [33]. Il dolore iniziale causato dalla dissezione aortica può non manifestarsi, dopo il primo episodio, per alcune ore o addirittura giorni, sino alla ricomparsa che, in genere, coincide con una imminente rottura. La dissezione aortica acuta è spesso caratterizzata da una specifica sindrome da malperfusione, infatti oltre il 20% dei pazienti con diagnosi di dissezione aortica acuta può presentare episodi sincopali, in assenza di una storia pregressa di malattia cerebrovascolare o di eventi neurologici. Dopo l'iniziale presentazione caratterizzata da dolore toracico ed intrascapolare, il principale sintomo che può sopraggiungere è rappresentato da una insufficienza cardiaca acuta conseguente ad una insufficienza aortica severa [47]. L'insufficienza aortica si presenta nel 20-50% dei casi di dissezione aortica dell'aorta ascendente [48, 49]. Un soffio diastolico si manifesta nel 25% dei pazienti. Anomalie della parete del ventricolo sinistro sono presenti nel 10-15% dei pazienti con dissezione aortica acuta e sono la causa primaria di ipoperfusione coronarica [50]. L'ischemia miocardica, che si verifica nel caso in cui il processo dissecante coinvolga uno o entrambi gli osti coronarici, è uno dei fattori che contribuisce maggiormente allo sviluppo della ipotensione dello *shock*. La presenza di valori pressori notevolmente differenti al livello degli arti è uno dei segni specifici di dissezione aortica ed è riportato nel 40% dei pazienti [51]. Manifestazioni cerebrovascolari e paraplegia possono verificarsi qualora siano coinvolti dalla dissezione i vasi epiaortici o qualora si verifichi ipoperfusione midollare. Ischemia cerebrale e Stroke sono le più comuni manifestazioni neurologiche associate alla dissezioni aortica (5-10%) [52-54]. L'ischemia del midollo spinale è molto frequente nelle dissezioni aortiche distali e si presenta in più del 10% dei pazienti [52]a causa della occlusione delle arterie intercostali, delle arterie radicolari toraciche o della arteria di Adamkiewicz. Dolori addominali sono sintomo di un interessamento del tronco celiaco o dell'arteria mesenterica, mentre un coinvolgimento delle arterie renali si presenta con oliguria, anuria o insufficienza renale acuta.

Diagnosi

Una normale lastra del torace risulta alterata nel 60-90% dei casi di sospetto di dissezione aortica, specialmente nelle dissezioni aortiche di tipo A [31, 51, 55]. L'elettrocardiogramma può rivelarsi utile qualora la dissezione dell'aorta ascendente dovesse coinvolgere gli osti coronarici. L'ecocardiogramma transesofageo in aggiunta a quello transtoracico può essere utilizzato per prendere decisioni in emergenza o in sala operatoria, con una sensibilità che si attesta intorno al 98% ed una specificità del 63-96%, pur essendo operatore-dipendente. L'indagine di elezione e che, soprattutto, garantisce la certezza della diagnosi è rappresentata dalla TC, che ci permette non solo di confermare il sospetto di dissezione, ma ci consente soprattutto di evidenziare il tratto di aorta coinvolto e la sua estensione [31, 56].

Trattamento

Il trattamento delle dissezioni acute di tipo A è esclusivamente chirurgico [31] e consiste generalmente nella sostituzione dell'aorta ascendente (con o senza sostituzione della valvola aortica, a seconda della presenza o meno di insufficienza valvolare) e di parte o di tutto l'arco aortico. L'intervento è sempre considerato "salva-vita" e rappresenta sempre un'emergenza chirurgica. Nell'ultimo decennio, con lo sviluppo della cosiddetta "chirurgia ibrida" che unisce tecniche chirurgiche tradizionali ed endovascolari, si è reso possibile trattare le dissezioni aortiche acute di tipo A con una tecnica innovativa, il "Frozen Elephant Trunk" che permette di sostituire, in alcuni casi, con una protesi "ibrida" per metà vascolare tradizionale e per metà endovascolare, in un singolo step chirurgico, tutta l'aorta toracica, dall'aorta ascendente alla toracica discendente.

All'arrivo del paziente in Terapia Intensiva e in funzione dell'intervento chirurgico, si ren-

de necessario stabilizzare da un punto di vista emodinamico il paziente, trattando le crisi ipertensive. Gli obiettivi della terapia ipotensiva in questi pazienti riguardano, in prima istanza, la riduzione dello stress parietale per evitare la rottura dell'aorta e poi, la limitazione dell'estensione e della progressione della dissezione.
Il principale scopo della terapia chirurgica nella dissezione aortica acuta di tipo A, è quello di prevenire la rottura dell'aorta nel pericardio o nel cavo pleurico ed evitare l'interessamento degli osti coronarici o della valvola aortica e l'interessamento multiorgano e l'ischemia viscerale. I pazienti con mortalità maggiore sono quelli che giungono in condizioni di marcata ipotensione e in stato di shock e/o con segni di mal perfusione viscerale [31].
L'interessamento dell'aorta ascendente rappresenta un'indicazione al trattamento chirurgico in tutti i pazienti che non abbiano controindicazioni assolute all'intervento chirurgico stesso. L'età non è considerata una controindicazione assoluta all'intervento chirurgico ma una controindicazione relativa soprattutto se associata ad altre comorbidità, considerando la bassa sopravvivenza postoperatoria nei pazienti con un'età superiore agli 80 anni [32]. Anche lo stato neurologico influenza notevolmente il trattamento chirurgico. Se in pazienti in stato di coma o con un'importante compromissione neurologica, l'intervento chirurgico spesso non è risolutivo, la presenza di paraplegia e/o di stroke preoperatorio non rappresentano controindicazioni alla correzione chirurgica.
Concludendo, le sindromi aortiche acute rappresentano un'emergenza assoluta e necessitano di una pronta diagnosi e trattamento, chirurgico o endovascolare o, in ultima istanza, medico. La dissezione aortica tipo A richiede trattamento chirurgico emergente, mentre la tipo B trattamento medico o endovascolare a seconda della presenza o meno di segni di "rottura imminente". Fondamentale per seguirne l'evoluzione diventa il follow-up con angioTC o con angioRM e con controllo regolare della pressione arteriosa. Il trattamento endovascolare dell'aorta toracica discendente, successivo ad una prima chirurgia per dissezione aortica acuta tipo A, è associato con promettenti e favorevoli risultati.

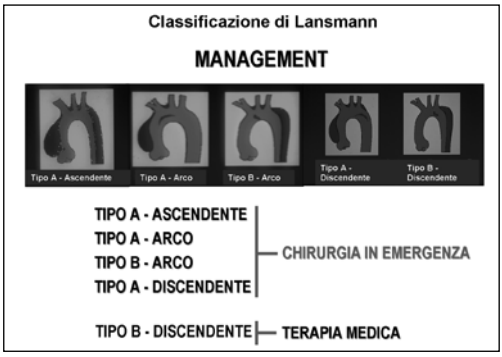


Fig. 8: Classificazione di Lansmann con modalità di trattamento.

