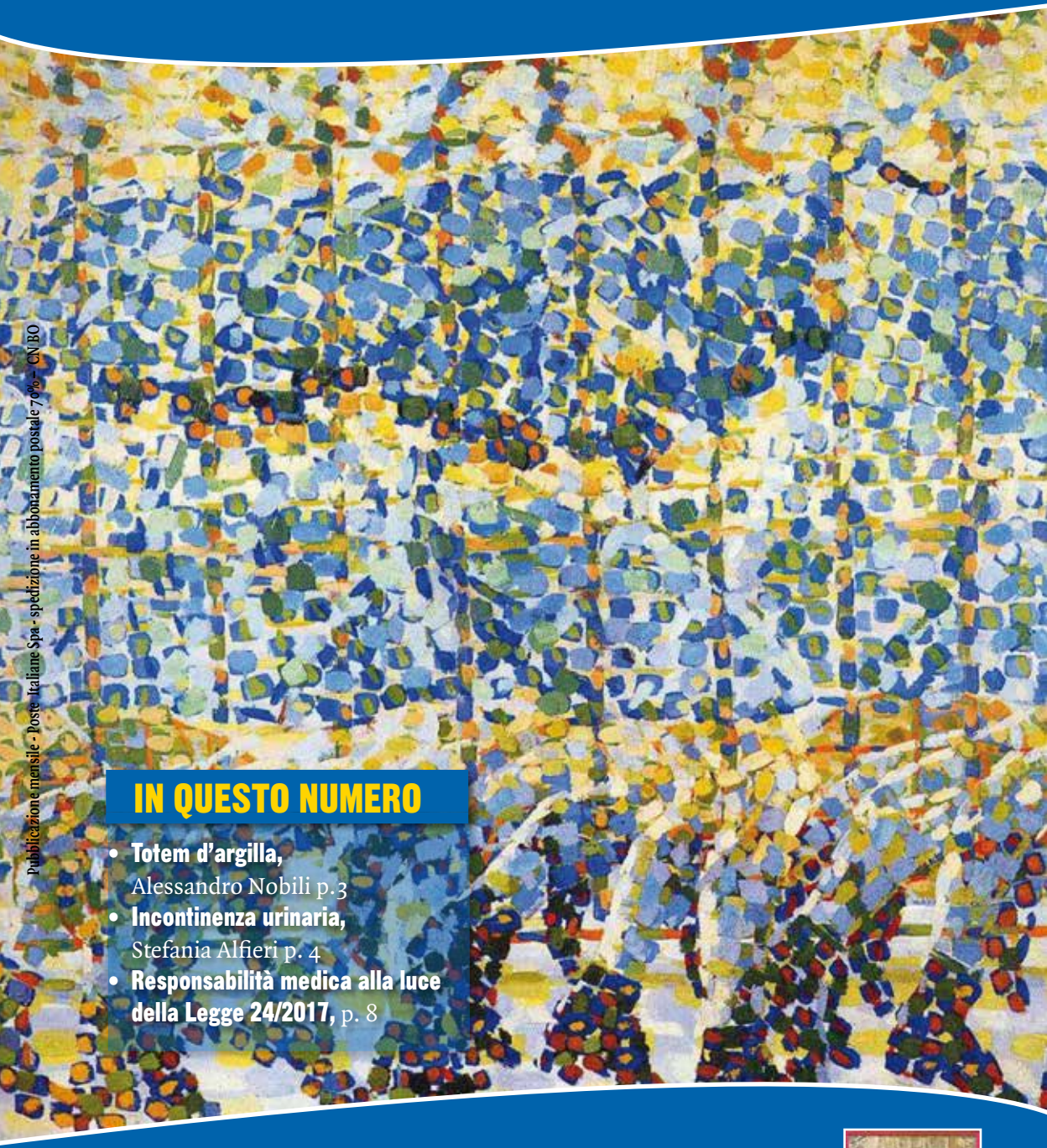
Bollettino Notiziario

anno L - N° 12 dicembre 2019



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

IN QUESTO NUMERO

- **Totem d'argilla,** Alessandro Nobili p.3
- **Incontinenza urinaria,** Stefania Alfieri p. 4
- **Responsabilità medica alla luce della Legge 24/2017,** p. 8

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*)

VILLA RANUZZI

via Casteldebole, 12
40132 Bologna
tel 051 613 76 11
fax 051 613 76 19
info@villaranuzzi.it
www.villaranuzzi.it

VILLA SERENA

Via Toscana, 219
40141 Bologna
tel 051 47 70 01
tel 051 48 11 94
info@villaserena-bo.it
www.villaserena-bo.it

Villa Ranuzzi e Villa Serena accolgono anziani non più autosufficienti mettendo a disposizione posti privati di Casa Protetta/RSA. Assistenza personalizzata con un servizio di animazione qualificato, fisioterapia in palestre attrezzate, presenza medica anche di notte e nei festivi. Tariffe differenziate. No lista d'attesa.

CONSORZIATE E ASSOCIATE CON

CERTIFICATE

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Anaste
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ

E.C.H.O.

Seguici su facebook

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
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

Il Bollettino di NOVEMBRE 2019 è stato consegnato in posta il giorno 9/12/2019

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

SOMMARIO

ANNO L - DICEMBRE 2019 N° 12

ARTICOLI
Totem d'argilla • **3**
Nuova tecnica per l'incontinenza urinaria • **4**
L'accertamento Tecnico Preventivo con finalità conciliativa • **6**
Con la legge Gelli-Bianco la responsabilità del medico è extracontrattuale. Ne siamo sicuri? • **8**
Levatrici nei secoli • **10**

RECENSIONI • **12**

IN BREVE • **14**

NOTIZIE • **26**
MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **26**
MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **26**

CONVEGNI E CONGRESSI • **27**

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • **28**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

Giacomo Balla , *Bambina che corre sul balcone* (1912), olio su tela, 125x125cm, Milano Museo de Novecento , Collezione Grassi

Nel dipinto si intravede una figura ripetuta reiterata quasi ritratta in più specchi. Si riconoscono gli stivaletti in basso riprodotti con ritmo regolare. In alto si percepisce la capigliatura di una bimba, la figlia dell'artista. La griglia ortogonale sovrapposta all'immagine è l'inferriata del balcone. L'interesse di Balla è quello di rappresentare il movimento organico nella ricerca futuristica.

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. CORRADO BONDI

Segretario
Dott. VITTORIO LODI

Tesoriere
Dott. OSCAR FINI

Consiglieri Medici
Dott.ssa MARGHERITA ARCIERI
Dott. FRANCO BENETTI
Prof. LUIGI BOLONDI
Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO
Dott.ssa ANNA ESQUILINI
Dott. GIUSEPPE IAFELICE
Dott. SALVATORE LUMIA
Prof. MAURILIO MARCACCI
Dott. MASSIMO MASOTTI
Prof. STEFANO PILERI
Dott.ssa GIULIANA SCHLICH

Consiglieri Odontoiatri
Dott. CORRADO BONDI
Dott. GIOVANNI RUBINI

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente:	Dott. CORRADO BONDI
Segretario:	Dott. GIOVANNI RUBINI
Componenti:	Dott. GIAMPAOLO AVANZINI
	Dott. FRANCESCO CICOGNANI SIMONCINI
	Dott. LUCA ORTENSI

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente:	Dott. ALESSANDRO ZATI
Componenti:	Dott. MARIO MELE
	Dott. ROBERTO PIERALLI
Supplente:	Dott. ILARIO RIGANELLO

Totem d'argilla

Alessandro Nobili

Uno slogan, o motto in italiano, è una frase breve, sintetica e di impatto che punta ad essere facilmente memorizzabile, con un conseguente effetto immediato; si avvale spesso di accorgimenti ritmici, di rime, di assonanze o allitterazioni. È usata in un contesto politico o commerciale... Così Wikipedia. Nel mio sentire aggiungerei: una cosa che vuole colpire ed impressionare, con la rapidità e l'incisività di un'istantanea. Ma che resta in superficie. Può far presa sulla pancia, insomma. Ma per far presa sul cervello ci vuole altro. Gli slogan sono sempre stati coniati ed usati. Di Carlo V si diceva che "sul suo impero non tramontava mai il sole", per sottolineare la vastità e grandiosità delle sue conquiste. Frase certamente impressionante, ma senza alcuna allusione alle molteplici problematiche che governare un impero così vasto comportava. Mi viene poi in mente lo slogan di Luigi XV (après moi le deluge, dopo di me il diluvio) finalizzato ad ammonire sul fatto che, in caso di una sua deposizione, ci sarebbe stato il caos, paragonato ad una tempesta. Senza tuttavia ricordare che dopo la tempesta arriva sempre il sereno. In questa epoca il ricorso agli slogan vive un momento magico, come dimostrato dal successo planetario di social network come Twitter e Instagram, dove l'unica condizione è di essere sintetici ed iconici. Lo slogan di questi giorni è "Fine alle liste d'attesa per la specialistica: gli esami si potranno fare dal MMG". Come corollario c'è una cifra, circa 235 milioni di euro, stanziata dal governo per dotare gli studi dei Medici di Medicina Generale di elettrocardiografi, spirometri, Holter, videodermatoscopi. L'ex parlamentare Federico Gelli parla (il Resto del Carlino del 17.11.2019) di una riforma potenzialmente epocale, termine evidentemente a lui caro, dal momento che tale veniva prospettata anche la "sua" legge sulla responsabilità medica (ma che sino ad ora sembra avere prodotto più confusione che altro). Sottraendosi alla suggestione dello slogan, e riflettendo sulle potenziali ricadute, la sensazione è che si vogliano comprare i carri armati prima di premurarsi di disporre dei carristi in grado di renderli operativi. I MMG sono già sobbarcati di lavoro. Basta visitare i loro studi, soprattutto durante i picchi di certe malattie endemiche. Si vorrebbe fargli fare, in più, anche il lavoro degli specialisti? Nessuno ha accennato a corrispondenti incrementi remunerativi. Forse il neoministro della salute pensa che fare il MMG sia un'attività alla stregua di un'opera di volontariato sociale? E nemmeno alcuno ha parlato di stanziamenti per la formazione specifica. Forse pensa il Ministro, altresì, che un medico generico, ancorché coscienzioso ed aggiornato, ma NON specialista in cardiologia, pneumologia, dermatologia, abbia la stessa competenza e dunque affidabilità di uno specialista? Dunque a poco serviranno i 235 milioni spesi in tal modo. Bisognerebbe avere il coraggio di riconoscere che di risorse ne servirebbero ben di più, affinché il tutto non si riduca ad uno stratagemma per catturare titoli sui giornali. E se, come ci dicono, altri soldi non ce ne sono, allora si lascino da parte gli slogan, che molto spesso sono dei totem d'argilla che servono solo ad impropri rigonfiamenti di petto. Se il Governo (nazionale e regionale) vuole davvero ridurre le liste d'attesa del SSN cominci ad investire quei fondi in qualcosa di veramente utile, per esempio finanziando un maggior numero di borse per specializzandi, e magari cominciando ad assumere un adeguato numero di medici ed infermieri.

Nuova tecnica per l'incontinenza urinaria

Stefania Alfieri*

La laser terapia si avvale della energia prodotta allo scopo di generare una reazione di tipo biochimico a livello delle membrene cellulari.
Il primo che parlò di laser terapia fu Albert Einstein nel 1917 il quale formulò le basi teoriche del laser e le inserì nella prefazione al suo lesto sulla Quantistica delle relazioni.
Questa tecnica nel corso degli anni si è differenziata ed ampliata ed è stata utilizzata in differenti ambiti clinici, arrivando ai giorni nostri ad essere impiegata anche in ginecologia.
Atrofia vaginale ed Incontinenza urinaria sono due condizioni cliniche che oggi riconosciamo con il termine di GSM (Sindrome genitourinaria della menopausa) che nel 2012 fu ritenuto più idoneo dagli esponenti della International Society for the Study of Women's Sexual Health e della North American Menopause Society – «Menopause» 2014 Oct;21(10):1063-8 – *D. J. Portman,M. L. S. Gass &on behalf of the Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel* - di queste due importanti Società scientifiche internazionali nel 2012 e nel 2014 ci fu la pubblicazione su «Menopause».
Che cosa succede! Si verifica una involuzione ed alterazione delle strutture cellulari che compongono l'architettura delle mucose vaginale vulvare uretrale e vescicale, tutti questi organi risentono della presenza e dell'assenza degli ormoni sessuali e perché hanno un origine embrionaria comune - innervazione in parte condivisa - vulnerabilità biomeccanica durante i rapporti e la presenza di patogeni.
Estrogeni concorrono al buon mantenimento dello spessore delle mucose grazie alla presenza di Glicogeno che per azione dei lattobacilli viene convertito in Ac. Lattico contribuendo a mantenere un buon PH acido a protezione delle mucose.
L'assenza degli Estrogeni si manifesta con la perdita dello strato superficiale delle mucose ed il prevalere di quello basale e parabasale, con riduzione del flusso ematico, aumento del tessuto connettivo, ialinizzazione del collagene, frammentazione dell'elastina e conseguentemente una ridotta elasticità tissutale.
Modificazione dei genitali esterni con assottigliamento e la vagina che subisce delle importanti variazioni in lunghezza, ampiezza e retrazione di fornici vaginali posteriori.
A tale proposito i membri di queste due importanti società scientifiche si sono riuniti ed hanno convenuto che nella Pz in menopausa con sintomi esclusivamente urovaginali era più appropriato consigliare una terapia a base di Estrogeni locali a basso dosaggio infatti terapia locale con Estriolo, Prasterone, Testosterone vegetale, ma anche una terapia per via orale a beneficio dell'ambiente vaginale l'Ospemifene.
Oltre alla problematica dell'atrofia vaginale con le problematiche quali dispareunia (difficoltà durante i rapporti) bruciore e prurito 6 MILIONI DI DONNE di donne in Italia soffrono per le problematiche dell'incontinenza urinaria.
Anamnesi fisiologica, patologica, valutazione dell'incontinenza:
IUS, incontinenza urinaria da sforzo, con improvviso aumento della pressione endoaddominale fino a superare quella intrauretrale.
IURG, incontinenza urinaria da urgenza, con perdita involontaria di urina per iperattività del muscolo detrusore della vescica che improvvisamente si contrae durante la fase di riempimento quindi ci troviamo dinnanzi un caso di una VESCICA IPERATTIVA.
IUM, incontinenza urinaria mista.
La peggior terapia è il non fare niente e ras-

segnarsi al pannolone che come dice il Prof Cervigni il pannolone non cura l'incontinenza urinaria.
L'Erbium Yag Laser: è un energia che viene assorbita dall'acqua contenuta nelle mucose e rilasciata 0,01 mm per cm2 ad una profondità di circa 3 mm ad una temperatura controllata di circa 65°C controllata grazie ad una modalità SMOOTH.
Agisce con una prima fase nella quale si verifica il serraggio foto-termico delle fibre collagene e di una seconda fase nella quale tramite la neocollagenesi si ha la sintesi di nuove fibre collagene.
Il 3a fase e terzo trattamento viene eseguito dopo 35740 gg quando la fase di neocollagenesi è già avviata, reclutando quindi ulteriori fibre collagene che si vanno a sommare a quelle già precedentemente reclutate per migliorare la capacità di rimodellamento di questa proteina.
Tecnica ambulatoriale, non necessita di anestetico, di ricovero, non brucia, non taglia, non causa carbonizzazione. Ma la novità che va ad arricchire questa metodica è l'utillizzo della
Sonda Intrauretrale
Non ablativa con ipertermia controllata, permette una buona vasodilatazione e rimodellamento del collagene direttamente in uretra non carbonizza e si possono effettuare anche più sedute.
Alla continenza sfinterica cooperano due importanti meccanismi:
1) Attività della muscolatura striata particolarmente evidente nel 3° medio - 2) Mucosa che riveste internamente l'uretra deputata alla coaptazione e chiusura uretrale.
Secondo la legge di Laplace in un condotto è importante la pressione, tensione e raggio.
Nello stesso condotto, pieno di fluido la parete di questo esercita una forza per tutta la sua lunghezza che dipenderà dallo spessore della parete stessa.
Se il raggio diminuisce ci sarà maggiore tensione nelle pareti e se miglioriamo il trofismo ci sarà maggiore P concentrica all'interno dell'uretra.
Per tanto valutando la mucosa uretrale dal punto di vista istopatologico osserviamo che prima del trattamento laser:

1 - Epit. cilindrico assottiglilato e non vi è vascolarizzazione.

