

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XL - N° 12 DICEMBRE 2009

PUBBLICAZIONE MENSILE - SPEDIZIONE IN A.L.P. 45% - ARTICOLO 2 COMMA 20/B LEGGE 662/96 FILIALE DI BOLOGNA

IN QUESTO NUMERO

- **Il campo di lavoro della Commissione sulla Responsabilità Medica in Psichiatria**, Pietro Abbati, pag. 3
- **Pietro Loreta (1831-1879) e gli inizi della chirurgia gastrica a Bologna**, Dr. Andrea Dugato - Dr. Sebastiano Pantaleoni, pag. 8
- **Odontoiatria oggi tra qualità e mercato**, Giuseppe Renzo, pag. 10
- **Istituzione dei Registri per le Medicine Non Convenzionali dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna**, pag. 13
- **Norme per esercenti le Medicine Non Convenzionali**, pag. 14

PIETRO LORETA ILLUSTRÒ QUESTA CLINICA CHIRURGICA DALL'ANNO MDC
DISCEPOLI E AMMIRATORI LO VOLLERO RAFFE
NELL'ATTO DI COMPIERE PEL PRIMO (14 SETTEMBRE 1882) LA DIVULS
ONDE EBBE MONDIALE RINGRAZIAMENTO DEL SEGRETERIORE ARI



TREDICESIMO
NONO

NOVITÀ E AGGIORNAMENTI IN TEMA
DI **MEDICINA ESTETICA** E **CHIRURGIA ESTETICA**

**CONGRESSO
INTERNAZIONALE
SIES**

TREDICESIMO
NONO

**B O L O G N A
F E B B R A I O
2 0 1 0**

Centro Congressi **CENTERGROSS**

**13° CONGRESSO INTERNAZIONALE
di **MEDICINA ESTETICA**
26-27-28 FEBBRAIO 2010**

**9° SIMPOSIO INTERNAZIONALE
di **CHIRURGIA ESTETICA**
27-28 FEBBRAIO 2010**

Segreteria Scientifica

SIES

Società Italiana di Medicina e Chirurgia Estetica

www.sies.net

informazioni@sies.net

Segreteria Organizzativa

C.P.M.A. - VALET

Via dei Fornaciai, 29/b - 40129 Bologna

Tel. + 39 051 63 88 334

Fax +39 051 326 840

www.valet.it

congresso@valet.it

LINGUE UFFICIALI



C.P.M.A.

La Scuola di Bologna



E.C.M.

Educazione Continua in Medicina



BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE

Dott. Luigi Bagnoli

COMITATO DI REDAZIONE

Dott. Pietro Abbati
Dott. Massimo Balbi
Dott. Carlo D'Achille
Dott. Andrea Dugato
Dott. Flavio Lambertini
Dott. Sebastiano Pantaleoni
Dott. Stefano Rubini
Dott.ssa Patrizia Stancari

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
Spedizione in A.P. - 45%
art. 2 comma 20/b - legge 662/96
Filiale di Bologna

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Contiene I.P.

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di novembre 2009
è stato consegnato in posta
il giorno 09/11/2009

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

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO XL - DICEMBRE 2009 N° 12

ARTICOLI

Il campo di lavoro della Commissione sulla Responsabilità Medica in Psichiatria • **3**

Pietro Loreta (1831-1879) e gli inizi della chirurgia gastrica a Bologna • **6**

Esercizio abusivo della professione: sanzioni troppo tenere per i "falsi dentisti" • **8**

Odontoiatria oggi tra qualità e mercato • **10**

Istituzione dei Registri per le Medicine Non Convenzionali dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna • **13**

Norme per esercenti le Medicine Non Convenzionali • **14**

ODONTOIATRI

Le attività della Commissione Albo Odontoiatri di Bologna • **16**

NOTIZIE

Riflessioni degli Ordini sul rinnovo del Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM • **17**

Rinnovo Consiglio Amministrazione ENPAM - ulteriori considerazioni dall'Ordine di Milano • **18**

Rinnovo del Consiglio di Amministrazione ENPAM - riflessioni del Presidente di Lucca • **19**

ENPAM: risposta del Presidente FNOMCeO Amedeo Bianco • **20**

Interpretazione autentica delle prime riflessioni dell'Ordine di Latina sulle prossime elezioni all'ENPAM • **22**