PERCORSO SINDROME AORTICA ACUTA LINEE GUIDA REGIONALI

La commissione Cardiologica-Cardiochirurgica della Regione Emilia-Romagna nel 2014 ha organizzato un Gruppo di Lavoro che, sulla base della propria esperienza clinica e dei risultati della letteratura disponibile, ha formulato per consenso le seguenti raccomandazioni: in tutte le U. O. di Emergenza-Urgenza delle Strutture Sanitarie della Regione devono esistere protocolli per la gestione condivisa della Sindrome Aortica Acuta Toracica (AAST) con le Strutture Hub di riferimento dotate di U.O. di Cardiochirurgia.

Obiettivi:

Le finalità che si intendono perseguire nella costruzione della rete per le sindromi aortiche acute sono:

- Identificazione delle strutture hub e spoke di riferimento
- Riduzione della variabilità dei comportamenti clinici ed assistenziali
- Ottimizzazione delle fasi del processo assistenziale e dei tempi di intervento
- Individuazione di indicatori utilizzabili ai fini di iniziative di valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza.

In caso di sospetto clinico di AAST, la diagnosi deve essere effettuata mediante tomografia computerizzata (TC) toraco-addominale senza e con mezzo di contrasto (esame di I livello); in caso di TC dubbia o in presenza di controindicazioni alla TC possono essere effettuate l'ecocardiografia transesofagea

(esame di II livello) e la risonanza nucleare magnetica (RM) (esame di III livello), se disponibile. Devono essere inviati ai centri Hub di riferimento e ricoverati in Unità di Terapia Intensiva Cardiologica o Cardiochirurgica tutti i pazienti con diagnosi confermata di AAST. Centri Hub di riferimento per la AAST sono le strutture dotate di:

- Terapia Intensiva Cardiologica e Cardiochirurgica
- U.O. di Cardiochirurgia
- U.O. di Chirurgia Vascolare e U. O. di Radiologia Interventistica

Per dissezione di tipo A: il centro di cardiochirurgia di riferimento sarà quello più vicino

Per dissezione di tipo B complicata: il centro di cardiochirurgia di riferimento sarà AOU Parma per Area Vasta Emilia Nord e AOU Bologna per Area Vasta Emilia Centro e AUSL Romagna.

Per gli aneurismi toraco-addominali a rischio e/o sospetta rottura: il centro di cardiochirurgia di riferimento sarà AOU Bologna.

Il paziente ricoverato con AAST nel centro Hub di riferimento deve essere sottoposto a valutazione urgente multidisciplinare (cardiologo, cardiochirurgo, radiologo interventista, chirurgo vascolare) per definire la scelta terapeutica (chirurgica, endovascolare, ibrida) più appropriata.

Nella patologia acuta dell'aorta ascendente e dell'arco aortico è indicato il trattamento cardiochirurgico in emergenza.

Nella patologia acuta dell'aorta toracica discendente, è inizialmente raccomandato il trattamento medico con controllo pressorio ed evolutivo in Terapia Intensiva Cardiologica.

È indicato il trattamento endovascolare o eventualmente chirurgico in presenza di:

- dolore persistente/ricorrente resistente alla terapia medica massimale
- complicanze ischemiche midollari, periferiche o di organi viscerali
- "impending rupture" con progressivo allargamento del falso lume
- rottura con emotorace importante
- refrattarietà a terapia medica antipertensiva massimale
- estensione retrograda verso l'arco

Le procedure endovascolari sono previste nelle seguenti situazioni:

- Dissezioni tipo B instabili (dolore toracico ricorrente, ipertensione non controllabile da una terapia medica piena, segni di ematoma periaortico) e con anatomia favorevole
- Dissezioni tipo B con segni di malperfusione
- Ulcera penetrante dell'aorta discendente con instabilità clinica o segni di rapida progressione nei 7 giorni successivi
- Ematoma intramurale con ulcera penetrante dell'aorta discendente
- Ematoma intramurale nell'aorta discendente ed instabilità clinica

Dissezione Acuta tipo B

Il trattamento chirurgico va riservato:

- Quando, in presenza di dissezione aortica acuta tipo B, è presente un aneurisma dell'aorta ascendente e dell'arco
- Quando il foro di entrata nel tipo B è a cavallo dell'arteria succlavia sinistra

Si raccomanda il seguente protocollo di sorveglianza alla dimissione.

Patologia dell'aorta sottoposta ad intervento chirurgico:

- Entro 30 giorni dalla dimissione, controllo imaging (TC/RM) e visita cardiologica e/o cardiochirurgica
- Annualmente controllo imaging (TC/RM)

Patologia dell'aorta sottoposta a procedure endovascolari:

- A 30 giorni, a 3-6-12 mesi e poi annualmente visita e controllo imaging (TC/RM)

Patologia dell'aorta non sottoposta a procedure endovascolari / intervento chirurgico:

- A 30 giorni, a 3-6-12 mesi visita presso un centro specializzato nel trattamento della patologia cronica dell'aorta toracica e controllo annuale con imaging (TC/RM).

Dott. Luca Di Marco

Dirigente Medico I livello U. O. Cardiochirurgia, Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, Policlinico di S. Orsola, Università di Bologna - luca.dimarco@aosp.bo.it

Prof. Roberto Di Bartolomeo

Direttore U. O. Cardiochirurgia, Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, Policlinico di S. Orsola, Università di Bologna