2 - Manca la componente elastica e collagenica; Vasi e cellule nella lamina propria.

3 - reazione di riparazione nell'epitelio di riparazione (Muscolatura liscia) che è quell'epitelio che impedisce il riassorbimento dell'urina.

4 - Miglioramento delle strutture vascolari, mucose e sottomucose.

Con questa ulteriore tecnica (maniapolo intrauretrale) abbiamo potuto osservare che migliorando il trofismo uretrale, tutti gli altri sintomi correlati all'atrofia uretrale quali disuria, pollachiuria, nicturia, migliorano notevolmente quasi a raggiungere o a superare in alcuni casi gli effetti prodotti da Estrogeni locali.
Attualmente non ci sono studi randomizzati, ma ci sono le evidenze prodotte da questionari quali **ICIQ- SF score -FSDS - FSFI e VAS,** che testimoniano che questa metodica con il Laser Erbium può essere suggerita alle pz come valida alternativa alla TOS x la GSM, ed un trattamento di prima scelta nell'incontinenza urinaria lieve e moderata anche in vista della ulteriore nuova metodica con la sonda intrauretrale.
Io ho ideato un importante (ELISA) Studio prospettico randomizzato di confronto tra Laser terapia Erbium Yag ed applicazione locale di acido Ialuronico nel trattamento della disfunzione Sessuale da Atrofia vaginale indotta dall'ormonoterapia adiuvante in donne operate per carcinoma mammario, tramite la Fondazione MediPro Sanità che ho fondato per protocolli di studio e per supporto alle pz oncologiche con problematiche ginecologiche.
Ho coinvolto il Dott. Claudio Zamagni Dir. l'Istituto Addari del Policlinico Sant'Orsola.
Siamo quasi in conclusione e spero presto di poter comunicare i risultati di questo primo ed importante studio italiano randomizzato per queste problematiche.

** Specialista in Ginecologia ed Ostetricia*
Direttore sanitario Medipro
Consigliere della Società della Menopausa

L'accertamento Tecnico Preventivo con finalità conciliativa

La consulenza tecnica preventiva con finalità conciliative, prevista dall'art. 696 bis c.p.c. [1], è un istituto finalizzato ad anticipare, ad un momento precedente al giudizio, la valutazione tecnica dei fatti di causa, che, nel rito ordinario, viene invece svolta durante la fase istruttoria dal consulente tecnico nominato dal giudice (attraverso lo strumento della Consulenza Tecnica d'Ufficio). Attraverso il suddetto procedimento preventivo, quindi, è possibile domandare al giudice che venga disposta una consulenza tecnica prima dell'inizio della causa di merito.

Uno dei profili che caratterizzano l'istituto in parola riguarda l'attribuzione al consulente del potere di tentare la conciliazione fra le parti, in un'ottica deflattiva del processo di merito. In questo modo l'istituto acquisisce una duplice funzione: da un lato, quella probatoria e, dall'altro lato, quella conciliativa. In considerazione di ciò, la relazione che sarà redatta dal consulente tecnico potrà essere utilizzata nel successivo giudizio di come prova, mentre nel caso in cui il consulente riesca nella conciliazione, l'istituto avrà permesso la definizione anticipata della lite senza dover introdurre un giudizio di merito.

Un'altra peculiarità di detta Consulenza Tecnica Preventiva disciplinata dall'art. 696 bis c.p.c., a differenza della ordinaria consulenza tecnica preventiva di cui all'art. 696 c.p.c., è che la stessa può essere concessa anche in assenza dello stato di *periculum in mora* (cui è invece subordinata la analoga misura peritale prevista dall'art. 696 c.p.c.). Inoltre, in aggiunta a tale aspetto, il consulente tecnico, nel caso della consulenza ex art. 696 bis c.p.c., avrà – come abbiamo visto – anche il compito di tentare la conciliazione fra le parti.

Nonostante tali caratteristiche peculiari, il legislatore ha comunque inserito l'istituto in esame all'interno dei procedimenti di istruzione preventiva, rendendolo comunque legato al successivo giudizio di merito (del quale si sostanza come una sorta di anticipazione della fase istruttoria). Ciò permette di sostenere che, anche per tale procedimento, sia necessario che il ricorso richiesto sia rilevante nonché utile ai fini dell' accoglimento della domanda di merito che il ricorrente ha intenzione di introdurre. Pertanto, ai fini della ammissibilità del procedimento di consulenza tecnica preventiva con finalità conciliativa, il giudice dovrà comunque valutare la sussistenza di tali aspetti. La suddetta richiesta di consulenza, infatti, si introduce con Ricorso sul quale il giudice deve compiere una delibazione positiva sulla ammissibilità, la rilevanza e l'utilità dell'accertamento tecnico richiesto, in relazione alla successiva domanda di merito che ha intenzione di introdurre il ricorrente.

Conseguentemente, il giudice deve rigettare il ricorso ex art. 696 bis c.p.c. in tutti i casi in cui la consulenza tecnica preventiva appaia inammissibile o non rilevante o ancora non utile con riguardo all'oggetto della domanda risarcitoria formulata dal danneggiante.

Dal **punto di vista procedurale**, l'art. 696 *bis* rinvia al terzo comma dell'art. 696 c.p.c. e pertanto anche agli artt. 694 c.p.c. e 695 c.p.c., in quanto compatibili (questi ultimi, a loro volta, richiamati dal citato terzo comma dell'art. 696 c.p.c.). Inoltre, in virtù del fatto che l'istituto in esame è inserito all'interno del capo dei procedimenti cautelari, alla Consulenza Tecnica Preventiva conciliativa si applica altresì la disciplina procedurale di detti procedimenti. È, quindi, a tutte queste norme che deve guardarsi per individuare la disciplina procedurale applicabile all'istituto in esame.

A tal proposito, in questa sede, si può ri-

cordare che l'istanza deve essere proposta attraverso un ricorso al giudice che è competente a decidere il giudizio di merito secondo i criteri ordinari previsti dal codice di procedura civile; inoltre, può essere rivolta sia al tribunale sia al giudice di pace qualora la controversia spetti alla competenza per valore di quest'ultimo. Il ricorso deve contenere gli elementi che servono per individuare la successiva domanda di risarcimento e conseguentemente devono essere esposti i fatti, le domande ed eccezioni che saranno fatte valere nel giudizio di merito e che la consulenza è finalizzata a provare. Attraverso tale contenuto, quindi, il giudice ha la possibilità di valutare la ammissibilità, l'utilità e la rilevanza della consulenza tecnica preventiva richiesta per accertare e determinare il diritto fatto valere dal ricorrente.
Se, all' esito della valutazione di cui sopra, il giudice ritenga ammissibile il ricorso, fissa l'udienza di comparizione delle parti e assegna al ricorrente un termine per poter notificare il ricorso e il decreto di fissazione di udienza alla controparte, in modo che possa essere instaurato il contraddittorio con quest'ultima. Già nello stesso decreto di fissazione di udienza, oppure alla udienza di comparizione delle parti, il giudice provvede alla nomina del consulente tecnico d'ufficio che dovrà svolgere le operazioni peritali.
All'udienza prevista per il giuramento del consulente tecnico d'ufficio, il giudice assegna l'incarico a quest'ultimo, dopo che egli ha giurato, e formula i quesiti che dovranno guidare il consulente stesso nello svolgimento dell'indagine peritale. A loro volta, le parti potranno nominare i rispettivi consulenti tecnici di parte che affiancheranno quello d'ufficio nello svolgimento delle operazioni oppure possono riservarsi di nominare i propri consulenti non oltre l'inizio delle operazioni peritali.

Fonte: diritto.it

COLIBRÌ®

Ai Colli

PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO PSICHIATRICO

Aut. San. P.G. n. 58841 del 10/03/2008

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
- Psicologia Clinica

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

Sito internet: ***www.aicolli.com*** E-mail: ***casadicura@aicolli.com***

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

Con la legge Gelli-Bianco la responsabilità del medico è extracontrattuale. Ne siamo sicuri?

Gli obiettivi della **legge 24 marzo 2017, n. 24** sono la riduzione del contenzioso e della medicina difensiva, nonché la riduzione di rischi giuridici per la classe medica.

Sul tema le considerazioni a margine della riforma Gelli-Bianco portano alla naturale valutazione del tentativo eseguito dal legislatore nel volersi appropriare del ruolo da protagonista assunto negli anni dalla giurisprudenza, oltre che sottrarre il medico (strutturato e non strutturato che operi all'interno dell'Ente ospedaliero) dalla responsabilità contrattuale (*ex* art. 1218 cod. civ.), così come qualificata dai giudici di legittimità con la teoria del contatto sociale. Difatti, l'articolo 7 della legge 8 marzo 2017, n. 24 salva il contratto atipico, ovvero, il cosiddetto rapporto di spedalità tra paziente e struttura sanitaria, anzi è il caso di affermare che la legge di riforma va a tipizzare, stando alla lettura dell'articolo in questione, il rapporto contrattuale paziente-struttura. D'altronde, l'articolo 1372 del codice civile prevede che il contratto produce i suoi effetti solo tra le parti contraenti (paziente-struttura), ma non produce alcun effetto rispetto ai terzi se non nei casi previsti dalla legge.

Sulla responsabilità del professionista sanitario, invece, c'è chi ha intravisto, in dottrina, la possibile diminuzione dei giudizi nell'immediato futuro, ma non è così, perché il mirino delle azioni giudiziarie si è spostato nei confronti della struttura ospedaliera lasciando maggior respiro al medico, il quale è esposto maggiormente al "*fuoco incrociato*" delle Compagnie assicurative e dei medesimi Enti ospedalieri che saranno incentivati, a loro volta, ad esperire l'azione di rivalsa.

Ad ogni buon conto, con la tipizzazione della responsabilità extracontrattuale in capo al professionista sanitario non può ritenersi abbandonato del tutto lo schema normativo dell'articolo 1218 del codice civile. A ben guardare, l'articolo 7 della legge 24/2017 sancisce l'applicazione dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che il medico abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Secondo tale impostazione sono diverse le vie di fuga dalla responsabilità extracontrattuale, laddove appare fin troppo palese l'impossibilità di sanzionare comportamenti non migliorativi delle condizioni di salute dell'ammalato.

La prima via di fuga potrebbe essere rappresentata dalla firma del modulo del consenso informato che qualificherebbe il rapporto contrattuale medico-paziente, sia pur nei limiti dell'obbligazione assunta con la predetta sottoscrizione. Sul punto, tra i vari dubbi e perplessità dottrinali, molti studiosi hanno intravisto l'impossibilità di poter adottare questa affascinante teoria, poiché il consenso informato è una dichiarazione di scienza, piuttosto che una dichiarazione di volontà tra le parti, quale caratteristica propria del negozio giuridico.

Orbene, se volessimo qualificare il consenso informato come dichiarazione di scienza, le asserzioni in esso contenute rappresenterebbero elementi intangibili e suscettibili a mere rettifiche potendo giustificare, così, l'emendabilità delle dichiarazioni rese.

A ben vedere, la sottoscrizione del consenso informato non ammette successive modificazioni sulle dichiarazioni esposte e accettate dalle parti, ovvero medico e paziente. Per tale motivo non appare dirimente la più ampia qualificazione di dichiarazione di volontà del consenso informato, propria del negozio giuridico. Al riguardo, gli studiosi che conservano un parere contrario sul tema non solo disconoscono un dato normativo, ma cancellano anche la realtà dell'uomo.

Ciò posto, **una seconda via di fuga dalla responsabilità extracontrattuale potrebbe essere rappresentata dal contratto per persona da nominare.** Difatti, come illustrato dal Prof. Luigi

Viola, l'articolo 1401 del codice civile potrebbe conferire alle strutture sanitarie, nel momento della conclusione del contratto con il paziente (cosiddetto rapporto di spedalità), la facoltà di riservarsi a nominare successivamente la persona che dovrà assumere gli obblighi nascenti dal medesimo negozio giuridico sottoscritto dalle parti. Sul punto giova rilevare che il contratto per persona da nominare si distingue dalla rappresentanza indiretta proprio per la sua dichiarazione unilaterale e la scelta stessa del nominato successiva alla stipula del contratto, laddove nella rappresentanza il potere deve preesistere. In tale prospettiva, l'articolo 1401 del codice civile potrebbe trovare la sua applicazione, in ambito sanitario, soltanto se si pongono in collegamento i rispettivi negozi giuridici sottoscritti dal medico con la struttura e da quest'ultima con il paziente. Difatti, il rapporto di spedalità tra Ente ospedaliero e paziente può trovare la sua connessione con il rapporto contrattuale medico-struttura sanitaria attuando, così, il contratto per persona da nominare. D'altronde, il medico non conosce l'identità della persona che deve operare e il paziente non sa chi lo opera e, pertanto, l'articolo 1401 del codice civile può probabilmente trovare la sua applicazione.

Ad ogni modo, la legge 24/2017 è stata accolta con molta diffidenza da una parte della dottrina, ove l'inquietudine del civilista sposta l'argomentazione giuridica alla continua ricerca di strade ancora poco battute, al fine di rievocare la famosa teoria giurisprudenziale, giammai sopita, del contatto sociale. Probabilmente il pensiero del giurista dovrebbe tenere ben distinti i principi ispiratori del BGB rispetto al nostro ordinamento giuridico, laddove la riforma Gelli-Bianco ha tipizzato ciò che era considerato in passato un contratto atipico, ovvero il rapporto di spedalità paziente-struttura sanitaria, mentre sull'altro fronte delle azioni giudiziarie ha inteso qualificare la responsabilità del medico, nell'ambito della sua condotta posta in essere all'interno dell'Ente ospedaliero, secondo i rigidi canoni normativi della responsabilità *aquiliana*.

Tuttavia risulta aberrante leggere le seguenti tredici parole al quinto comma dell'articolo 7 della legge 24/2017 (riforma Gelli-Bianco):«*Le disposizioni del presente articolo costituiscono norme imperative ai sensi del codice civile*». Sul punto non v'è chi non veda che le norme imperative sono contenute all'articolo 1418 del codice civile in materia di contratti e, quindi, non hanno alcuna attinenza con la nuova qualificazione giuridica voluta dal legislatore in tema di responsabilità medica. Tuttavia, i profili propulsivi di evoluzione hanno visto, in ambito civilistico, sia l'inasprimento dello *standard* di diligenza richiesto, sia l'alleggerimento dei parametri di riscontro del nesso causale sempre più orientato a radicarsi verso la teoria del «*more likely than not*» (*più probabile che non*).

Se si allarga lo sguardo verso le altre professioni intellettuali si scopre come il modello classico della responsabilità civile professionale sia stato oramai abbondantemente superato in ogni sottosettore e si assiste ad un modello ineluttabile di inasprimento, nonché di crescita della responsabilità civile delle professioni in tutti gli ambiti secondo le direttive proprie della responsabilità medica.

Dunque, se si volesse descrivere il fenomeno considerato e la direzione evolutiva degli elementi costitutivi, in base alle complessive strutture invarianti, fuori dalle differenziazioni tipologiche di attività, occorrerebbe cogliere l'evoluzione di tre componenti: le norme deontologiche, la qualificazione della natura della prestazione professionale e il riparto dell'onere della prova. Al riguardo, alcuni studiosi pongono dei dubbi sul mutamento del riparto dell'onere della prova a seguito del nuovo inquadramento giuridico della responsabilità del sanitario ai sensi dell'art. 2043 cod. civ., atteso che il medico è un prestatore d'opera intellettuale e, quindi, trovano applicazione gli obblighi di protezione, di cui all'art. 2 Cost. e artt. 1175 e 1375 cod. civ. Tuttavia, un'altra parte della dottrina non nutre alcun dubbio su tale circostanza, perché se la responsabilità del professionista sanitario deve essere inquadrata ai sensi dell'art. 2043 cod. civ., anche il riparto dell'onere della prova segue il principio dettato dalla responsabilità *aquiliana*. Tale questione chiude il cerchio su un tema delicato ed in continua evoluzione sul quale sarà interessante osservare l'orientamento espresso nei futuri pronunciati giurisprudenziali delle Corti.

Fonte: diritto.it

Levatrici nei secoli

Antonio Molfese

La storia del parto e della nascita di una nuova vita è nata con il mondo e solo in seguito assistito da donne esperte. Essa viene descritta in Cina, in Mesopotamia, in Egitto, nel mondo arabo, nella medicina indiana e giapponese così come in quella precolombiana, oltre che in Grecia e nell'Impero romano.
Dai tempi antichi e fino al medioevo il parto e la nascita erano eventi di vita quotidiana e la medicina antica si occupava del parto solo a livello teorico, mentre l'arte ostetrica era pertinenza di "donne esperte". Nell'antica Grecia, della maieutica – o arte di partorire – si prendevano cura **le maiai** così come delle malattie delle donne descritte oltre che da IPPOCRATE, da ARETEO, GALENO, CELSO; nell'antica Roma **le obstetrices** "coloro che stanno davanti", le levatrici, erano le donne che assistevano le partorienti.
La levatrice, oltre a conoscere "le medicine" che la natura le forniva, interveniva non solo per il parto ma anche per le malattie delle donne e dei bambini, dal momento che per i medici vigeva l'interdizione di toccare il corpo femminile e soprattutto la sfera genitale.
Con la Scuola Salernitana (anno 1000) TROTULA de Ruggiero, ostetrica, divulgò la "divina arte", la ostetricia, e scrisse un trattato – tanto che Federico II fece conferire a Salerno il titolo di **Hippocratica Civitas.**
Solo nel 1500 con il risorgere della medicina e degli studi anatomici si permise ai medici di assistere ai parti. Si diffonde la chirurgia ostetrica con i suoi strumenti, come il forcipe e si sperimentano i primi interventi di taglio cesareo.
La chiesa fin dal XV sec. controlla le "raccoglitrici o mammane" e con il CONCILIO DI TRENTO si propose una giurisdizione sul loro operato motivato dal sospetto di stregoneria. Con LUIGI XIV nasce e si diffonde così la "mode de l'accoucher", chirurghi che ottengono la possibilità

di assistere i parti anche con l'uso di strumenti chirurgici, così che l'attività delle mammane venne sempre più delegittimata.
Il controllo istituzionale delle levatrici (numerose le abusive) vigeva fin dal 1624 ed era regolata da una "**Carta Autorizzante**", rilasciata dal PROTOMEDICO che consisteva:
- nel superare un esame teorico e pratico e saper leggere, conoscere l'anatomia, e stabilire la posizione del feto in utero ed in emergenza amministrare il battesimo.
- nel riconoscere i segni di un aborto imminente, intervenire nelle emorragie con panni bagnati in acqua ed aceto ed iniezioni di spirito di vino o aceto, curare le nausee e il vomito applicando i panni caldi con le mani unte di olii aromatici, che trasmettevano la loro essenza agli organi interni della donna, somministrare cordiali alla puerpera, acqua distillata di melissa, menta, cannella e vino zuccherato.
I bambini appena nati dovevano essere lavati con pannolini inzuppati di vino, olio ed acqua tiepida. Si curavano le infiammazioni della vagina con irrigazioni interne di papavero bianco in brodo, di semi di ortica o di foglie di melograno in vino astringente. Giovanni MARINIELLO (XVI sec.) proponeva un primo test di sterilità di coppia basato nell'introdurre uno spicchio di aglio nella vagina, se poi la donna puzzava di aglio dal naso non era sterile.
A Venezia nel 1773 viene istituita la prima cattedra di ostetricia; re Ferdinando IV nel 1777 ne fece istituire un'altra all'Università di Napoli, dove Domenico Ferrara, Teresa PLOYANT, Ostetrica, e PASQUALE CATTOLICA creano una scuola "per l'istruzione delle levatrici".
Nel 1812 presso la Università di Napoli insieme alla clinica di Medicina di Chirurgia ed Oftalmia viene aperta anche la Clinica Ostetrica e all'interno dell'Ospedale Incurabili un reparto di 6 letti, dal momento che le donne preferivano partorire a domicilio. La maggior parte degli illegittimi in Campania veniva inviata alla Reale Santa Casa dell'Annunziata.
Il parto cesareo al tempo serviva a salvare generalmente il bambino dal momento che la madre era disposta a sacrificare la vita. Due donne trattenevano la donna ed il chirurgo incideva la parete addominale come si vede nel disegno.

Tratto dal sito Fnomceo

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

Scuola Italo-Cinese di Agopuntura
Scuola accreditata dalla Regione Emilia-Romagna Determina n. 5050 del 05/04/2017

MASTER DI AGOPUNTURA A SUPPORTO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

Il Master è patrocinato dalla FNOMCeO, dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bologna, dall'Azienda USL di Bologna e dalla Fondazione ANT- ONLUS
Sede: Bologna, Istituto di Ricerca e Cura dell'A.M.A.B., via Antonio Canova 15/E.
Date e durata: 15-16 febbraio 2020 e 16-17 maggio 2020. Sabato 9:00-13:00/14:30-18:30; Domenica 8:30-13:30
Obiettivi del master: Descrivere i principali quadri clinici e le terapie indicate nei pazienti oncologici secondo la moderna biomedicina. Spiegare i meccanismi d'azione alla base dell'agopuntura. Analizzare la letteratura scientifica e le principali evidenze dell'agopuntura in ambito oncologico. Assumere le competenze per la gestione dei sintomi correlati alla terapia oncologica dal punto di vista dell'agopuntura. Fornire le conoscenze specifiche di dietetica occidentale e cinese per una loro corretta applicazione al paziente oncologico. Indicazioni all'utilizzo della fitoterapia cinese con particolare attenzione sulle possibili interazioni con i farmaci utilizzati in ambito oncologico. Comunicazione medico - paziente oncologico.
Relatori: Dott. L. Antonuzzo, Dott.ssa M. Campesato; Dott.ssa P. Gentilini; Dott. C.M. Giovanardi; Dott.ssa A. Gulì; Dott.ssa C. Iotti; Dott. J.J. Mao; Dott.ssa E. Fantinel; Dott. A. Matrà; Dott. U. Mazzanti; Dott. A. Passini; Dott.ssa A. Poini; Dott. L. Sotte; Dott. G. Tallarida; Prof. M. Tiseo Dott.ssa S. Varani; Dott. C. Zamagni.
Destinatari: Medici agopuntori.
ECM: la partecipazione al master rilascia **21 crediti ECM**.
Quota: € 1000,00 (quota associativa A.M.A.B. 2020 comprese), € 940,00 per i soci A.M.A.B. 2020, € € 752,00 per gli allievi dell'A.M.A.B. – Scuola Italo Cinese di Agopuntura.
Segreteria organizzativa: tel. 3409553985, segreteriascuola@amabonline.it, www.amabonline.it

FRANCESCO MINNI

ARTE E CHIRURGIA

VIAGGIO TRA I CAPOLAVORI ARTISTICI ISPIRATI DALLA CHIRURGIA ATTRAVERSO I SECOLI

Il professor Minni ha recentemente pubblicato il libro **Arte e Chirurgia**, edito dalla BUP (Bononia University Press), un'opera che può essere descritta come un viaggio tra i capolavori artistici ispirati dalla chirurgia attraverso i secoli.
È un vero e proprio compendio di storia dell'arte, un volume di 270 pagine con circa 280 immagini a colori, che offrono una panoramica puntuale dell'evoluzione della chirurgia nel corso dei secoli e della traccia lasciata da questa nell'arte.
Una stupefacente carrellata d'immagini, con annessi commenti testuali e aneddoti relativi ad alcuni dipinti, che mostrano un'inconsueta conoscenza della materia da parte dell'Autore.
Il volume è stato presentato a ottobre al 121° Congresso della Società Italiana di Chirurgia, la società scientifica di chirurgia più antica d'Italia, che consta oggi di 6.000 soci.
L'idea di fare questo libro venne al professor Minni a Larino, in Molise, in occasione di un convegno della FIDAPA nel 2014, cui fu invitato come relatore.
"La conferenza cadeva di sabato e pensai che non potevo parlare di tumori, perché avrei rovinato il fine settimana dell'uditorio. Così feci un intervento su arte e chirurgia. La sala era piena, c'era tutta la cittadina e fu un grande successo, tale che mi proposero di scrivere un libro sul tema della conferenza. Ci ho lavorato tanto, ci ho messo 5 anni, ma ci sono riuscito e ne sono particolarmente orgoglioso".
Nel libro sono evidenziate le interrelazioni tra varie forme artistiche (pittura, scultura, architettura) e l'incedere della chirurgia, che naturalmente è stato influenzato dalle visioni culturali, religiose e sociali del tempo. Si passa da episodi della mitologia greca ricchi d'implicazioni medico-chirurgiche, come il mito di Prometeo connesso con la rigenerazione del fegato, ai salassi (con annessa spiegazione del simbolo a forma di spirale bianca e rossa che ancor oggi troviamo davanti a molti esercizi dei barbieri). Si parla della circoncisione, del trattamento delle ferite di guerra, del taglio cesareo, dell'amputazione degli arti, della cura da parte di ciarlatani del "mal della pietra" (o pietra della follia), dei cavadenti, delle ceroplastiche e degli ex voto, dei primi interventi in anestesia fino al reimpianto degli arti, con il famoso miracolo della gamba nera operato dai santi Cosma e Damiano.
Il libro ci fa ripercorrere in sostanza la nostra storia, passando dall'antichità ai tempi bui del Medioevo, dal Rinascimento con la riscoperta degli studi anatomici (un esempio è il capolavoro di Rembrandt *La lezione di anatomia del dr. Tulp*), sino all'età moderna: una vera e propria scoperta di quadri noti, ma di cui magari si ignorava l'apporto dato dalla medicina del tempo, ed altri meno noti o ai più sconosciuti. C'è quasi da perdersi in questa rappresentazione artistica del dolore e delle scoperte mediche dell'uomo.
Potrà sembrare strano che un chirurgo si occupi di arte. In realtà l'affinità dei due mondi – apparentemente distanti – è notevole.
Alexis Carrel, chirurgo francese e premio Nobel per la Medicina nel 1912, sosteneva che ogni intervento chirurgico non è solo manualità, ma un insieme di arte, scienza e magia e, in effetti, tutti i chirurghi, almeno una volta nel corso della loro vita professionale, si sono sentiti degli artisti; non è un caso che la sala operatoria, luogo principe del lavoro dei chirurghi, in alcuni paesi venga ancor oggi chiamata "teatro operatorio".
L'interesse e le affinità tra Arte e Chirurgia sono ben spiegate nella prefazione all'opera: "Molti chirurghi, oltre a dedicarsi alla chirurgia e alla ricerca, sono spesso anche appassionati 'artigiani', che si esprimono nelle arti visuali o nella musica, in poesia o in letteratura. Il chirurgo è un artista creativo. E i chirurghi innovativi sono per l'appunto creativi, curiosi, desiderosi di aprire nuove strade".
La scienza e l'arte non sono poi così lontane. "Il binomio arte-chirurgia è espressione di un anelito verso il nuovo, verso ciò che non si conosce ancora". Entrambe condividono la capacità di immaginare l'ignoto, ciò che c'è oltre le Colonne d'Ercole.
Un'affinità elettiva di cui il professor Minni regala un excursus d'incredibile raffinatezza.