Bibliografia

1. Vilacosta I, San Roman JA. Acute aortic syndrome. Heart 2001;85:365-8
2. Krukenberg E. Contribution to the question of dissecting aneurysm [In German]. Beitr Pathol Anat Allg Pathol 1920; 67:329-351
3. Evangelista A, Mukherjee D, Mehta RH, O'Gara PT, Fattori R, Cooper JV, et al. Acute intramural hematoma of the aorta. a mystery in evolution. Circulation 2005;111:1063-1070
4. Nienaber CA, Eagle KA. Aortic dissection: new frontiers in diagnosis and management. Part I. From etiology to diagnostic strategies [see comment]. Circulation 2003108628-35.
5. Shimizu H, Yoshino H, Udagawa H, et al. Prognosis of aortic intramural hemorrhage compared with classic aortic dissection. Am J Cardiol 2000;85:792-5
6. Sawhney NS, DeMaria AN, Blanchard DG. Aortic intramural hematoma. An Increasingly recognized and potentially fatal entity. Chest 2001;120:1340-1346
7. von Kodolitsch Y, Csosz SK, Koschyk DH, et al. Intramural hematoma of the aorta: predictors of progression to dissection and rupture. Circulation 2003; 107:1158-1163
8. Song JK, Kim HS, Song JM, et al. Outcomes of medically treated patients with aortic intramural hematoma. Am J Med 2002;113:181-187
9. Nishigami K, Tsuchiya T, Shono H, et al. Disappearance of aortic intramural hematoma and its significance to the prognosis. Circulation 2000;102 (19 Suppl 3):III243-III247
10. Nienaber CA, von Kodolitsch Y, Siglow V, et al. The diagnosis of thoracic dissection by noninvasive imaging. N Engl J Med 1993;328:1-9
11. Nienaber CA, Spielmann RP, von Kodolitsch Y, et al. Diagnosis of thoracic aortic dissection: magnetic resonance imaging versus transesophageal echocardiography. Circulation 1992; 85:434-447
12. Song JK. Diagnosis of aortic intramural haematoma. Heart 2004;90:368-71
13. Kang DH, Song JK, Song MG, et al. Clinical and echocardiographic outcomes of aortic intramural hemorrhage compared with acute aortic dissection. Am J Cardiol 1998;81:202-6
14. Ide K, Uchida H, Otsuji H, et al. acute aortic dissection with intramural hematoma: possibility of transition to classic dissection or aneurysm. J Thorac Imaging 1996, 11:46-52
15. Nienaber CA, Richartz BM, Rehders T, et al. Aortic intramural hematoma: natural history and predictive factors for complication. Heart 2004;90:372-4
16. Svensson LG, Crawford ES, Hess KR, et al. Dissection of the aorta and dissecting aortic aneurysms : improving early and long-term surgical results. Circulation 1990;82 (supp lV):24-38
17. Rizzoli G, Mazzucco A, Fracasso A, et al. Early and late serviva of repaired type A aortic dissection. Eur J Cardiothorac Surg 1994;4:575-83
18. Coady MA, Rizzo JA, Elefteriades JA. Pathologic variants of thoracic aortic dissections : penetrating atherosclerotic ulcers and intramural hematomas. Cardiol Clin North Am 1999;113:603-4
19. Ganaha F, Miller C, Sugimoto K, et al. Prognosis of aortic intramural hematoma with and without penetrating atherosclerotic ulcer. A clinical and radiological analysis. Circulation 2002;106:342-8
20. Coady MA, Rizzo JA, Hammond GL, et al. Penetrating ulcer f the thoracic aorta: what is it? How do we recognize it? How do we manage it? J Vasc surg 1998;27:1006-15
21. Ahmad F, Chesire N, Hamady M. Acute aortic syndrome: pathology and therapeutic strategies. Postgrad Med J 2006;82:305-312
22. Castaner E, Andreu M, Gallardo X, Mata JM, Cabezuelo MA, Pallardo Y. CT in nontraumatic acute thoracic aortic disease: typical and atipica features and complications. Radiographics 2003;23:S93-S110
23. Tisnado J, Cho S, Beachley MC, et al. Ulcerlike projections: a precursor angiographic sign to thoracic aortic dissection. AJR Am J Roentgenol 1980; 135:719-22
24. Hayashi H, Matsuoka Y, Sakamoto I, et al. Penetrating atherosclerotic ulcer of the aorta: imaging features and disease concept. Radiographics 2000; 20:995-1005
25. Movsowitz HD, David M, Movsowitz C, et al. Penetrating atherosclerotic aortic ulcers: the role of transesophageal echocardiography in diagnosis and clinical management. Am Heart J 1993;126:745-7
26. Eggebrecht H, Baumgart D, Schmermund A, Herold U, Hunold P, Jakob H, et al. Penetrating atherosclerotic ulcer of the aorta: treatment by endovascular stent-graft placement. Curr Opin Cardiol 2003;18:431-5
27. Eggebrecht H, Herold U, Schmermund A, Lind AY, Kuhnt O, Martini S, et al. Endovascular stent-graft treatment of penetrating aortic ulcer: results over a median follow-up of 27 months. Am Heart J 2006;151:530-6
28. Ganaha F, Miller C, Sugimoto K, et al. Prognosis of aortic intramural haematoma with and without penetrating atherosclerotic ulcer. A clinical and radiological analysis. Circulation 2002;106:342-8
29. Dailey PO, Trueblood HW, Stinson EB, et al. Management of acute aortic dissections. Ann Thorac Surg 1970;10:237-245
30. DeBakey ME, Henly WS, Cooley DA, et al. Surgical management of the dissecting aneurysms of the aorta. Thorac Cardiovasc Surg 1965;49:130-148
31. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. JAMA 2000;283:897-903
32. Di Marco L, Pacini D, Leone A, Petridis FD, Bissoni L, Di Bartolomeo R. Long-term out come after acute type A aortic dissection:does an age limit still exist? J Cardiovasc Surg (Torino). May 28, 2012
33. Bickerstaff LK, Pairolero PC, Hollier LH, et al. Thoracic aortic aneurysms. A population-based study. Surgery 1982; 92:1103-1108
34. Spittel PC, Spittel JA Jr, Joyce JW, et al. Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection: experience with 236 cases (1980 through 1990). Mayo Clin proc 1993;68:642-651
35. Hirst AE, Johns VJ, Kime SW, Huntington RW. Dissecting aneurysm of the aorta. A review of 505 cases. Medicine 1958;37:217-22
36. DeBakey ME, McCollum CH, Crawford ES, Morris GC Jr, howell J, Noon GP, Lawrie G. dissection and dissecting aneurysms of the aorta. 20 year-follow-up of five hundred twenty-seven patients treated surgically. Surgery 1982;92:1118-34
37. el Habbal MH. Cardiovascular manifestations of Marfan's syndrome in the young. Am Heart J 1992, 123752-7
38. Mehta RH, Suzuki T, Hagan PG, et al. Predicting death in patients with acute type A aortic dissection. Circulation. 2002;105:200-206
39. Suzuki T, Mehta RH, Ince H, et al. Clinical profiles and

outcomes of acute type B aortic dissection in the current era : lessons learned from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD). Circulation 2003. Sep 9;108 Suppl 1:II312-7.
40. Erbel R, Alfonso F, Boileau C, et al. Diagnosis and management of aortic dissection. Recommendations of the task force on aortic dissection, European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2001. 22, 1642-1681
41. Braunwald's Heart Disease ffi A Textbook of Cardiovascular Medicine, Seventh Edition. United States of America: Elseview Saunders. 2005. pp. 1894. ISBN 0-7216-0509-5
42. Loeys BL, Schwarze U, Holm T, et al. 2006. Aneurysm syndromes caused by mutations in the TGF-beta receptor. N. Engl. J. Med. 355 (8): 788–98
43. LeMaire SA, Pannu H, Tran-Fadulu V, Carter SA, Coselli JS, Milewicz DM. 2007. Severe aortic and arterial aneurysms associated with a TGFBR2 mutation. Nature clinical practice. Cardiovascular medicine 4 (3): 167–71
44. Ammons MA, Moore EE, Moore FA, Hopeman AR. Intra-aortic ballon pump for combined myocardial contusion and thoracic aortic rupture. J Trauma 1990, 30. 1606-8
45. Moles VP, Chappuis F, Simonet F, Urban P, De La Serna F, Pande AK, Meier B. aortic dissection as complication of percutaneous transluminal coronary angioplasty. Cathet Cardiovasc Diagn 1992;26:8-11
46. Alfonso F, Almeria C, Fernandez-Ortiz A, et al. Aortic dissection occurring during coronary angioplasty. Angiographic and transesophageal echocardiographic findings. Cathet Cardiovasc Diagn 1997; 42:412-5
47. Nesser HJ, Eggerbrecht H, Baumgart D, et al. Penetrating atherosclerotic aortic ulcers. Am Heart J 1994;128:1210-7
48. Hennessy TG, Smith D, McCann HA, et al. Thoracic aortic dissection or aneurysm: clinical presentation, diagnostic imaging and initial management in a tertiary referral cenetr. Ir J Med Sci 1996; 165:259-262
49. Rahmatullah SI, Khan IA, Caccavo ND, et al. Painless limited dissection of the ascending aorta presentino with aortic valve regurgitation. Am J Emerg Med 1999; 17:700-701
50. Eisenberg MJ, Rice SA, Paraschos A, et al. The clinical spectrum of patients with aneurysms of the ascending aorta. Am Heart J 1993;125:1380-1385
51. vonKodolitsch Y, Schwartz AG, Nienaber CA. Clinical prediction of acute aortic dissection. Arch Intern Med. 2000;160:2977-2982
52. Alverez Sabin J, Vazquez J, Sala S, et al. Neurologic manifestations of dissecting aneurysm of the aorta. Mad Clin (Barc) 1989;92:447-449
53. Prendes JL. Neurovascular syndromes in aortic dissection. Am Fam Physician 1981 ;23 :175-179
54. Gerber O, Heyer EJ, Vieux U. Painless dissections of the aorta presenting as acute neurologic syndromes. Stroke 1986;17:644-647
55. Slater EE. Aortic dissection presentation and diagnosis. In: Doroghazi RM, Slater EE, eds. Aortic Dissection. New York, NY: McGraw-Hill;1983:61-70
56. Treasure T, Raphael MJ. Investigation of suspected dissection of the thoracic aorta. Lancet 1991; 338:490-494.

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
NEUROPSICHIATRICO

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

BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19

Centralino:
tel. 051 580395

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

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

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

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

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 23 agosto 2016

Cognome-Nome	Telefono	Cognome-Nome	Telefono
ARCIUOLO GIUSEPPE	340/74.61.536	GUENZI LORENZO	389/80.66.070
ATTI CARLO	339/72.01.388	LATTUCA THOMAS	328/62.14.756
BALZANI ALESSIO	393/06.03.479	LOCASO MICHELA	320/07.84.669
BARILLI GABRIELE	338/44.60.516	LOLLI GIULIA	338/87.69.986
BONFIENI AMANZIO	373/83.84.322	LOTRECCHIANO LUDOVICA	348/56.71.879
BRAVI CARLO ANDREA	338/78.34.089	MAHMOUD GHANEM SADAM	347/17.85.672
BUIATTI MARIA	333/99.21.595	MATTEI SIMONE	329/15.91.919
CALIARI GABRIELE	340/85.87.196	MERLI ELENA	333/38.14.807
CHIARINI VALENTINA	349/00.60.601	NICOLACI TIZIANA	345/63.00.277
COSTANTINO CLAUDIA	335/70.09.963	PASSARINI GIULIA	339/17.34.151
DE BERARDINIS GIULIA	339/50.77.298	PATTI DANIELA	349/33.20.021
DE MARIA BEATRICE	338/67.32.338	PEDRINI FRANCESCA ALICE	340/78.48.535
DI CIOMMO MARIA LUISA	347/23.03.113	PRIVITERA HRUSTEMOVIC HANA	329/37.98.070
DI MARZIO GIULIA	339/30.12.847	RIZZO RAFFAELLA	380/79.43.223
FATTIBENE JESSICA	331/12.76.543	ROTINI CARLOTTA	329/79.39.753
FOGUE BWOPDA FABRICE INNOCENT	329/60.15.283	RRUSHO ODETA	370/31.18.258
FORLANI GIULIA	333/98.85.260	SOFLAI SOHEE SOPHIA	333/95.84.688
FORMARO NICOLINA SILVANA	347/78.27.325	STARA ALESSANDRA	345/59.00.388
GALUPPI FRANCESCO	335/65.98.563	STEFANINI CRISTINA	348/44.49.668
GAMBERI ALESSANDRO	333/57.94.387	STIPA CARLOTTA	329/58.66.089
GAMBERINI ELISA	333/71.17.218	TAMBURRANO CHIARA	340/85.38.654
GARDINI GRETA	340/93.55.691	TARTIVITA CHIARA NATALIA	348/91.38.057
GENTILINI MATTIA	051/47.76.20	TOMASSOLI GIOVANNI	340/29.41.064
	340/23.17.355	VALLI VITORIO	337/59.10.23
GRANA MARIANNA	329/89.32.333	VENTURI RAFFAELLA	349/74.60.558
GRAZIANO DANIELE	333/74.94.082	ZAVARONI SUSANNA	370/31.16.647

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
COGNOME E NOME	SPECIALISTA	Numero Telefono
BOTTOLI ELENA	Corso di Formazione in Medicina Generale	339/30.10.766
CARDELLICCHIO RODOLFO	Ortopedia e Traumatologia	051/49.29.16
335/62.20.145		
CONGIU ERMINIA	Corso di Formazione in Medicina Generale	349/53.19.078
DI VITO LIDIA	Neurologia	328/85.17.534
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
Chirurgia della Mano		
	Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
FABBRI SIMONETTA	Medicina Interna	335/54.87.533
FORLANI GIULIA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	333/98.85.260
GEROCARNI BEATRICE	Psichiatria	338/32.27.405
KINTRILI ARTEMISA	Microbiologia e Virologia	392/02.01.009
LACORTE DORIANA	Pediatria	380/38.65.381
MAHMOUD GHANEM SADAM	Urologia	347/17.85.672
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente	
	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/44.32.41
		339/48.19.676
PALUMBO BENEDETTA	Odontoiatra	051/30.38.96
		338/33.64.432
PICCOLI LIDIA	Chirurgia Generale	347/59.17.472
PIRAZZOLI GIAN LUCA	Geriatria	329/27.52.327
RIZZO RAFFAELLA	Neurologia	380/79.43.223
SARTINI ALESSANDRO	Gastroenterologia	347/92.39.701
SCATURRO MELCHIORRE	Neurologia	347/53.37.537
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23
VENTURI RAFFAELLA	Patologia Clinica	349/74.60.558

Le Radici del Benessere: dall'igiene orale all'Area Wellness. Igienisti, dentisti, medici, atleti, sportivi e cultori della materia

Venerdì 16 e sabato 17 Settembre 2016

Bologna, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - via San Vitale n. 59 (Bologna) - Aula Bigari

PROGRAMMA
VENERDÌ 16/09
9:00-9:15 - *Prof. Luigi Checchi,* Introduzione al corso
9:50-13:00 - *Prof. Filippo Ongaro,* Nutrizione e malattie cronico-degenerative
14:00-17:00 - *Prof. Luigi Checchi,* Malattia parodontale, malattie sistemiche e igiene orale domiciliare
SABATO 17/09
9:00-13:00 - *Prof. Filippo Ongaro,* Allenamento fisico e prevenzione
14:00-16:00 - *Dott.ssa Sonja Ongaro,* Stress e tecniche di rilassamento
16:00-17:00 - Tavola rotonda

Per effettuare la registrazione al corso contattare:
Dott.ssa Barbara Tissino
barbara.tissino@unibo.it
(+39) 051 20.88.189
dalle ore 12:00 alle ore 13:00
Crediti ECM 18,5.

Corso triennale di agopuntura

26 novembre 2016

Bologna, Policlinico Sant'Orsola

A.M.A.B. – Associazione Medici Agopuntori Bolognesi - Scuola Italo Cinese di Agopuntura aderente alla Federazione Italiana delle Società di Agopuntura (FISA) con il patrocinio dell'Ordine dei Medici e Chirurghi della Provincia di Bologna, in convenzione con l'USL di Bologna, in collaborazione con la Facoltà di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino.

Direzione della Scuola: Dott. Carlo Maria Giovanardi e Dott. Umberto Mazzanti

Obiettivi della scuola:
Formare professionisti nel campo dell'Agopuntura e della Medicina Tradizionale Cinese nell'ottica dell'integrazione con la Medicina Occidentale. Trasmettere la capacità di scegliere, di fronte ad un quadro patologico, se operare con gli strumenti della Medicina Occidentale, con quelli della Medicina Tradizionale Cinese o con l'integrazione di entrambe, sempre secondo i criteri di efficacia, di minor effetti iatrogeni e di minor costi.