Certificato

UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

VILLA BELLOMBRA
RIABILITAZIONE ROBOTICA

Riabilitazione intensiva
con tecnologia robotica
LOKOMAT PRO®
e ARMEO POWER®
per il recupero degli arti inferiori e superiori

L'Ospedale Villa Bellombra è consorziato e associato con:

COLIBRÌ®
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

Uehp
European Union of Private Hospitals

VILLA BELLOMBRA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

via Bellombra 24
40136 Bologna
tel 051.58.20.95
info@villabellombra.it
www.villabellombra.it

Seguici su facebook

Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Pedone
Specialista in Geriatria, Medicina Interna, Cardiologia, Pneumologia e Dietologia

sandrostefanelli.com

Aut.San. N. PG 121388 del 13.05.10 © foto: Hocoma, Switzerland

CONSENSO NECESSARIO ANCHE SUL RISULTATO ESTETICO

Il consenso deve formarsi non solo in ordine ai rischi dell'intervento ed alle tecniche prescelte, ma anche in ordine al risultato estetico che da esso scaturirà, non potendo essere in ogni caso lasciata al sanitario la scelta sulla opzione esteticamente preferibile, che è scelta estremamente privata e riservata al paziente.
FATTO E DIRITTO: Il dott. A. M. propone ricorso per cassazione articolato in sei motivi nei confronti di A.A. e B.M.A., madre e figlia, nonché di Generali Italia s.p.a., per la cassazione della sentenza n. 873\2018, depositata il 24.4.2018 dalla Corte d'Appello di Palermo, notificata 1'11 maggio 2018 (come precisato nel ricorso introduttivo), con la quale, sovvertendo l'esito del giudizio di primo grado, veniva condannato a pagare euro 99.000,00 circa in favore della A.A. ed euro 111.000,00 circa in favore della B.M.A., a titolo di risarcimento del danno conseguente alla mancanza di un valido e preventivo consenso informato all'esecuzione sulla persona di entrambe di interventi di mastoplastica additiva con inserimento di protesi e per non aver eseguito gli interventi correttamente. A. e B. resistono con controricorso. Essendosi ravvisate le condizioni per la trattazione ai sensi dell'art. 380-bis c.p.c., nel testo modificato dal d.l. n. 168 del 2016, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 197 del 2016, è stata formulata dal relatore designato proposta di definizione del ricorso con declaratoria di improcedibilità dello stesso. Il decreto di fissazione dell'udienza camerale e la proposta sono stati comunicati. Il ricorrente ha presentato memoria. Considerato che: – Nella proposta depositata si proponeva la declaratoria di improcedibilità in quanto il ricorso, notificato il 10 luglio 2018 e proposto avverso la sentenza di appello pubblicata il 24.4.2018, pur facendo riferimento all'intervenuta notifica della sentenza impugnata, avvenuta in data 11.5.2018, non era accompagnato dalla produzione della copia notificata della sentenza, né risultava notificato nei sessanta giorni dal deposito del provvedimento impugnato. – Il procuratore del M., in allegato alla memoria, deposita la copia notificata della sentenza, in precedenza mancante, dalla quale risulta la notifica nel giorno indicato. Ciò non consente di superare il prospettato profilo di improcedibilità perché, ai fini della procedibilità del ricorso, l'art. 369, secondo comma, n. 2 c.p.c. prevede che debba essere depositata unitamente al ricorso, nel termine di venti giorni dall'ultima notificazione, la copia autentica del provvedimento impugnato munita della relata di notificazione se questa è avvenuta, né tale deposito può avvenire tardivamente, come previsto dall'art. 372 secondo comma c.p.c., in quanto la possibilità del deposito di documenti scissa da quella degli atti introduttivi è consentita solo qualora essi siano relativi all'ammissibilità del ricorso stesso, e non anche alla procedibilità. – La tardiva produzione della copia notificata del provvedimento impugnato non consente quindi di ritenere realizzata la condizione di procedibilità. – Peraltro, anche qualora si fosse scesi all'esame del merito, il ricorso non avrebbe potuto avere esito positivo in quanto manifestamente infondato. Con i primi tre motivi, il ricorrente si duole, sotto diversi ma connessi profili, della violazione e falsa applicazione delle norme sul consenso informato, in realtà contrapponendo genericamente alla valutazione della corte d'appello una diversa ricostruzione, fondata sulla valorizzazione di prove testimoniali non ritenute determinanti dal giudice per la formazione del proprio convincimento in ordine alla sussistenza di un valido consenso orale. Inoltre, confonde il danno da lesione alla salute con la lesione del diritto ad esprimere, prima di una operazione, un consapevole consenso informato ed omette anche di considerare la particolarità della chirurgia estetica, in cui il consenso deve formarsi non solo in ordine ai rischi dell'intervento ed alle tecniche prescelte, ma anche in ordine al risultato estetico che da esso scaturirà, non potendo essere in ogni caso lasciata al sanitario la scelta sulla opzione esteticamente preferibile, che è scelta estremamente privata e riservata al paziente: è questo, appunto l'inadempimento qualificato ascritto al M., che non ha ritenuto fosse suo dovere comunicare ad una delle due pazienti che avrebbe inserito una protesi additiva del seno, ovvero un corpo estraneo e che gli interventi, così come eseguiti, avrebbero comportato un aumento di due taglie, non necessario e pacificamente evitabile con diversa tecnica chirurgica migliorativa dell'aspetto estetico. Come osserva correttamente la corte d'appello, è evidente che l'esecuzione di una di-

Certificato

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

SANTA VIOLA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

Ricoveri privati tempestivi senza lista d'attesa

L'Ospedale Santa Viola è consorziato e associato con:

COLIBRÌ® E PLURIBUS UNUM CONSORZIO OSPEDALIERO

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

Uehp European Union of Private Hospitals

Ricoveri ospedalieri

- Post acuzie
- Riabilitazione
- Pazienti affetti da disordini della coscienza
- **Ricerca e formazione**

SANTA VIOLA
Presidio Ospedaliero Accreditato
via della Ferriera, 10,
Bologna 40133
t. 051 38 38 24
info@santaviola.it
www.santaviola.it

Seguici su facebook

Autor. Sanitaria N. PG 196321 del 14.05.2018

Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Pedone
Specialista in Geriatria, Medicina Interna, Cardiologia, Pneumologia e Dietologia

versa operazione/ quale che sia la tecnica utilizzata con modalità più o meno corrette, implica di per sé non solo un inadempimento contrattuale ex art. 1218 c.c. ma anche la lesione dell'integrità psicofisica della paziente ex art.2043 c.c., sottoposta ad un inutile rischio chirurgico e costretta, in seguito, a rioperarsi per eliminare l'effetto indesiderato dell'aumento del volume del seno ed ottenere quello voluto di revisione della mastopessi. Parimenti infondato è il quarto motivo, con il quale il ricorrente si duole della quantificazione del danno estetico ed in particolare della sua liquidazione rapportata alle voci di danno biologico delle tabelle di Milano, sostenendo: che nessun esito permanente rimanga, essendo stata la situazione modificata con un nuovo intervento eseguito nel 2006; che nessuna invalidità permanente possa conseguire ad un intervento estetico (ben riuscito). La corte d'appello ha liquidato il danno non patrimoniale conseguente alla cattiva esecuzione degli interventi e alla modifica non voluta dell'aspetto estetico di entrambe, con valutazione equitativa della inabilità temporanea rapportata al lasso di tempo tra gli interventi eseguiti dal M. e i successivi interventi ai quali si sono sottoposte le due donne per eliminare i risultati non voluti e conseguire l'effetto estetico non raggiunto a causa della cattiva esecuzione dell'intervento (quanto alla B.), agganciando correttamente la liquidazione equitativa della voce di danno correttamente individuata, alle tabelle milanesi, indicate da questa Corte come idoneo parametro di riferimento. Il quinto motivo, laddove deduce la violazione dell'art. 246 c.p.c. avendo la corte ritenuto incapace a testimoniare la teste T. sarebbe irrilevante, nella economia della decisione. Il sesto motivo, relativo alla violazione e falsa applicazione degli artt. 115 e 116 c.p.c., per aver il giudice d'appello mal valutato le risultanze istruttorie, sarebbe inammissibile. Il ricorso deve quindi essere dichiarato improcedibile. Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come al dispositivo. Il ricorso per cassazione è stato proposto in tempo posteriore al 30 gennaio 2013 e il ricorrente risulta soccombente; pertanto egli è gravato dall'obbligo di versare un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso principale, a norma del comma 1 bis dell' art. 13, comma 1 quater del d.P.R. n. 115 del 2002. P.Q.M. La Corte rigetta il ricorso. Pone a carico del ricorrente le spese di giudizio sostenute dalla parte controricorrente, che liquida in complessivi euro 6.000,00 oltre 200,00 per esborsi, oltre contributo spese generali ed accessori. Dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento da parte del ricorrente di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso principale.

Fonte sito Fnomceo

I GIOVANI NEL MONDO DELLE LIBERE PROFESSIONI SANITARIE

L'Europa senza confini è ormai una realtà consolidata, anche per i medici (vedi D.Lgs 368/99 di "Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle successive direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE"). Per essere competitivi in un momento di crisi economico-finanziaria, grave e generalizzata, ed ancor prima per "concorrere al bene dell'intero Sistema Salute", è necessario però avere professionalità adeguatamente preparate e motivate, che siano in grado di esprimere il proprio potenziale a partire dal periodo più prolifico della vita professionale: in tal senso uno dei pilastri di un SSN solido e sostenibile è rappresentato dalla componente giovane della Professione Medica che, solo se adeguatamente supportata e valorizzata, potrà contribuire al rilancio della Sanità nel nostro Paese. Tuttavia, è da evidenziare che i tempi di accesso all'esercizio della professione ed al mondo del lavoro in Italia per un giovane medico sono i più elevati in assoluto nel panorama UE. Le ragioni alla base di tale dato possono essere ricondotte, in parte, all'introduzione di quei provvedimenti che incidono sul percorso formativo post laurea del medico, nonché agli effetti della non adeguata programmazione del fabbisogno di professionalità mediche, che da sempre è prodotto per lo più sulla base del dato storico. Con particolare riferimento all'esercizio della professione in convenzione con il S.S.N., è stato infatti introdotto il requisito obbligatorio del diploma di specializzazione e di formazione specifica in me-

dicina generale. Tuttavia, non è garantito a quanti si laureano la possibilità di accedere ad una scuola di specializzazione, a causa della differenza tra il numero dei laureati e i posti disponibili nelle scuole di specializzazione. Oggi uno studente pur laureandosi regolarmente in corso, infatti, rischia in molti casi di dover attendere altri due o tre anni prima di accedere alla scuola di specializzazione, portando il suo iter formativo a 13-15 anni e ritardando il suo ingresso nel mondo della professione, cioè intorno ai 35 anni di età, con pesanti ricadute anche sotto il profilo pensionistico. Tra l'altro non viene assicurata agli specializzandi un'adeguata autonomia economica, creando in tal modo un meccanismo ad imbuto per ritardare l'accesso al mondo del lavoro. Inoltre, l'effetto combinato della non ottimale gestione delle risorse umane, unitamente alla non adeguata programmazione del fabbisogno di professionalità mediche, ha incrementato nel tempo, in maniera esponenziale, il numero di giovani medici precari in attesa di legittima stabilizzazione: trattasi di diverse migliaia di medici che da anni sono titolari di contratti atipici, privi di ogni tutela, o titolari di un rapporto di lavoro a tempo determinato, soggetto a rinnovi continui alternati a pause di non-occupazione per evitare che consegua il diritto agli scatti stipendiali. A ciò si aggiunge una continua sperequazione tra livelli apicali e livelli di base, tra dirigenti medici in carriera e neo assunti nel pubblico impiego.
La percezione, quindi, è quella di un trend in ascesa del numero di giovani medici italiani che decidono di trovare asilo professionale presso altri Paesi dove si rinvengono maggiori possibilità di crescita ed affermazione professionale e personale, e talora di completare o addirittura intraprendere il percorso formativo *post lauream* all'estero. Altri sistemi sanitari, infatti, garantiscono il raggiungimento in tempi molto più brevi di maturità ed autonomia professionale, unitamente a maggiori possibilità di progressione di carriera. È indispensabile, quindi, sostenere l'accesso dei giovani medici in tempi ottimali al mondo del lavoro ed alla ricerca, altrimenti altri Paesi si avvarranno di professionalità mediche formate a spese dello Stato italiano. Queste prime riflessioni devono essere collocate in un ambito senz'altro europeo, in grande evoluzione rispetto al quadro istituzionale. La Tessera Professionale Europea, ad esempio, permetterà ai professionisti interessati ed in base alle loro esigenze, di poter vedere riconosciute le loro qualifiche in modo più facile e veloce, facilitando la mobilità temporanea. La scheda, sottoforma di certificato elettronico, è inoltre associata ad una procedura di riconoscimento ottimizzato nell'ambito del Sistema d'informazione del mercato interno (IMI). Per questo gli Stati dovranno mettere a disposizione un migliore accesso alle informazioni ed ai servizi di *e-government* e in particolare alle informazioni relative al riconoscimento delle qualifiche (in particolare, l'elenco delle autorità competenti e dei documenti richiesti) attraverso gli sportelli unici già creati a seguito del recepimento della Direttiva sui servizi, ed attualmente in funzione, ed i punti di contatto nazionali esistenti che verranno trasformati in centri di assistenza, incaricati di fornire consulenza e assistenza su singoli casi.