Durata:
Il corso è conforme all'Accordo per la Certificazione di Qualità della Formazione in Agopuntura siglato il 7 febbraio 2013 nella Conferenza Permanente Stato-Regioni. L'accordo stabilisce un monte di 500 ore (400 ore di teoria, 50 ore di pratica con tutor e 50 ore di pratica clinica) da svolgersi nel corso di tre anni. L'attività didattica si svolge a cadenza mensile nei weekend. Il passaggio all'anno successivo è subordinato al superamento di un esame.

Attestato finale:
Al termine del terzo anno, dopo la discussione di una tesi, sarà rilasciato l'Attestato Italiano di Agopuntura della F.I.S.A. (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura) valido ai sensi dell'Accordo 54 della Conferenza Stato Regioni. Tale titolo è equipollente a quelli rilasciati dalle università ai fini dell'iscrizione negli Elenchi dei professionisti esercenti l'Agopuntura istituiti dagli Ordini professionali provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

ECM:
L'AMAB - Scuola Italo Cinese di Agopuntura – Medicina e Tradizione è registrata presso il Ministero della Sanità come Provider Standard (n° 853) organizzatore di eventi formativi nell'ambito della Educazione Continua in Medicina (ECM). Gli eventi formativi della Scuola saranno accreditati da parte del Ministero, in base alla loro durata e alla loro qualità.

Stages di studio in Cina:
La Scuola organizza stages di studio presso ospedali e università cinesi.

Quota di partecipazione:
Quota annuale di 1.960,00 euro (IVA compresa), nella quota è compresa l'iscrizione all'Associazione Medici Agopuntori Bolognesi e alla Federazione Italiana delle Società di Agopuntura.
Per i neolaureati (2014-2015-2016) quota ridotta per il primo anno a 1.360,00 euro (IVA compresa).

Termine di presentazione della domanda:
04 novembre 2016

Per maggiori dettagli: www.amabonline.it
Per ulteriori informazioni:
Segreteria AMAB – Scuola Italo Cinese di Agopuntura - Via Antonio Canova, 13 40 138 Bologna - Cell. 340 9553985 – Tel. e Fax 051 4120505
e-mail segreteriascuola@amabonline.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Provider Nazionale n. 3744

Evento Residenziale

LA RIFORMA DELLA RESPONSABILITÀ MEDICA

Responsabile Scientifico: Dott. Alessandro Nobili

sabato 24 settembre 2016

Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna
Via Zaccherini Alvisi n. 4 - Bologna

Ore 08.45 **Registrazione dei partecipanti**

Ore 09.00 **Introduce e modera**
Dott. Alessandro Nobili
(Consigliere Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna)

Ore 09.15 **Aspetti medico-legali**
Dott. Luigi Mastroroberto
(Medico, Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni)

Ore 10.15 **Aspetti penalistici**
Prof. Avv. Vittorio Manes
(Professore Ordinario di Diritto Penale Università di Bologna)

Ore 11.15 **Aspetti assicurativi**
Marco Oliveri (Broker di assicurazioni)

Ore 12.30 **Tavola Rotonda**

Ore 13.00 **Questionario ECM e qualità percepita**

Destinatari dell'attività formativa: Medico Chirurgo/Odontoiatra
Obiettivo formativo: Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica.
Crediti ECM attribuiti: n. 4
Posti disponibili: 50

Iscrizioni aperte dal 04/09/16 al 22/09/16
Partecipazione gratuita - prenotazione obbligatoria tramite mail all'indirizzo ecm@odmbologna.it
Segreteria organizzativa: ecm@odmbologna.it - 3339506441

FOCUS SU OSTEOPATIE METABOLICHE E TERAPIA. IV EDIZIONE

Bologna, 6 maggio 2016

L'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione generale ha portato ad un progressivo aumento di numerose malattie croniche quali malattie cardiovascolari, ipertensione arteriosa, diabete mellito, sindrome metabolica ed osteoporosi. Alcune di queste malattie come l'osteoporosi si associano a complicanze severe in particolare alle fratture da fragilità che richiedono un costo significativo sia in termini personali sia per il sistema sanitario nazionale. Studi recenti hanno suggerito la presenza di meccanismi patogenetici comuni tra le malattie metaboliche dell'osso e le malattie cardiovascolari, e come queste patologie presentino fattori di rischio simili quali età avanzata, stato post-menopausale, diabete e abitudini di vita (per esempio, fumo di sigaretta, abitudini alimentari e mancanza di attività fisica). Inoltre queste patologie possono essere presenti contemporaneamente e richiedere l'assunzione di farmaci che possono avere effetti collaterali negativi sull'osso. Appare quindi sempre più necessario un approccio multidisciplinare per un corretto inquadramento diagnostico e terapeutico dell'osteoporosi. Questa quarta edizione del FOCUS ha rappresentato pertanto una importante occasione di incontro tra specialisti che si occupano di malattie del metabolismo minerale e dell'osso. Sono state valutate alcune di queste malattie (sindrome metabolica, diabete mellito, malattie da alterata funzione tiroidea, malattie reumatologiche) esaminando i meccanismi patogenetici che favoriscono la perdita di massa ossea e il conseguente rischio di fratture. Sono state affrontate anche condizioni meno note che possono associarsi ad osteoporosi quali l'iponatremia e la mancanza di un apporto corretto di vitamine la cui azione sulla salute dell'osso è ben conosciuta, come ad esempio la Vitamina D, o meno conosciuta come ad esempio la vitamina C. Sono poi stati riesaminati in tre sessioni diverse i ruoli di un corretto approccio diagnostico, di una terapia medica appropriata per il singolo paziente, e degli effetti avversi indotti da farmaci che i pazienti assumono per il trattamento di altre patologie. Nella prima sessione si è discusso del ruolo degli algoritmi, delle nuove applicazioni della densitometria ossea non pi limitata alla sola determinazione della massa ossea, e dei markers del turnover osseo, troppo spesso ignorati nella diagnostica. Nella seconda sessione è stato analizzato il ruolo della terapia medica includendo sia una panoramica dei dati di efficacia e sicurezza dei farmaci attualmente usati nella pratica clinica sia nuove prospettive terapeutiche caratterizzate dall'impiego di farmaci con target biologici sempre più sofisticati. Infine nella terza sessione sono stati approfonditi gli effetti collaterali sul metabolismo minerale e sull'osso di alcuni farmaci quali gli anticoagulanti per via orale, gli IPI, e i diuretici tiazidici. In conclusione, anche quest'anno il corso ha voluto fornire una panoramica delle acquisizioni più recenti nel campo della ricerca sulle osteopatie metaboliche, nonché favorire un confronto tra docenti e discenti sull'atteggiamento da assumere nella pratica clinica e nell'individuazione di efficaci percorsi terapeutici. I relatori hanno pertanto raccolto testimonianze ed esperienze dei discenti e suggerito comportamenti e scelte personalizzate per il singolo paziente, nonché un corretto approccio diagnostico e un trattamento farmacologico appropriato, in un'atmosfera di lavoro altamente stimolante ed interattiva.

30° CONGRESSO INTERNAZIONALE AMAB: "ESPERIENZE CLINICHE IN AGOPUNTURA E MEDICINA TRADIZIONALE CINESE"

Bologna, 12-13 marzo 2016

Sabato 12 e domenica 13 marzo a Bologna si è tenuto il **30° Congresso Internazionale AMAB** che per il trentennale ha deciso di rivolgere l'attenzione alle **"Esperienze Cliniche in Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese".**
Nelle due giornate moderatori ed esperti provenienti da tutta Europa si sono susseguiti presentando e portando la loro esperienza clinica. Importanti esponenti hanno parlato al congresso sottolineando l'importanza dell'integrazione e della comunicazione tra medicine di mondi diversi: *"un congresso dove le visioni si intrecciano e si fortificano con l'obiettivo di una medicina centrata sulla persona"*, sono le parole che la dott.ssa **Sabina Cevoli**[1] ha pronunciato durante il suo saluto.
Il dott. **Ramon Maria Calduch**[2] ha proseguito i saluti sottolineando come *"L'impegno e la costanza che il Presidente dott. Carlo Maria Giovanardi e il Vicepresidente dott. Umberto Mazzanti hanno dimostrato in oltre 30 anni battendosi per l'insegnamento e la possibilità di rendere fruibile e valida l'agopuntura e la MTC in Italia e non solo, hanno reso l'AMAB un'associazione riconosciuta a livello internazionale"*. Diversi sono stati gli ambiti e patologie su cui si è dibattuto: Nella prima giornata ha aperto il convegno la relazione del dott. **Piero Ettore Quirico**[3] che ha parlato del trattamento dell'Insonnia; a seguire la dott.ssa **Christine Nardini**[4] ha presentato un importante studio di ricerca effettuato, per ora, solo su animali, che indaga gli effetti dell'agopuntura dal punto di vista molecolare e biologico sul sistema immunitario intervenendo a più livelli, un esempio di possibile EBM e dimostrazione di applicazioni nelle patologie reumatologiche con importanti effetti sulla trascrizione di alcuni geni e sulla composizione del microbioma intestinale.
Nella sua relazione il dott. **Carlo Maria Giovanardi**[5] ha portato le riflessioni su trentacinque anni di attività ambulatoriale come medico agopuntore, ha sottolineato i dubbi e le peculiarità che un medico occidentale incontra nell'affacciarsi ad una medicina tradizionale antica ed appartenente ad una cultura lontana e diversa come la Cina, ha enunciato tre grandi caratteristiche indispensabili per la formazione di un bravo medico agopuntore: Tecnica, Esperienza e Persona.
Il dott. **Giulio Picozzi**[6] ci ha illustrato una tecnica peculiare per il trattamento delle Sindromi Bi che viene dalla tradizione tramandata dal dott. Tung, ultimo discendente di una linea familiare che si può far risalire fino alla dinastia degli *Han*, che è stato un famoso e abile agopuntore. Il metodo di agopuntura che si fa risalire alla sua tradizione famigliare si caratterizza per efficacia e prontezza di azione. L'associazione delle tecniche del dott. Tung a quelle più conosciute della MTC ampia e migliora le possibilità di successo nei confronti delle sindromi *Bi* che affliggono tanto comunemente i nostri pazienti. In seguito dall'Austria il dott. **Thomas Ots**[7] ha presentato una relazione sulla possibilità di intrecciare le conoscenze anatomiche, in particolare le innervazioni e le zone dermatomeriche, con le zone di azione dei meridiani, indicando la relazione esistente fra una base anatomica e reale con l'utilizzo nel corpo di certi punti per evocare determinate risposte.
A chiudere la sessione mattutina è stata la dott.ssa **Giuseppina Mariagrazia Farella**[8], che ha presentato al congresso il "Progetto europeo CHETCH: China and Europe Taking care of Healthcare Solutions" Programma Marie Curie, nel quale AMAB dà il

suo enorme contributo assieme ad alcune università italiane. Il progetto ha durata quadriennale e ha lo scopo di confrontare su diversi piani (sociale, economico, giuridico e sanitario) i due sistemi cinese e europeo con un approccio interdisciplinare e di tipo comparativo. AMAB in particolare si occupa di studiare una possibile integrazione dell'agopuntura all'interno dei sistemi sanitari Europei per alcune delle principali patologie a impatto sociale (Lombalgia, Cefalea/Emicrania e Fertilità). Inoltre ha l'importante compito di formulare, in collaborazione con gli altri partner, delle linee guida per la formazione in ambito di agopuntura a livello europeo. Il programma di ricerca è nato da un importante sforzo di cooperazione internazionale e coinvolge l'AMAB direttamente. A occuparsi di questo importante progetto sono i dottori Giuseppina Mariagrazia Farella, Maria Letizia Barbanera, Mauro Devecchi, Alessandra Poini.

Il pomeriggio è ripreso con il dott. **Francesco Ceccherelli**[9] ha presentato un'importante ricerca sull'utilizzo dell'agopuntura nel dolore neuropatico in particolare la valutazione di come una terapia integrata tra elettroagopuntura ed amitriptilina sia efficace per il controllo del dolore cronico da proctalgia insorto dopo intervento chirurgico o del dolore nella nevralgia post-herpetica. Il dott. **Alberto Garoli**[10] ha illustrato e presentato una relazione sui criteri di personalizzazione nella scelta e nel trattamento degli agopunti con una relazione che pone le basi biologiche nella diversità di risposta che spesso i pazienti hanno a seguito di un trattamento con agopuntura. La dott.ssa **Grazia Rotolo**[11] nella sua relazione: "Dalla diagnosi addominale al trattamento con agopuntura e formule classiche" ha parlato di tradizione e di integrazione di tecniche diagnostiche importanti come quella addominale che, con un attento esame obiettivo, riesce a dare indicazioni importanti sullo stato energetico del paziente. La presentazione di un caso clinico da parte del dott. **Dante De Bernadinis**[12],"Amenorrea da emozioni: caso clinico", ha mostrato come l'utilizzo di un singolo punto di agopuntura, scelto secondo gli insegnamenti del dott. Jeffrey Yuen, possa essere sufficiente ed inoltre la prof.ssa **Dan Tan**[13], ha parlato della gestione e delle problematiche legate alla menopausa.

Il dott. **Sotirios Sarafianos**[14] ha presentato la sua esperienza clinica ne "L'Agopuntura nelle reumoartropatie: casistica dell'ambulatorio pubblico Montebello di Bologna gestito dall'AMAB", portando il bilancio di un'attività trentennale, quella dell'ambulatorio di agopuntura pubblico, voluto fortemente dall'AMAB per offrire contemporaneamente un servizio alla popolazione anziana e agli studenti della scuola, che due volte a settimana possono accedere per effettuare attività di tirocinio in questa struttura. In chiusura della prima giornata la dott.ssa **Alessandra Gulì**[15] ha parlato della sua esperienza clinica di patologie oculari severe trattate con il metodo ACUNOVA.