I rischi

- La cattiva programmazione rispetto ad una società ed economia in mutamento continuo rischia di aggravare il *mismatch* tra domanda e offerta. - Una formazione non adeguata non consente di accere alle nuove opportunità fornite dal mercato del lavoro. - L'apertura delle fontiere e della mobilità rischia di danneggiare i soggetti meno flessibili e meno preparati. - La piena conoscenza delle lingue e delle nuove tecnologie costituirà un enorme vantaggio competitivo nella competizione globale del capitale umano (*The coming job war*) - La mobilità interessa oggi il capitale umano più qualificato e pertanto alto diventa il rischio del *brain drain* - Paesi a basso Pil, bassa innovazione ed alta tassazione e con decrescita demografica si rivelano poco competitivi e attraenti e possono costituire uno svantaggio - L'allungamento della vita e dell'aspettativa di vita porta ad aumentare i rischi lavorativi e professionali

Le opportunità

Il lavoro autonomo e l'autoimpiego costituiscono una delle forme di inclusione lavorativa e sociale più importante. Il lavoro autonomo non può essere considerato lavoro privilegiato, ma forma rischiosa di impiego e di investimento personale. Il settore pub-

blico è chiamato oggi ad intervenire con una serie di politiche attive e di promozione del lavoro anche nei confronti del lavoro autonomo e del lavoro delle professioni. Alcune misure: - migliore programmazione degli ingressi e rafforzamento della capacità di *placement*; - rafforzamento della formazione continua; - accompagnamento alla mobilità con programmi come Erasmus dei professionisti; - supporto all'innovazione e alla riorganizzazione; - patente del libero professionista e portabilità assicurativa e contributiva; - anticipo della posizione contributiva già dagli ultimi anni della carriera universitaria; - *welfare to work*: microcredito, formazione continua, fondi per lo *start up* e l'innovazione. Alcuni documenti normativi e riferimenti programmatici rilevanti per le politiche per i giovani a livello comunitario: - The White Paper on Pensions: un'agenda dedicata a pensioni adeguate, sicure e sostenibili (2012) - The Community Directive on Services in the internal market (Directive 2006/123/EC) - The Entrepreneurship 2020 Action Plan (2013) - The Small Business Act for Europe (2008) - The Community Directive on the recognition of professional qualifications (Directive 2005/36/EC); - The New Skills for New Jobs Agenda (COM (2010)682 final) - The Report on "Pension Adequacy in the European Union" (October 2012) as well as the on-going work of the Social Protection Committee - Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del 22 aprile 2013 sull'istituzione di una garanzia per i giovani (2013/C 120/01)O forse è sempre la stessa.

Fonte sito Enpam

IPOTESI DI AUMENTO DELLE ORE PER GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI

Più ore per i già convenzionati, staffetta generazionale per facilitare l'ingresso dei giovani. È questo il doppio binario, sostenuto dall'Enpam, su cui si muovendo la categoria degli specialisti ambulatoriali.

Nella manovra di fine anno, o in qualche provvedimento collaterale, è infatti atteso un emendamento per permettere alle Asl di far salire gli specialisti convenzionati al massimale di 38 ore, anche attingendo al nuovo tetto di risorse per l'assunzione di personale fissato dal decreto fiscale. Questa possibilità è stata anticipata dal ministro della Salute Roberto Speranza al consiglio nazionale del sindacato Sumai.

"Permettere il completamento orario ai tanti specialisti ambulatoriali che attualmente hanno meno di 38 ore a settimana, come proposto dal ministro Speranza, è un'ottima idea per la salute dei cittadini, accorciare le liste d'attesa e difendere il Servizio sanitario pubblico". È questa la posizione del presidente dell'Enpam Alberto Oliveti.

IMPENNATA DI PENSIONAMENTI

"Far lavorare appieno i professionisti già in convenzione è un modo per risolvere da subito il problema della carenza di specialisti di cui soffre il Ssn – osserva il presidente dell'ente previdenziale dei medici e degli odontoiatri -. Una misura tanto più opportuna se si hanno presenti i dati sui prossimi pensionamenti, che ancora per il prossimo futuro saranno in aumento".

Nel 2019 infatti l'Enpam ha registrato un impennata del 43 per cento nel numero di nuovi pensionati fra gli specialisti ambulatoriali rispetto all'anno precedente e per il 2020 stima un'ulteriore crescita della spesa del 10,38 per cento.

STAFFETTA GENERAZIONALE

L'aumento delle ore per i già convenzionati proposta dal ministro Speranza si aggiunge alla misura per la staffetta generazionale recentemente introdotta nell'accordo collettivo nazionale degli specialisti ambulatoriali. Nel primo caso a beneficiarne sarebbero soprattutto i professionisti già stabilizzati ma a tempo parziale, mentre nel secondo caso verrebbe incentivato l'ingresso di giovani, con più ore rispetto ai colleghi che andrebbero a sostituire.

In entrambi i casi sono misure a costo zero per le casse dello Stato visto che il costo dell'incremento delle ore offerte ai pazienti dal Ssn sarebbe più che compensato dalle maggiori entrate da ticket, mentre le anticipazioni delle prestazioni pensionistiche che favoriranno l'ingresso dei giovani saranno pagate dall'Enpam.

ONERE DELLA PROVA A CARICO DEL MEDICO SE ESISTE IN ASTRATTO CONDOTTA COLPOSA

FATTI DI CAUSA 1. Con atto di citazione notificato l'l e il 3 dicembre 2008 R. S. B., L. B. e S. B. – rispettivamente vedova e figli di R. B. – convenivano davanti al Tribunale di Venezia l'Asl n. 12 e il Policlinico .... S.p.A. per ottenerne il risarcimento dei danni in relazione alla vicenda sanitaria, avvenuta tra il 2007 e il 2008 presso l'Ospedale di .... e il suddetto Policlinico, del loro congiunto, che era alla fine deceduto. Entrambi i convenuti si costituivano, resistendo. Con sentenza del 15 marzo 2013 il Tribunale condannava l'Asl al risarcimento e rigettava la domanda nei confronti del Policlinico. Avendo proposto appello principale gli S.-B. e appello incidentale la controparte condannata, divenuta nelle more Azienda ULSS n. 12 Veneziana, con sentenza del 6 luglio 2017la Corte d'appello di Venezia accoglieva l'appello incidentale, con conseguente rigetto di quello principale. 2. Hanno presentato ricorso gli S.-B., che poi hanno depositato pure memoria. Si è difesa con controricorso la controparte, nel frattempo divenuta Azienda ULSS n.3 Serenissima. RAGIONI DELLA DECISIONE 3. Il ricorso è articolato in quattro motivi. 3.1.1 Il primo motivo denuncia violazione e falsa applicazione degli articoli 1176 e 2697 c.c. riguardo all'ipotizzata origine anteriore al ricovero del defedamento in cui era incorso R. B.: sindrome, questa, che non sarebbe stata inserita in anamnesi nella cartella clinica, per mancata presa d'atto della sua origine iatrogena, a sua volta non descritta nella cartella. Si riporta un rilievo presente nella pagina 15 della sentenza impugnata – "lo stato di defedannento non poteva che essere preesistente al ricovero" – per addurre che, invece, nell'anamnesi contenuta nella cartella clinica (viene inserita nell'argomentazione del motivo un'asserita fotocopia di parte della cartella) non risulterebbe tale preesistenza. E infatti il giudice di prime cure (si riporta pure uno stralcio che sarebbe tratto dalla sua sentenza) avrebbe affermato che dalla documentazione sanitaria non emergeva, prima dell'intervento subito da R. B. nell'Ospedale di ..... (un intervento di ernia inguinale eseguito con anestesia spinale in data 27 settembre 2007, intervento per il quale egli era stato ricoverato), "una adeguata valutazione dell'anamnesi". La corte territoriale avrebbe acriticamente aderito al ragionamento svolto dal consulente tecnico d'ufficio, per cui nel diario clinico del 4 ottobre 2007 il paziente era stato definito defedato. Si inserisce a questo punto nella illustrazione del motivo la pretesa fotocopia di un certificato del medico di base datata 9 gennaio 2008, attestante che il 3 settembre 2007 il B. si trovava in discrete condizioni di salute, per affermare in seguito che scopo della cartella clinica sarebbe "documentare eventuali preesistenze" anche alla patologia che aveva causato il ricovero, onde, se non vengono rilevate nella cartella, dovrebbe presumersi che non sussistano. Si asserisce poi che nella responsabilità medica si condanna il medico per un nesso di causalità "presunto", nel senso che, se l'incertezza deriva dalla incompletezza di cartella clinica, il medico è responsabile qualora la sua condotta sia astrattamente idonea a causare il danno; ciò in riferimento alla responsabilità aquiliana. La corte territoriale sarebbe andata in contrasto con quello che sarebbe insegnamento della giurisprudenza di legittimità, laddove invece avrebbe presunto che la malattia che avrebbe portato alla immobilizzazione del B. fosse una malattia preesistente e non iatrogena "solo perché la cartella clinica non ne fa menzione prima del suo riscontro sintomatico con la visita fisiatrica del 4 ottobre". Avrebbe dovuto confrontarsi quel che constatò il fisiatra con il certificato del medico di famiglia di cui sopra; e questo non costituirebbe una censura di fatto, bensì la denuncia d'un errore logico in cui sarebbe incorsa la corte territoriale nell'affermare preesistente al ricovero la patologia. Il comportamento dei medici o degli anestesisti o degli infermieri nell'operazione o nel periodo posteriore avrebbe quindi determinato la causa del defedamento, rimasta ignota perché non descritta (sarebbe avvenuta o per lesioni nell'anestesia o per lesioni neurologiche chirurgiche o per "caduta ad opera degli infermieri"), per cui si dovrebbe presumere il nesso causale se sussiste un difetto nella cartella clinica. 3.1.2 Il motivo, quindi, mette in discussione l'accertamento della causa del defedamento che avrebbe investito il B., imperniandosi peraltro sulla pretesa incompletezza della

cartella clinica, evidentemente quella dell'Ospedale di ... in quanto, come si è visto, la censura prende le mosse da una frase estrapolata dalla motivazione della sentenza impugnata sul collocamento temporale della sindrome quale preesistente al primo ricovero, avvenuto nel suddetto ospedale. In effetti la giurisprudenza di questa Suprema Corte è ormai stabilizzata nell'attribuire una incidenza, quanto alla ricostruzione delle vicende sanitarie ai fini di evincerne la sussistenza o meno di responsabilità dei sanitari stessi o della struttura, alla cartella clinica,incidenza tuttavia che non conduce automaticamente all'adempimento dell'onere probatorio da parte di chi adduce essere danneggiato. In tal senso, da ultimo, Cass. sez. 3, 21 novembre 2017 n. 27561 ha ribadito proprio che "l'eventuale incompletezza della cartella clinica è circostanza di fatto che il giudice può utilizzare per ritenere dimostrata l'esistenza di un valido nesso causale tra l'operato del medico e il danno patito dal paziente soltanto quando proprio tale incompletezza abbia reso impossibile l'accertamento del relativo nesso eziologico e il professionista abbia comunque posto in essere una condotta astrattamente idonea a provocare il danno" (così v. pure Cass.4 sez. 3, 12 giugno 2015 n. 12218). Il che significa che l'incompletezza della cartella incide soltanto se va ad innestarsi in un contesto specifico che è proprio la fonte della sua rilevanza. E allora, la conformazione della condotta del sanitario nel senso di astratta idoneità alla causazione dell'evento dannoso è logicamente il primo elemento da vagliare, in quanto, se, al contrario, la condotta del sanitario fosse astrattamente – id est assolutamente – inidonea a causarlo, non occorrerebbe alcuna ulteriore ricostruzione fattuale; dopo di che, se si è superato questo stadio di indagine, in secondo luogo l'incompletezza della cartella deve essere tale da impedire la ricostruzione fattuale sul piano concreto, e in particolare nel suo nucleo centrale, identificabile nella connessione materialmente eziologica fra condotta sanitaria commissiva od omissiva ed evento. Sotto quest'ultimo profilo, la valenza della incompletezza della cartella si pone, attraverso il mezzo presuntivo – su cui, a ben guardare, si riflette in concreto il principio della prossimità della prova -, a favore di chi adduce di essere stato danneggiato, giacché diversamente l'incompletezza verrebbe a giovare proprio a colui che, inadempiendo al proprio obbligo di diligenza (Cass. sez. 3, 18 settembre 2009 n. 20101 precisa che "il medico ha l'obbligo di controllare la competenza e l'esattezza delle cartelle cliniche e dei relativi referti allegati, la cui violazione comporta la configurazione di un difetto di diligenza rispetto alla previsione generale contenuta nell'art. 1176, comma secondo, cod. civ. e, quindi, un inesatto adempimento della sua corrispondente prestazione professionale"; conformi, p. es., Cass. sez. 3, 26 gennaio 2010 n. 1538 e Cass. sez. 3, 5 luglio 2004 n. 12273), tale incompletezza ha creato. Sempre tra gli arresti recenti, quindi, Cass. sez. 3, 31 marzo 2016 n. 6209 insegna che "la difettosa tenuta della cartella clinica da parte dei sanitari non può pregiudicare sul piano probatorio il paziente, cui anzi, in ossequio al principio di vicinanza della prova, è dato ricorrere a presunzioni se sia impossibile la prova diretta a causa del comportamento della parte contro la quale doveva dimostrarsi il fatto invocato. Tali principi operano non solo ai fini dell'accertamento dell'eventuale colpa del medico, ma anche in relazione alla stessa individuazione del nesso eziologico fra la sua condotta e le conseguenze dannose subite dal paziente"; e sulla stessa linea si collocano Cass. sez. 3, 27 aprile 2010 n. 10060, Cass. sez. 3, 26 gennaio 2010 n. 1538, Cass. sez. 3, 21 luglio 2003 n. 11316. 3.1.3 Tanto chiarito alla luce della giurisprudenza meno risalente e comunque, si ripete, definibile consolidata, deve altresì rilevarsi che il motivo non è però pertinente con il thema decidendum conformato dagli stessi attuali ricorrenti con le loro azioni risarcitorie. I congiunti del B., infatti, illustrando nel ricorso la vicenda processuale, danno atto di avere identificato nel loro atto introduttivo come fonte di responsabilità dei soggetti convenuti davanti al Tribunale, a proposito appunto della vicenda sanitaria del congiunto, non la causazione della patologia del B., bensì il preteso difetto di assistenza in ordine alle conseguenze della patologia stessa, fondandosi appunto sulla doglianza che le piaghe da decubito derivate dalla c.d. sindrome da allettamento patita dal B. non sarebbero state fronteggiate in modo idoneo e giungendo poi anche a prospettare che tali devastanti piaghe da decubito fossero state infine la causa della morte del loro congiunto; e ciò è confer-

mato in modo inequivoco dall'avere gli attuali ricorrenti incentrato la doglianza soprattutto (anche se non solo) sull'asserita carenza/inadeguatezza del trattamento infermieristico. Infatti, nella premessa del ricorso (pagina 3), dall'atto di citazione che ha avviato il giudizio in primo grado viene riportato quanto segue: "Quale che sia il nesso eziologico tra il trattamento operatorio o anestesiologico e l'esito successivo, si deve tenere presente il dato oggettivo dell'immobilizzazione ... indipendentemente dalla circostanza che la stessa possa avere avuto origine iatrogena ... per evento attinente l'atto chirurgico o l'anestesia, o fosse dovuta a cause naturali. L'immobilizzazione fin dal primo ricovero cominciò a produrre i suoi naturali effetti, che potevano e, quindi, dovevano, essere evitati solo con una assidua assistenza infermieristica e che perciò devono considerarsi conseguenza diretta di carenze nell'assistenza infermieristica". Sempre per quanto emerge dalla premessa del ricorso, in seguito l'atto di citazione aveva affiancato all'asserita carenza di assistenza infermieristica il disinteresse che avrebbero avuto i medici in ordine alla questione del decubito. Così si afferma (pagina 4 del ricorso), dopo un riferimento al diario infermieristico, che "il diario medico sembra essere totalmente disinteressato agli aspetti cutanei e nulla registra salvo quanto incidentalmente segnalato nella lettera di dimissione"; poi si adduce chiaramente (ancora traendo ciò dall'atto di citazione, a pagina 6 del ricorso) che il problema è stato "il progressivo aggravamento di una sindrome da allettamento" con piaghe da decubito; e quindi si riporta ancora dall'atto di citazione (ricorso, pagina 7) l'asserto che "quale fosse stata l'origine della immobilizzazione ... se anche non vi fosse stata un'attività iatrogena che avesse causato la paralisi agli arti inferiori, la constatazione della scarsa mobilità e dell'iniziale sindrome da allettamento avrebbe dovuto determinare l'attivazione di interventi ... nemmeno tentati". E infine la premessa del ricorso (a pagina 8) attinge a memoria depositata ex articolo 183 c.p.c. dagli attuali ricorrenti, nella quale ancora si adduce che "si tratta di pura e semplice conseguenza di scarsa cura infermieristica", a prescindere dalla condizione del B. prima dell'operazione. Il motivo, dunque, introduce una questione nuova, per cui patisce inevitabile inammissibilità. 3.2.1 Il secondo motivo denuncia violazione e falsa applicazione dell'articolo 112 c.p. quanto all'omesso esame di un'autonoma "domanda di primo grado" di risarcimento del danno per omessa prevenzione e omesso contrasto della "sindrome da allettamento"(piaghe da decubito). Si riportano le conclusioni di primo grado – ove si sarebbe chiesto anche l'accertamento della responsabilità della causazione della sindrome da allettamento con conseguente condanna al risarcimento – e si adduce di avere "ripetuto" la domanda nel secondo motivo d'appello, riportandone uno stralcio in cui si sarebbe affermato che la sindrome da allettamento sarebbe stata di origine nosocomiale per "inadeguata assistenza medica ed infermieristica". Vi è pure trascritta un'ordinanza del giudice istruttore di primo grado con cui vengono chiesti chiarimenti al consulente tecnico d'ufficio. Si sostiene poi che vi sarebbe stata una prima domanda, autonoma da una domanda successiva – quella di accertamento che per l'aggravamento di tale sindrome avvenne la morte del B. -. Tale prima domanda non sarebbe stata esaminata dalla corte territoriale, che avrebbe rigettato senza rilevare tale autonomia. A questa domanda autonoma corrisponderebbe comunque nella motivazione della sentenza solo un accenno implicito a pagina 14, laddove si affermerebbe che, nei chiarimenti forniti in primo grado, il consulente tecnico d'ufficio, pur avendo dato atto della denutrizione e della disidratazione in cui si trovava il B., avrebbe ritenuto non addebitabile ai convenuti "carenza assistenziale sotto tale profilo". Sempre a pagina 14, la corte territoriale rileverebbe inoltre che il B. non poteva essere tenuto in ospedale per trattamento di tipo infermieristico – come qualificato dagli stessi attori -, e quindi erogabile a domicilio; pertanto non avrebbe esaminato la domanda relativa a "contrazione, aggravamento e mancata guarigione" della sindrome da allettamento, con violazione dell'articolo 112 c.p.c. La corte territoriale, in effetti, dimostrerebbe di non avere svolto "attenta lettura" della consulenza tecnica d'ufficio, perché si riferirebbe soltanto alla pagina 38 della consulenza, laddove questa comincia ad occuparsi della questione dieci pagine prima (cioè dalla pagina 28). Si riporta quel che sarebbe il testo della consulenza tecnica al riguardo (nelle pagine 38-

43 del ricorso), ribadendo infine che la domanda in questione non sarebbe stata esaminata. 3.2.2 In primo luogo deve rilevarsi che, alla luce di quanto la premessa del ricorso ha riportato a proposito del contenuto dell'atto introduttivo, come si è riassunto in relazione alla prima censura del ricorso, questa ulteriore censura deve essere interpretata nel senso che la prima domanda, ovvero quella che sarebbe stata oggetto di omessa pronuncia, non includeva la causazione della sindrome da allettamento, bensì atteneva al mancato contrasto a questa sindrome, così da renderne possibile l'aggravamento e impossibile invece la guarigione. Si tratta, dunque, ancora del trattamento infermieristico in primo luogo e, in secondo luogo, medico a fronte dell'insorgenza delle piaghe da decubito: trattamenti che, ad avviso del ricorrente, avrebbero integrato inadempimento, in ultima analisi, degli obblighi sanitari. Esistono effettivamente due domande (si veda la pagina 34 del ricorso, che trova conferma anche nel contenuto della sentenza del Tribunale): la prima, appunto, relativa alla causazione di "malattia ingravescente ... dal ricovero per l'intervento fino alla morte, consistente nella progressiva devastazione della pelle e nella sindrome da allettamento e nelle malattie generali che l'hanno colpito di conseguenza", per cui si chiede condanna al risarcimento del danno biologico e del danno morale "che hanno colpito il signor B.", nonché al risarcimento del danno morale subito dai congiunti; e la seconda, relativa all'accertamento che il B. sarebbe deceduto per l'aggravamento di tale malattia, con conseguente condanna al risarcimento del danno patito dai congiunti. Si tratta, quindi, di due domande distinte, anche se la seconda è logicamente uno sviluppo degli eventi dannosi posti a base della prima. La mancata pronuncia sulla prima domanda, ovvero la violazione dell'articolo 112 c.p.c., non sussiste. Invero, anche se la motivazione della sentenza impugnata ad un certo punto sembra fondere la risposta alla prima domanda con la risposta alla seconda domanda – il che peraltro difficilmente sarebbe stato del tutto inevitabile, proprio perché la seconda domanda, come si è appena rilevato, si basa sullo sviluppo dei fatti della prima -, non è sostenibile che la prima domanda non sia stata esaminata, come, a ben guardare, riconosce, almeno in parte, lo stesso motivo in esame laddove riporta passi della motivazione della sentenza ad essa relativi. In quella che nella sentenza viene numerata come pagina 10 (per avere erroneamente pretermesso la corte territoriale di numerare le pagine dell'intestazione e delle conclusioni delle parti), il giudice d'appello afferma che "circa l'assistenza" (espressione sintetica, ma inequivocamente riferita all'assistenza all'allettato per le piaghe da decubito) dalla pagina 35 della consulenza tecnica d'ufficio emerge (la corte territoriale, in verità, impropriamente afferma che il consulente "ha accertato") che "l'assistenza terapeutico/riabilitativa posta in essere negli ospedali ... e da parte del Servizio Infermieristico dell'ULSS 12 non è suscettibile di alcun rilievo critico"; e nella pagina seguente il giudice d'appello fa poi riferimento a chiarimenti resi dal consulente tecnico d'ufficio coinvolgenti gli elementi della denutrizione, disidratazione e immobilizzazione. Dopodiché la corte territoriale argomenta pure sulla durata del ricovero all'Ospedale di .... e sul fatto che proprio per la sua condizione il paziente fu inviato al Policlinico ..... anziché a casa. Non è quindi sostenibile – a prescindere, è ovvio, dal contenuto della pronuncia, che d'altronde si è arrestato nello stadio fattuale, non direttamente sindacabile dal giudice di legittimità – che la Corte d'appello sia incorsa in violazione dell'articolo 112 c.p.c. non pronunciandosi sulla prima domanda. Il motivo, pertanto, risulta infondato. 3.3.1 Il terzo motivo denuncia violazione e falsa applicazione degli articoli 1176, 1218 e 1228 c.c. riguardo "l'ipotizzata inesigibilità di un comportamento clinico di efficiente prevenzione e contrasto" della sindrome da allettamento. Si riproducono fotografie del B. che sarebbero state scattate dai congiunti dopo la sua ultima dimissione, e si argomenta nel senso che le piaghe da decubito da cui era affetto denuncerebbero l'inadeguata assistenza infermieristica. Si riportano pure passi tratti da quella che il ricorso definisce pagina 14 della sentenza impugnata – in realtà, pagina 11, per omessa numerazione delle prime tre pagine come sopra rilevato -, ponendovi letteralmente a fianco, come nello schema di un bilancio, le critiche ad essi mosse dagli ricorrenti (pagine 46-48 del ricorso) e successivamente quelle che vengono definite pagine 39-31 (sic) della consulenza tecnica d'ufficio, per ribadire che il B.

sarebbe stato dimesso senza essere guarito pur costituendo la sindrome da allettamento una malattia. 3.3.2 Si tratta, evidentemente, di un motivo inammissibile, poiché persegue dal giudice di legittimità una revisione sotto il profilo del merito del contenuto della sentenza impugnata. Il ricorso per cassazione non dà luogo ad un terzo grado di giudizio nel senso pieno del termine, bensì genera un controllo tassativamente delimitato, che non consente di riaprire l'accertamento fattuale come invece – nei limiti del devoluto, ovvero di quanto gli è denunciato dall'appellante – può e deve fare il giudice d'appello. 3.4.1 n quarto motivo denuncia violazione e falsa applicazione degli articoli 2697, 1218 e 1228 c.c. per non essere stato riconosciuto il nesso causale tra le piaghe di decubito, lo shock settico e la morte del B.. In contrasto con quanto avrebbe affermato la corte territoriale (a pagina 14 della sentenza impugnata, secondo i ricorrenti; rectius, a pagina 11) la consulenza tecnica d'ufficio non sarebbe stata categorica nell'affermare che le piaghe da decubito non avrebbero avuto "un ruolo" nella causazione della morte del B.. Si riporta, in particolare, un passo della relazione della consulenza (che sarebbe tratto dalla sua pagina 35) e lo si commenta per dedurne che non sarebbe certo che il B. morì per shock settico derivante da estesissime piaghe da decubito in quanto l'ospedale avrebbe "accuratamente" evitato di "fare diagnosi"; e il consulente tecnico rileverebbe altresì l'impossibilità di effettuare una diagnosi certa quale conseguenza della mancanza di autopsia. Pertanto mancherebbe la prova del nesso causale nella responsabilità contrattuale "per carenze diagnostiche del debitore" e per omesso esame necessario per la certezza diagnostica. Nella responsabilità contrattuale l'onere della prova spetterebbe all'inadempiente, e il criterio di "vicinanza" alla prova consentirebbe di "risolvere le questioni di nesso causale" come insegna la giurisprudenza di questa Suprema Corte, anche con l'intervento nomofilattico di S.U. n. 577/2008. Infatti dall'articolo 1218 c.c. si dovrebbe desumere che l'unica prova liberatoria, gravante sul debitore inadempiente, è l'impossibilità oggettiva della prestazione. Per il corretto riparto dell'onere della prova nel caso di incertezza di causa della morte, l'incertezza avrebbe dovuto gravare sul debitore, che avrebbe dovuto tenere la cartella clinica in modo tale da impedire l'insorgenza di dubbi; inoltre il riparto dell'onere della prova porrebbe la responsabilità a carico dell'ospedale perché l'incertezza sulla causa della morte deriverebbe dalla mancata autopsia. 3.4.2 Assorbente ogni questione di diritto suscitata dal motivo è il rilievo che questo si fonda su una asserita mancanza di certezza della causa della morte del B.. In realtà, pur con una motivazione assai scarna, la corte territoriale manifesta inequivocamente di ritenere certa l'origine del decesso: afferma infatti a pagina 11 della motivazione della sentenza impugnata che dalla consulenza tecnica d'ufficio, "congruamente motivata sulla base di una accurata analisi di tutti gli elementi disponibili", emerge che "causa della morte non fu un'infezione delle piaghe da allettamento ... bensì uno scompenso cardiocircolatorio acuto e conseguente edema polmonare". Dunque, il giudice d'appello ha espletato il suo accertamento fattuale, e il ricorso per cassazione non genera, come già sopra si evidenziava, un terzo grado di merito. Il motivo, quindi, non può condurre oltre – le argomentazioni relative al riparto dell'onere probatorio avrebbero rilievo soltanto se, appunto, il giudice non avesse accertato la causa della morte -, ma deve attestarsi sulla censura che muove all'accertamento del giudice d'appello. Non condividere un accertamento fattuale, d'altronde, non consente di trasformare un accertamento in una manifestazione di dubbio. Il giudice d'appello ha dichiarato con certezza quale ha ritenuto essere stata la causa del decesso del B.; tentare di inficiare il suo accertamento, sul presupposto che non sia fondato/definitivo, conduce anche questo motivo alla inammissibilità. 4. In conclusione, il ricorso deve essere rigettato, sussistendo peraltro le ragioni per compensare integralmente le spese, vista la peculiarità del caso e l'assoluta difformità delle valutazioni effettuate nelle due sentenze di merito. Sussistono ex articolo 13, comma 1 quater, d.p.r. 115/2012 i presupposti per il versamento da parte dei ricorrenti dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso, a norma del comma 1 bis dello stesso articolo. P.Q.M. Rigetta il ricorso compensando le spese processuali.