La riapertura dei lavori nella seconda giornata è stata affidata al dott. **Umberto Mazzanti**[16] che ha portato la sua esperienza clinica sull'utilizzo dell'agopuntura nel trattamento di una patologia osteomuscolare di frequente riscontro ma di non semplice trattamento: la dorsalgia di origine muscolo-scheletrica; a seguire la dott.ssa **Elisa Rossi**[17]**,** esperta di agopuntura in campo pediatrico, ha preferito sostituire alla propria relazione la proiezione di un video nel quale ha raccontato la propria personale esperienza nel trattamento di alcune tra le più comuni patologie pediatriche, allergia, asma, irrequietezza con il tuina e l'agopuntura. Il dott. **Federico Marmori** ha presentato un protocollo di agopuntura nel trattamento combinato della prostatite cronica. La dott. ssa **Biemans Johanna**[18] nella sua relazione "PTNS (Percutaneous Tibial NerveStimulation), an evaluation of its possibilities" ha presentato le possibilità di azione di questa tecnica di elettrostimolazione perc utanea del nervo tibiale.

A seguire il dott. **Marco Romoli**[19] ha presentato una relazione su una metodica diagnostica avanzata come la Risonanza Magnetica Funzionale ed il suo utilizzo nella valutazione e nella ricerca sugli effetti dell'agopuntura a livello centrale. Il prof. **Steve Birch**[20] nella sua relazione: "When patients present with many health problems" ha illustrato le problematiche e le comorbilità dei pazienti che si sottopongono a trattamenti di agopuntura, che spesso presentano un overlap di diagnosi e patologie croniche e complesse; inoltre ha posto l'attenzione su come trattare questi pazienti, sostenendo come sia preferibile stimolare molto delicatamente l'organismo del paziente lasciandogli il tempo di reagire al trattamento. Il dott. **Carlo Moiraghi**[21] e la dott.ssa **Paola Poli**[22] hanno presentato un caso clinico: un paziente affetto da carcinoma della vescica in trattamento chemioterapico; i dottori hanno illustrato come l'agopuntura sia stata efficace nel supporto agli effetti collaterali legati al tipo di patologia e al trattamento di chemioterapia.

Il dott. **Lucio Sotte**[23] ha portato la sua esperienza di trattamento con agopuntura e MTC nella fibromialgia. Le relazioni sono riprese nel pomeriggio con la dott.ssa **Gemma D'Angelo**[24] con una relazione sul trattamento dell'emicrania e della cefalea: "La cefalea e l'emicrania: inquadramento clinico in agopuntura addominale e ombelicale"; il dott. **Sergio Perini**[25] ha presentato uno studio osservazionale retrospettivo sul trattamento con agopuntura nella disassuefazione da fumo di sigaretta.

Il dott. **Franco Menichelli**[26] ha parlato del trattamento con agopuntura nelle chinetosi indotte da radio e chemio-terapia. A parlare dell'utilizzo dell'agopuntura come importante supporto nei disagi psichici e nello stress è stato il dott. **Franco Cracolici**[27]. La dott.ssa **Elisabetta Casaletti**[28] ha parlato dell'utilizzo dell'agopuntura nelle tecniche di procreazione medicalmente assistita portandoci l'esperienza clinica di 5 anni in questo campo. Ha chiuso il congresso la relazione del dott. **Annunzio Matrà**[29] che ha affrontato il tema del paziente con esiti di ictus e di come l'agopuntura possa offrire, soprattutto se iniziata precocemente, un valido supporto alla terapia fisica nella riabilitazione delle funzioni motorie. Quest'anno l'AMAB ha superato il traguardo di 30 anni dalla sua fondazione. Proprio per festeggiare questo importante raggiungimento il congresso ha avuto una durata di due giorni. La scelta di un tema come le "Esperienze Cliniche" ha offerto ai relatori, tra i più importanti nel panorama dell'agopuntura italiana ed europea, l'occasione di presentare al congresso le proprie esperienze personali su argomenti estremamente vari. La varietà delle tematiche trattate è stata un'importante ed eccezionale opportunità di aggiornamento: l'affluenza dei partecipanti infatti è stata numerosissima e ha visto la presenza di oltre 540 medici provenienti dall'Italia e dall'estero.

---

[1] Dirigente Medico, Centro Cefalee, IRCCS Istituto Scienze Neurologiche Università di Bologna.

[2] Vicepresidente di Fundación Europea de Medicina Tradicional China, Spagna. Vicepresidente di Pan EuropeanFederation of Chinese Medicine Societies. Presidente del Consiglio Supervisore della World Federation of Chinese Medicine.

[3] Direttore Scuola di Agopuntura C.S.T.N.F., Prof. Onorario Università MTC Nanjing; Segretario F.I.S.A, Torino.

[4] Scientific Consultant Geeppies Shanghai (CN) & Personal Genomics Verona (IT).

[5] Presidente F.I.S.A. - Federazione Italiana delle Società di Agopuntura; Direttore A.M.A.B. - Scuola Italo Cinese di Agopuntura; Membro Comitato Scientifico A.M.A.B - Scuola Italo Cinese di Agopuntura Commissione MnC, OMCeO di Bologna; Componente Osservatorio MnC Regione Emilia-Romagna, Visiting Professor Nanjing University, Bologna.

[6] Ricercatore indipendente. Promotore del metodo di agopuntura ACUMEN. Ideatore della terapia manuale Miofibrolisi Integrata MFXI. Libero docente di agopuntura e farmacoterapia cinese A.M.A.B; Saronno (Varese).

[7] Editor-in-Chief, German Journal of Acupuncture DZA; Docente presso la Medical University di Graz, Austria; Presidente NADA-Agopuntura, Austria.

[8] Resercher CHETCH (Chinese and Europe Taking Care Healthcare Solutions); Tutor A.M.A.B. - Scuola Italo-Cinese di Agopuntura; Responsabile della Metodologia della Ricerca in Agopuntura A.M.A.B - Scuola Italo-cinese di Agopuntura; Delegato F.I.S.A. Regione Campania, Napoli.

[9] Ricercatore Confermato in Anestesia e Rianimazione; vice-Presidente e Direttore scientifico dell'AIRAS, Associazione Italiana per la Ricerca e l'Aggiornamento Scientifico, Padova.
[10] Researcher AnthroposNet International Network Medicine Group; Responsabile corso Semeiotica integrata N.S.O. Treviso; Chief Researcher and CMO at Numina Research Group Hong Kong-China, Praxisfur Naturheilkunde- Innsbruck Austria.
[11] Responsabile del Master di Farmacologia cinese clinica - Scuola delle Ricette classiche, Pavia.
[12] Responsabile del blog www.agopunturasida.it; Direttore Didattico della "Scuola Italiana di Agopuntura del Triveneto", Alba Adriatica,Teramo.
[13] PhD in ChineseInternal Medicine, MSc in Medicine, BSc in Acupuncture Programme Leader of MSc of Professional Practice in Acupuncture and BSc (Hons) Acupuncture School of Health and Education, Middlesex University, London.
[14] Responsabile dell'Ambulatorio di Agopuntura dell'AUSL di Bologna; Docente A.M.A.B. - Scuola Italo- Cinese di Agopuntura, Bologna.
[15] Docente A.M.A.B. - Scuola Italo Cinese di Agopuntura, Professore a c. di agopuntura all'Università di Brescia, Visiting Professor presso l'Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanjing (Cina); Delegato F.I.S.A. Regione Lazio, Roma.
[16] Vice Presidente A.M.A.B. – Scuola Italo Cinese di Agopuntura; Responsabile dei Master e del Forum Congressi; Commissione MnC, OMCeO di Bologna; Membro Comitato Scientifico A.M.A.B - Scuola Italo Cinese di Agopuntura Consigliere e Delegato F.I.S.A. Regione Emilia-Romagna, Visiting Professor Nanjing University, Bologna.
[17] Docente FISA e in diverse Scuole europee, OMCeO di Milano, Milano.
[18] Science coordinator at ETCMA, European Traditional Chinese Medicine Association; Clinicalepidemiologistat Qi-Rinitiator of needlingprojects: www.needling.org; Head of Acupuncture Knowledge Centre, The Netherlands.
[19] Società Italiana Riflessoterapia, Agopuntura e Auricoloterapia (S.I.R.A.A.); Responsabile del corso di Auricoloterapia A.M.A.B. – Scuola Italo Cinese di Agopuntura; Consigliere F.I.S.A., Prato .
[20] Associate professor, Norwegian School of Health Sciences, Kristiania University College, Oslo, Norway. Clinicalpractice in Amsterdam.
[21] Presidente A.L.M.A. Scuola di Agopuntura e MTC; Vicepresidente Agopuntura nel Mondo (AGOM); Vicepresidente Federazione Italiana Scuole Tuina e Qigong (FISTQ), Milano.
[22] Presidente AGOM - Agopuntura nel Mondo; Docente A.L.M.A. - Scuola di Agopuntura e MTC, Milano.
[23] Responsabile Dipartimento di Farmacologia Clinica e Docente A.M.A.B - Scuola Italo Cinese di Agopuntura; Delegato FISA Regione Marche, Presidente Commissione MNC, OMCeO di Macerata, Direttore Olos e Logos: Dialoghi di Medicina Integrata www.oloselogos.it, Civitanova Marche (Macerata).
[24] Responsabile Corso di Addomino e Ombelico Agopuntura A.M.A.B. - Scuola Italo Cinese di Agopuntura; Presidente dell'ASIAA (Associazione Scientifica Italiana di Addomino Agopuntura); Presidente dell'AMADELL (Associazione Medici Agopuntori del Levante); Consigliere e delegato FISA Regione Puglia, Bari.
[25] Direttore SSA U.M.A.B., Tesoriere F.I.S.A., Prof. a c. Università di Brescia, Prof. associato Università di Shanghai; Brescia.
[26] Presidente A.I.A. Associazione Italiana Agopuntura, Roma.
[27] Direttore Scuola di Agopuntura Tradizionale di Firenze; Vice Presidente FISA; Tutor Ospedale di medicina integrata di Pitigliano, Firenze.
[28] Docente A.M.A.B. - Scuola Italo-Cinese di Agopuntura; Responsabile Master di Medicina Tradizionale Cinese e Fertilità Naturale e in supporto alla Procreazione Medicalmente Assistita, Milano.
[29] Responsabile della Ricerca Clinica e Docente A.M.A.B. - Scuola Italo Cinese di Agopuntura; Componente Osservatorio MnC Emilia-Romagna; Membro Commissione Ricerca F.I.S.A, Federazione Italiana Società Agopuntura, Bologna.

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Ai Colli

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO PSICHIATRICO

Consorzio Ospedaliero Colibrì

Direttore Sanitario e Primario: ***Dott. Paolo Baroncini***

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

Reparti di degenza

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

Ambulatori

- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatria
- Etnopsichiatria e Servizio di Consultazione Culturale:

Coordinatore:
Dott. Vincenzo Spigonardo

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

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

Polistudi siti in Imola con ammessa pediatria di gruppo ricerca nutrizionista/dietista, logopedista e altri specialisti con competenze anche pediatriche. Telefono 335/6667776.

Affittasi in zona di prestigio (via Dante angolo viale Carducci) stanza arredata in ampio e luminoso studio medico con sala d'attesa e due bagni in comune, a medici specialisti per giornate o mezze giornate. Servizio reception per accoglienza pazienti. Per informazioni e visite Tel. 051.301977.

Vendesi Porta Castiglione studio dentistico autorizzato predisposto per tre poltrone 100 mq+cantina - Tel. 348/3345399.

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

Affittasi stanza attrezzata per odontoiatra, in studio dotato di: 3 locali operativi ampi, a norma, 2 radiologici, 2 bagni, sala di sterilizzazione, ufficio, sala d'attesa. Zona parcheggio piazza 8 agosto e stazione. Tel. 051/242301

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

Sono il dottor Mancini e rappresento il Centro Bio5, che opera nel settore dlela medicina del lavoro a Bologna. Stiamo ricercando una figura professionale di medico del lavoro, medico competente, per effettuare collaborazione professionali continuative e strutturate all'interno del nostro team. Si possono ottenere ulteriori informazioni nel nostro sito www.bio5.it oppure chiamando il numero 051/712602.

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.

Norme editoriali

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

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

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

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

Annunci: testo di massimo 500 battute

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

Poliambulatorio Privato

Giardini Margherita

Direttore Sanitario: Dr. Maurilio Missere

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

You Tube

Instagram

Google+

Seguici su Facebook

CONTATTI

Personale Segreteria: Caterina F. – Alice T.

Sede: Via Santo Stefano 103 – Bologna

Tel/Fax : 051. 48 42 736

segreteria@fondazionectr.it

http://www.poliambulatoriogiardinimargherita.it/

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

HONDA
The Power of Dreams

Honda CR-V.
Carattere dominante.

EARTH DREAMS TECHNOLOGY

honda.it Honda Auto Italia

Il SUV **più venduto al mondo** evolve ancora*. Grazie ai motori **1.6 diesel 120 CV e 160 CV 4x4**, anche con **cambio automatico a 9 rapporti**.

OFFERTA ESCLUSIVA AUTO AZIENDALI RISERVATA ALL'ORDINE DEI MEDICI**			
CR-V	**1.6 Elegance diesel 2wd**	**prezzo di listino € 30.100**	**prezzo promozionato € 25.100**
CIVIC TOURER	1.6 Comfort Diesel	prezzo di listino € 24.400	prezzo promozionato € 19.200
JAZZ	1.3 Comfort Navi	prezzo di listino € 16.750	prezzo promozionato € 15.100

Per informazioni contattare la referente Francesca Terrazzino: terrazzino@gruppomorini.it

Consumi gamma CR-V, ciclo combinato (l/100 km): da 4,4 a 7,5. Emissioni di CO_2 (g/km): da 119 a 175.
Consumi gamma Civic: da 3,9 a 8,7 l/100 km nel ciclo urbano, da 3,4 a 5,2 l/100 km nel ciclo extra urbano, da 3,7 a 6,4 l/100 km nel ciclo combinato, emissioni di CO_2: da 94 a 150 g/km.
Consumi gamma Jazz, ciclo combinato (l/100 km): da 4,6 a 5,1. Emissioni di CO_2 (g/km): da 106 a 120.
* Fonte: Jato, classifica globale 2015.
**Offerta valida fino al 30/09/2015 per vetture disponibili in concessionaria. Prezzi esclusi IPT, PFU e metallizzato.

Concessionaria Ufficiale
AUTOMOTIVE GROUP

Bologna - Via Zanardi, 41 - Tel. 051 63 50 905
San Lazzaro di Savena - Via Emilia, 283 - Tel. 051 499 25 11
Ravenna - Fornace Zarattini - Via della Merenda, 26 - Tel. 0544 50 17 19
Imola - Via Selice, 185/A - Tel. 0542 64 07 15
Forlì - Via Ravegnana, 422 - Tel. 0543 77 43 18
Modena - Via Emilia Est 1471 - Tel. 059 28 30 89

www.hondabologna.com