Fonte: sito Fnomceo

Associazione Italiana Donne Medico

Piazza dei Martiri 1943 – 1945 n.1/2 - 40121 Bologna
associazionedonnemedicobologna@gmail.com

PREMIO "MARGHERITA ARCIERI"

ASSOCIAZIONE ITALIANA DONNE MEDICO (AIDM)
SEZIONE di BOLOGNA

L'associazione Italiana Donne Medico (AIDM) – Sezione di Bologna destina il Premio "Margherita Arcieri" per il riconoscimento di un'attività inerente l'ambito d'azione dell'Associazione Italiana Donne Medico. L'AIDM è attiva nel valorizzare il lavoro della donna medico in campo sanitario, promuovere la collaborazione tra le donne medico, collaborare con le altre associazioni sia italiane che internazionali per lo studio delle problematiche sanitarie e socio-sanitarie che coinvolgono la collettività, e in particolare le donne, promuovere la formazione scientifico-culturale in campo sanitario collaborando con organismi ed istituzioni pubbliche, elaborare trial di studio e linee guida.
Il premio è dedicato alla Dott.ssa Margherita Arcieri, fondatrice della sezione bolognese dell'AIDM che ha ispirato tutte le Socie con la Sua preparazione, volontà, determinazione ed impegno verso la cura e le attività delle donne.
Nell'edizione 2020, il Premio "Margherita Arcieri" è di 5000,00 euro e sarà destinato alla migliore tesi di laurea/specialità/dottorato se effettuata fra il 2016 e il 2019 redatta da uno/a studente/ssa talentuoso/a dell'Alma Mater Studiorum Università di Bologna su temi connessi l'innovazione scientifico-umanistica con la finalità di migliorare la qualità di vita delle donne sia nell'ambito della salute che nella sue mansioni lavorative e quotidiane.
Il concorso prevede oltre all'assegnazione di un premio in denaro la possibilità di presentare la tesi come lettura magistrale durante il convegno dell'Associazione italiana Donne Medico – Sezione Bologna.
A CHI È RIVOLTO: possono partecipare studenti laureati/specializzati/ricercatori dell'Alma Mater Studiorum Università di Bologna la cui tesi di laurea, specialità, dottorato sia stata inerente agli argomenti richiesti dal bando di concorso e la cui presentazione ricada nei termini previsti dal bando.

PER PARTECIPARE AL BANDO DI CONCORSO E RICEVERE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA:
inviare una mail a premioma.aidmbo@gmail.com specificando nell'oggetto "RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PER IL PREMIO MARGHERITA ARCIERI".
DEADLINE per presentare la domanda ore 23:59 del 30 aprile 2020

Con il Patrocinio di:

ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio a Bologna e provincia

Per le radiografie 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 il numero 800100670 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.

REFERTO GARANTITO IN SOLE **24** ORE

NUMERO VERDE - **800100670**

800100670 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA COLIBRÌ

CERTIFICATA

Aut.San. PG.N. 25139/2017

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 14 novembre 2019

CHIRILLO ANNA	345/09.36.769
CIRIMBELLI ANDREA	348/74.87.845
CURTO ALBERTO	329/27.88.386
DALL'OLIO MICHELE	340/87.40.856
DEL VECCHIO VALERIA	333/74.833.88
DI CASTRI VINCENZO	340/72.80.049
DI FELICE ALESSANDRO	349/53.64.024
DI LALLO FRANCESCA	333/45.62.905
FORNASARI FRANCESCO	335/67.00.031
GALIETTA ERIKA	349/07.66.801
GUIDASTRI MONICA	366/700.62.68
IALONARDI MAGDA	333/11.64.383
MICHELI ORIANNA	346/10.08.676
NANFACK TSOBJIO ALINE PATIENCE	349/29.28.147
ORSI ELENA	328/00.28.668
PASINI GIULIA PAOLA	347/43.08.020
PASTORI ALEXIA	347/32.76.250
QUARTA COLOSSO MARINA	392/25.19.461
SACILOTTO FEDERICA	339/46.73.169
SERANI FRANCESCA	339/57.59.162
TAFA LAVDIJE	328/46.33.109
VALLUZZI FRANCESCO	393/24.35.670
VARCHETTA GIORGIO	393/03.69.137
VIOTTI VALENTINA	389/45.17.778

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
CARDELLICCHIO RODOLFO	Ortopedia e Traumatologia	335/62.20.145
DALLE DONNE ANDREA	Odontoiatra	333/24.05.363
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
GRISHKO JANA VLADIMIROVNA	Odontoiatra	392/41.36.390

IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE NELL'ERA DELLA MEDICINA DIGITALE

18 Gennaio 2020

Società Medico Chirurgica di Bologna, Palazzo dell'Archiginnasio

9.30 Saluti autorità
10.00-10.20 S. Coccheri (Bologna) - Introduzione: La comunicazione col paziente: occorre un nuovo linguaggio?
10.20-10.40 S. Arieti (Bologna) - Il rapporto medico-paziente nella storia della medicina
10.40-11.00 R. Campaner (Bologna) - Le nozioni di salute e malattia
11.00-11.20 M.A. Annoni (Milano) - Verità e cura: come e quando dire la verità al paziente
11.20-11.40 C. Rapezzi (Bologna) - Il metodo clinico: significato dell'approccio razionale e di quello frequentistico
11.40- 12.00 G. Anichini (Firenze) - La percezione dei dati statistici e la soggettività del paziente
Incontro con Paolo Cova (Storico dell'Arte) che ci illustrerà il Teatro Anatomico e la sala dello Stabat Mater del Palazzo dell'Archiginnasio
Light Lunch
14.30-14.50 G. Boniolo (Ferrara) - Le scienze umane nella formazione del medico
14.50-15.10 R. De Caterina (Pisa) - Etica, efficacia ed efficienza nella prevenzione primaria e secondaria
15.10-15.30 G. De Gaetano (Pozzilli, IS) - La cura dei sani: come coinvolgere la popolazione nella ricerca della salute
15.30-15.50 C. Borghi (Bologna) - Il linguaggio della comunicazione in medicina interna

Coordinatore: Prof Sergio Coccheri - Segreteria Scientifica: Dr.ssa Donatella Orlando
email: coccheris.angio@libero.it
donatellaor@gmail.com - Tel 051237506

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

Monitoraggio cardiorespiratorio
Studio apnee notturne e russamenti
Tel. 051.338475
neurologia@villabaruzziana.it

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

REPORT GIORNATE FORMATIVE 2019

A.R.A.R. - Associazione di Ricerca e Aggiornamento in Riabilitazione

Oltre 200 iscritti e 50 fra relatori e moderatori, queste sono le cifre delle giornate formative appena concluse. Affrontare argomenti "vecchi e nuovi" cercando di analizzare tutti gli aspetti clinici, sia diagnostici che riabilitativi, è una formula che sta continuando ad avere successo per il terzo anno consecutivo. Oltre alle considerazioni cliniche dei professionisti che si sono alternati sul palco, le proposte operative fatte dai fisioterapisti che operano quotidianamente sul campo hanno dato un'impronta pratica e nuove idee per la stesura dei piani terapeutici inerenti le patologie trattate. Oltre alla riabilitazione, si è parlato anche di prevenzione, aspetto spesso trascurato ma meritevole di importanza e fondamentale per un intervento riabilitativo/assistenziale adeguato ed efficace. Mettere le esigenze ed aspettative del paziente in primo piano è stata la parola d'ordine di tutti e tutti si sono spesi per dare indicazioni ed aiuto sulla base delle proprie esperienze e sulla base delle evidenze scientifiche attuali. Il confronto con realtà estere, grazie alla partecipazione di relatori stranieri, ha ulteriormente aiutato e stimolato il confronto. Mantenendo questo format didattico, si sta già pensando come migliorare ancora la qualità scientifica e per stimolare ulteriormente il confronto fra i vari operatori dei team nella previsione di ulteriori futuri appuntamenti formativi. Un'ipotesi sulla quale siamo già al lavoro è la collaborazione con associazioni di Medici Sportivi che nelle intenzioni degli organizzatori porterà ancora più in evidenza la necessità di sinergie operative per avere una qualità dell'intervento sempre più efficace.

Responsabile scientifico - Ugo Cavina

* * *

CORSO DI FITOTERAPIA PER MMG "SALUS IN HERBIS, INTEGRAZIONE SENZA INTERAZIONE"

25/09, 3, 10, 15/10 2019

Il Corso ECM si è svolto in quattro incontri di tre ore nelle giornate del 25/09/2019 e 3-10-15/10/2019. Gli argomenti trattati avevano come obiettivo il focalizzare l'attenzione dei Colleghi MMG, giovani e "meno" giovani, sull'attuale orientamento del paziente alla terapia "naturale", sia nell'approvvigionamento che nell'uso.
Da concetti base di Fitoterapia al suo impiego in patologie mirate (Sindrome Metabolica, Artropatie da sovraccarico, Disturbi del Sonno e Sindrome ansioso-depressiva) si è voluto mostrare ai Colleghi in che modo e soprattutto quali prodotti, in quali formulazioni, a quali dosaggi possono essere impiegati i "farmaci vegetali" per poter essere efficaci in quelle fasi della malattia in cui il "farmaco di sintesi" potrebbe essere più di danno che d'aiuto.
Si è posta l'attenzione sulle "miscele vegetali" che vengono attualmente vendute come integratori alimentari, con la promessa di finalità salutistiche, se non a volte "falsamente miracolistiche", laddove non vengono riportate sulla confezione, o se presenti non esaustive, neanche le informazioni di minima che possano dare al consumatore la certezza della qualità del prodotto e la sua sicurezza d'uso.
È stato considerata la "possibile" contemporanea assunzione di farmaci di sintesi e prodotti vegetali senza tener conto della possibilità di sommazione se non della inibizione/alterazione degli effetti terapeutici e per altro verso il non informare il proprio curante della auto prescrizione/somministrazione di tali prodotti.
Altro problema messo in evidenza la fonte di approvvigionamento (Internet o similari) e le fonti di informazione, per cui prodotti non sufficientemente testati e qualitativamente non

controllati propagandati per le più diverse affezioni trovano facile commercializzazione, anche a fronte di costi irrisori, che espongono a rischio di intossicazione il consumatore non correttamente informato.
Se la partecipazione (forse anche per l'eccessiva offerta di eventi "obbligatori" e non, ma anche per l'orario e le giornate infrasettimanali, con la probabile concomitanza del lavoro in ambulatorio) non è stata lusinghiera (10 partecipanti per tre incontri, 18 nella serata dedicata alla Sindrome Metabolica), l'interesse da parte dei presenti è stato invece confortante, in quanto le domande ed i chiarimenti richiesti in corso di esposizione hanno permesso di dirimere dubbi e preconcetti sull'uso, formulazione ed efficacia dei farmaci vegetali e sul reale utilizzo degli integratori alimentari.
Anche il giudizio dato ai relatori che mi hanno affiancato nel Corso è stato più che positivo.
I relatori sono stati:
– Dott. Massimo CASADEI, Oncologo e MMG - Bologna
– Dott. Andrea DELVECCHIO, II anno Corso di Formazione in MMG
– Dott.ssa Michela MONTEFIORI, MMG – Imola
– Dott.ssa Anna Simona SASDELLI, Spec. in ENDOCRINOLOGIA/NUTRIZIONISTA
– Dott. Mauro VOZA, MMG - Master di II livello in FITOTERAPIA

Il Presidente Prov. SNaMID - Bologna e Coordinatore del Corso - Dott. Mauro VOZA

* * *

CORSO "RECENTI INNOVAZIONI IN TEMA DI ECOGRAFIA ADDOMINALE"

Bologna 11 ottobre Area Formazione della Clinica Privata Villalba (Via di Roncrio 25)

Il Corso ha visto la partecipazione di circa 25 medici. Il convegno ha avuto la finalità di chiarire che l'ecografia oggi è un esame che può essere eseguito con apparecchiature estremamente diverse che forniscono prestazioni e risultati di livello sostanzialmente differente. Tutti infatti credono di sapere che cos'è l'ecografia; una tecnica semplice, innocua, poco costosa, che viene eseguita praticamente in ogni ambulatorio medico. Gran parte della popolazione ha fatto almeno una volta nella vita l'ecografia, o per controllare qualche patologia o nell'ambito di un check-up. In realtà anche molti medici non sanno che l'ecografia è la tecnologia diagnostica che ha subito le maggiori innovazioni e i maggiori cambiamenti negli ultimi 30 anni. Una ecografia fatta con apparecchiature degli anni Ottanta o Novanta nulla ha a che fare con l'esame fatto con le apparecchiature più moderne e anche tra queste esistono differenze significative. Oggi sono disponibii in commercio ecografi tascabili tipo smart phone ed ecografi supercomplessi del costo quasi analogo alla TAC. Occorre chiarire quali prestazioni possono essere eseguite con le diverse apparecchiature. Innanzitutto la qualità delle immagini e il potere di risoluzione (cioè la possibilità di visualizzare lesioni sempre piccole) si è notevolmente accresciuta con l'evoluzione delle apparecchiature ed è comunque diversa a seconda della complessità dell'apparecchiatura utilizzata. Negli anni Novanta si è consolidata ed è entrata nella pratica clinica la tecnologia dell'eco-Color Doppler per lo studio dei vasi venosi e arteriosi degli arti, delle carotidi e di tutti i vasi addominali. Le alterazioni dei flussi ematici ai vari organi possono darci utili informazioni su eventuali condizioni patologiche. Dagli anni 2000 è stata poi introdotta la tecnologia dei mezzi di contrasto (che nulla hanno a che fare con i mezzi di contrasto radiologici) che consente di caratterizzare le lesioni che eventualmente vengono visualizzate a carico dei vari organi, soprattutto dell'addome e in particolare del fegato. Con la somministrazione endovenosa di un mezzo di contrasto è possibile stabilire in pochi minuti se un nodulo, riscontrato ad esempio nel fegato presenta caratteristiche di benignità o malignità. Negli anni più recenti la tecnologia ci ha regalato un altro strumento veramente

prezioso, soprattutto in campo epatologico: la cosiddetta "Elastometria", che consente di valutare in modo innocuo, rapido e semplice il grado di fibrosi dell'organo. Questo dato, di estrema importanza clinica per poter esprimere un giudizio di gravità per qualunque alterazione riscontrata a carico del fegato, poteva in passato essere ottenuto solo tramite biopsia epatica, tecnica "invasiva" e potenzialmente pericolosa. Pertanto, quando il medico chiede al paziente se ha eseguito una ecografia, dovrebbe sempre accertarsi con quale apparecchiatura è stata eseguita, valutandone l'epoca di costruzione e le caratteristiche tecnologiche. L'affidabilità del risultato è strettamente correlata a queste caratteristiche, oltre che ovviamente all'esperienza dell'operatore. Purtroppo non esiste ancora un sistema di controllo che verifichi l'eventuale obsolescenza e la qualità delle apparecchiature che ancora oggi in molti centri vengono utilizzate.
I discenti hanno avuto modo di discutere con i docenti sulle varie tematiche affrontate e di portare le loro esperienze per un confronto molto proficuo.

* * *

50° CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROLOGIA A BOLOGNA

Bologna, 16 ottobre 2019 - Focus degli esperti su nuove terapie e carenze stroke unit

Si è concluso con successo il 50° Congresso Nazionale della Società di Neurologia che ha visto la partecipazione di oltre 2.500 neurologi di tutta Italia per l'aggiornamento e il confronto sulle novità che riguardano le malattie del sistema nervoso.
Di grande attualità il tema delle nuove terapie geniche per la cura delle malattie neurodegenerative che segnano l'inizio di una nuova era terapeutica per la cura di patologie gravi quali SLA, la malattia di Parkinson e il decadimento cognitivo.
Dopo la messa a punto della terapia genica per l'atrofia muscolare spinale (SMA), sono stati infatti avviati i primi trial sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) attraverso i quali si stanno sperimentando cure mirate alle alterazioni genetiche della malattia e in grado di bloccare la produzione o l'accumulo di proteine tossiche. Grande speranza anche per le miopatie.
Nuove importanti novità anche per la cura dell'emicrania nei pazienti colpiti dalle forme più gravi con almeno 4 episodi al mese: si aspetta con grande attesa l'autorizzazione per la commercializzazione e la rimborsabilità in Italia dei nuovi anticorpi monoclonali che mirano alla prevenzione degli attacchi di emicrania attraverso l'azione che esercitano su una particolare molecola – un peptide, correlato al gene della calcitonina (Cgrp) - o verso il suo recettore, che svolgono un ruolo fondamentale nella genesi del mal di testa. Sarà una terapia rivoluzionaria inoltre perché prevede la somministrazione del farmaco solo 1 volta al mese.
Critica invece la situazione dell'organizzazione assistenziale per le malattie cerebrovascolari al centro del simposio congiunto SIN – Ministero della salute: dai dati preliminari di un'indagine realizzata dalla Società Italiana di Neurologia, emerge come i centri specializzati per la cura dell'ictus cerebrale nel nostro paese, le Stroke Unit, risultino carenti di posti letto e non equamente distribuiti sul territorio nazionale. Si stima che siano circa 10 milioni gli italiani che, se avranno mai un ictus, non potranno ricevere le cure adeguate nelle Stroke Unit perché assolutamente insufficienti.
"La SIN - ha commentato il Prof. Gioacchino Tedeschi, Presidente della SIN e Direttore I Clinica Neurologica e Neurofisiopatologia, A.O.U Università della Campania 'Luigi Vanvitelli' di Napoli - intende collaborare con le Istituzioni italiane per affrontare e arginare emergenze come questa con l'obiettivo di garantire gli stessi livelli di assistenza a tutti i pazienti. Lo stesso intende fare per la definizione del percorso di formazione dello spe-

cialista interventista neurovascolare, figura sempre più necessaria e già ben definita nel resto dell'Europa".
La Società Italiana di Neurologia conta oltre 3.000 specialisti neurologi e ha lo scopo istituzionale di promuovere in Italia gli studi neurologici, finalizzati allo sviluppo della ricerca scientifica, alla formazione, all'aggiornamento degli specialisti e al miglioramento della qualità professionale nell'assistenza alle persone con malattie del sistema nervoso.

* * *

RESOCONTO TAVOLA ROTONDA SOS MAMMA PRENDITI CURA DI VOI

19 ottobre 2019 - Imola Seminario diocesano di Montericco (g.c.)

In data 19 ottobre 2019 si e svolta a Imola presso il Seminario diocesano di Montericco (g.c.) la Tavola Rotonda sul disagio psicologico genitoriale, aperta a tutta la cittadinanza, dal titolo "SOS MAMMA PRENDITI CURA DI VOI", organizzata da INSALUTE APS, col patrocinio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Bologna, della ASL di Imola, del Comune di Imola, della Pastorale Sanitaria della Diocesi di Imola, e di altre importanti associazioni locali di promozione culturale e sociale (Professione Medica, Università Aperta).
L'idea di approfondire il tema della depressione materna nacque perché da qualche anno questo argomento è oggetto di particolare attenzione da parte del Sistema Sanitario Nazionale. In particolare, lo scorso anno in settembre a Bologna si è svolto un convegno sul disagio psichico perinatale promosso dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie del Ministero della Salute, coinvolgendo sei regioni italiane (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia) e l'Istituto Superiore di Sanità. Recependo questa inquietudine nazionale, l'associazione INSALUTE APS, avendo come obiettivo l'educazione sanitaria alla popolazione generale, si è voluta fare carico della sensibilizzazione alla popolazione generale su questo tema con obiettivi di prevenzione e informazione sulle risorse del territorio in caso di disagio.
Abbiamo avuto un riscontro molto positivo da parte del personale sanitario maggiormente implicato nella diagnosi e nella presa in carico del problema, che ha risposto alla nostra chiamata con entusiasmo. Hanno infatti partecipato con i loro interventi la dott.ssa Maria Grazia Saccotelli psicologa e psicoterapeuta responsabile del consultorio familiare di Imola, accompagnata dal dott. Eugenio Gallo psichiatra, dal dott. Danilo Pasotti, MMG e psicologo, dalla dott.ssa Paola Rita di Turi pediatra, dal dott. Damiano Suzzi psicologo con lunga esperienza in psicologia infantile. Dopo un'introduzione della dott. ssa Chiara Suzzi, Presidente dell'Associazione INSALUTE, l'intervento del medico di medicina generale ha esposto la presentazione del problema e le criticità dell'epoca perinatale. La psicologa del consultorio della ASL di Imola ha spiegato l'accoglienza da parte del Sistema Sanitario e le strategie di intervento. Lo psicologo infantile ha mostrato le conseguenze del disagio materno sul bambino piccolo e ha presentato la nuova entità noseologica del disagio perinatale paterno, spiegando che non solo le madri, ma anche i padri, possono essere colpiti da un disagio che puó essere anche molto importante. È stato quindi il turno della pidiatra che ha mostrato il suo punto di vista e quanto la coppia madre-figlio sia un tutt'uno sinergico da accogliere e ascoltare. Infine lo psichiatra ha mostrato che il disagio della madre se non risolto, puó provocare squilibri psicologici nel bambino per molti anni.
Tutte queste relazioni sono state caratterizzate da moltissima delicatezza e attenzione nella decolpevolizzazione delle madri col fine di raggiungere una serenità indispensabile allo sviluppo del figlio.
Si ringrazia l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Bologna per aver patrocinato questo importante evento.

Dott.ssa Chiara Suzzi - La presidente di INSALUTE APS

Vendo Piezosurgery Touch Hectron con valigia per il trasporto, Implant Site Preparation kit, Sinus Physiolift Kit Pro con cd, libretti, istruzioni, condizioni perfette. Per informazioni tel. 335/8112082.

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

Struttura accogliente in posizione strategica (vicino Ospedale S. Orsola e ben servita dai mezzi pubblici) mette a disposizione per odontoiatri e medici specialisti, studi per giornate o mezze giornate. I locali sono arredati e dotati di tutti i servizi inclusa segreteria e accoglienza pazienti. Prezzo personalizzato e proporzionato all'effettivo utilizzo. Per info e visite Tel. 051/301977.

Affittasi in studio medico (situato in zona Mengoli composto da ingresso, sala d'aspetto, 3 stanze uso ambulatorio, ripostiglio, bagno) una stanza arredata uso ambulatoriale per l'intera settimana (anche per mattine e/o pomeriggi). Non ci sono spese di segreteria. Tel. 339/7716933.

Affittasi studio medico in zona Corticella. Nuovo, ben arredato, aria condizionata. Situato al piano terra. Zona ben servita dai mezzi, fermata bus vicina e situato a pochi minuti in auto dalla tangenziale. Facilità di parcheggio. Disponibile per uno o più giorni a settimana. Ideale per medici o figure professionali quali nutrizionista, psicologi, ecc. In struttura sono già presenti: osteopata e medico chirurgo. La struttura molto luminosa è composta da 3 studi medici, sala d'attesa, servizi per utenza, spogliatoio e servizi per professionisti. Chiamare al num. 346/1008676.

Adiacenze ippodromo affittasi ambulatorio medico (accatastato A10) a giornate o mezze giornate, sito piano terra, luminoso, ingresso indipendente, completamente ristrutturato nel 2011, riscaldamento autonomo con termoarredo, aria condizionata, pompe a calore, arredi. È presente inoltre vano tecnico soppalcato. Contratto tipo service, 100€ la giornata, 65€ mezza giornata (se si affittano più mezze giornate a settimana il costo scende a 50€ cad.). Il costo è comprensivo di tutte le utenze, spese condominiali, tassa rifiuti, lenzuolini usa e getta, pulizie. Tel. 333/7182992.

Svezia recluta giovani medici specialisti italiani. Se sei un medico specialista e vuoi trasferirti in Svezia per vivere e lavorare, da solo o con la tua famiglia, inviaci il tuo CV: e.mara@lireco.se. Molti ospedali pubblici Svedesi stanno cercando di assumere medici italiani in varie specializzazioni mediche: medici di famiglia, Medico Psichiatra (Infantile o Adulti), Radiologo, Cardiologo, Ginecologo ecc ...

Nuovo Poliambulatorio Medico situato in zona strategica della città offre disponibilità per giornate o mezze giornate a Medici con clientela propria, per tutte le branche compresa chirurgia ambulatoriale. Scrivere a progettosorriso2014@gmail.com oppure telefonare al numero 3313178721.

Poliambulatorio Odontoiatrico di recente apertura, dotato di tutte le moderne tecnologie, offre disponibilità per giornate o mezze giornate ad Odontoiatri anche con clientela propria, oltre a collaborazione in igiene, conservativa, endodonzia, chirurgia. Scrivere a progettosorriso2014@gmail.com oppure telefonare al numero 3313178721.

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

SPINE CENTER

RICERCA • FORMAZIONE • TRATTAMENTO della PATOLOGIA VERTEBRALE

CLINICA | **DIDATTICA** | **RICERCA**

Perché ho voluto creare ***l'universo Spine Center?***
Fin da quando studiavo medicina ho sempre pensato che il trattamento del paziente non si limitasse solamente ad un approccio medico, ho voluto quindi realizzare ***un progetto con diversi "pianeti" dove il paziente può essere ascoltato e trattato da diversi professionisti,*** *dove ogni problematica è affrontata attraverso diversi approcci, dove continuamente si fa* ***ricerca,*** *fino ad arrivare ad un* ***percorso formativo*** *che porta i nostri studenti, attraverso la* ***didattica,*** *a seguire percorsi formativi specifici. Ecco perché* ***Clinica, Didattica e Ricerca sono i 3 aspetti fondamentali in cui crediamo profondamente in Spine Center*** *e che sono strettamente legati, per poter offrire al paziente un approccio unico.*

SAVERIO COLONNA
Direttore Sanitario Spine Center

Terapia del dolore e ozonoterapia

Fisioterapia

Rieducazione Funzionale di gruppo

Medicina dello sport

Mondo gravidanza

Ortopedia

Osteopatia

Rieducazione Funzionale in palestra

Osteopathic Spine Center Education

L'ECCELLENZA NELLA FORMAZIONE OSTEOPATICA
Per tutte le info: **www.osce.spine-center.it**

aiso — ASSOCIAZIONE ITALIANA SCUOLE DI OSTEOPATIA

Roi — REGISTRO DEGLI OSTEOPATI D'ITALIA

SPINE CENTER PROJECT SRL
via Della Liberazione, 3-5 40128 Bologna - tel. +39 051 0952375 - info@spine-center.it
www.spine-center.it

Nuova Polizza Responsabilità Professionale Medici Chirurghi ed Odontoiatri

In linea con le previsioni della legge 24/2017 *(Legge Gelli)*

Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Libera Professione "pura"	**(COMPARTO LP)**
Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza del S.S.N., con inclusa Attività Intramoenia	**COMPARTO SSN)**
Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza del S.S.N., con inclusa Attività Extramoenia	**(COMPARTO SSN)**
Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza del S.S.N., con inclusa Attività Amministrativa	**(COMPARTO SSN)**
Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza di Strutture Sanitarie Private	**(COMPARTO SSP)**
Polizza Infortuni ed Invalidità Permanente Malattia.	**(COMPARTO INFORTUNI E IPM)**
Polizza Tutela Legale per Medici in Libera Professione	**(COMPARTO T.L.LIB)**
Polizza Tutela Legale per Medici Dipendenti S.S.N.	**(COMPARTO T.L.DIP)**

Le Polizze sopraelencate hanno specifiche caratteristiche che le rendono uniche rispetto al Mercato, quali coperture All-Risks della Responsabilità Professionale, super valutazioni specifiche nella Polizza infortuni e Malattia.

ALCUNI ESEMPI: COLPA GRAVE - RETROATTIVITÀ - POSTUMA - COPERTURA PER QUALSIASI PREGIUDIZIO ECONOMICO DERIVANTE ALL'ASSICURATO NELL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE, QUINDI ANCHE INDIRETTAMENTE A CAUSA DI OMESSA E/O SBAGLIATA DIAGNOSI, NONCHÉ ERRORI DI CERTIFICAZIONE E/O ATTIVITÀ DI TIPO MEDICO LEGALE!

Quanto sopra potendo disporre di CONTENUTE CONDIZIONI ECONOMICHE specificatamente ottenute sul mercato dei LLOYD'S di Londra, per tutte le specializzazioni mediche e chirurgiche, dal medico di medicina generale, all'odontoiatra, al ginecologo, al chirurgo ortopedico, etc.!

INOLTRE È LA PRIMA ASSICURAZIONE RCP MEDICI CHE PREVEDE, AD UN COSTO RIDOTTO, LA COPERTURA PER LA SOLA RESPONSABILITÀ EXTRACONTRATTUALE PER I SANITARI CHE LAVORANO COME LIBERI PROFESSIONISTI SOLO PRESSO STRUTTURE SANITARIE.

Per **informazioni scrivere a** *info@sorimed.com* **specificando nome, numero di telefono ed in quale tipologia professionale rientrate. Verrete prontamente ricontattati.**