ENPAM ed altro: risposta dell'Ordine di Arezzo ad Amedeo Bianco • **22**

Considerazioni dell'Ordine di Bologna sul Consiglio Nazionale di Padova, ENPAM e "atto medico" • **23**

Richieste di chiarimenti sulle procedure da adottare per il riconoscimento dell'attività di tutoraggio • **24**

Comunicato Giunta Esecutiva ONAOSI del 3 ottobre 2009 • **25**

Corso sulla Colonscopia virtuale • **27**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **28**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **29**

CONVEGNI CONGRESSI • **30**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente

Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente

Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario

Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere

Dott. VITTORIO LODI

Consiglieri Medici

Prof. FABIO CATANI

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

Dott. CARMELO SALVATORE STURIALE

Consiglieri Odontoiatri

Dott. CARLO D'ACHILLE

Dott. ANDREA DUGATO

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. CARLO D'ACHILLE

Segretario: Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Componenti: Dott. EMANUELE AMBU

Dott. PIETRO DI NATALE

Dott. ANDREA DUGATO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dott. ENNIO CARMINE MASCIELLO

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO

Dott.ssa CATERINA GALETTI

Supplente: Dott. ANDREA BONFIGLIOLI

Il campo di lavoro della Commissione sulla Responsabilità Medica in Psichiatria

Pietro Abbati - Coordinatore della Commissione

“Non posso esimermi dal soccorrere uno straniero, quale ora sei tu; e del resto so bene di non essere che un uomo: non c'è un attimo del domani che appartenga più a me che a te” (Ed. Col. vv. 565 ss.)

“Abbi fiducia in me non ti abbandonerò” (Ed. Col. v. 649)

Straniero e apolide è il paziente affetto da patologia psichiatrica, escluso, spesso autoescluso, da un'organizzazione sociale e familiare le cui regole sono troppo complesse e/o contraddittorie per poter essere accettate o rispettate.

Compito dello psichiatra è costituire un'alleanza con il proprio paziente allo scopo di aiutarlo a reggere alle crisi ed a fronteggiare la problematicità del reale senza cedere alla chimera dell'autosufficienza e dell'autoesclusione.

Nello stesso tempo lo psichiatra è parte di una “macchina organizzativa” che deve garantire la disponibilità generalizzata di assistenza a qualsiasi persona in qualsiasi momento.

Lo psichiatra può trovarsi, e spesso si trova, nel mezzo di una contraddizione non risolvibile tra gli interessi del suo paziente, e quelli che abitualmente chiamiamo “interessi della collettività”. È, e forse deve essere, schiacciato tra queste due polarità opposte.

Il paziente psichiatrico tende a diventare “stra-

niero” al mondo che lo circonda e da questo tende ad essere esiliato fuori dalle mura della convivenza sociale. Di questa condizione deve sopportare il dolore e le conseguenze. E il dolore non migliora le persone, le rende spesso vendicative, le spinge ad odiare gli altri colpevolizzandoli del loro benessere.

Il sistema sociale, la collettività così come il microcosmo familiare e relazionale del paziente si rivolgono allo psichiatra con l'esigenza e l'aspettativa di avere da esso chiavi di lettura del comportamento del paziente, ma ancora di più esprimendo la richiesta di avere protezione dalla disorganizzazione che le condotte e le idee del paziente determinano nel regolare svolgimento della vita sociale.

In questo quadro la responsabilità dello psichiatra è, come nell'etimo della parola, dare risposte con la consapevolezza delle conseguenze che da queste risposte deriveranno.

La legge 180 è stata il frutto della presa di posizione degli psichiatri, raccolta poi dal sistema sociale, della presenza di conseguenze inaccettabili per i pazienti derivanti dalla loro segregazione fisica all'interno dei manicomi e della grande apertura di opportunità offerta dalla introduzione dei farmaci neurolettici nel trattamento delle malattie mentali. Per molti

VILLA BARUZZIANA

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
NEUROPSICHIATRICO**

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri

Medico Chirurgo

Specialista in Psicologia, Medica, Igiene e Medicina Preventiva

BOLOGNA - V. DELL'OSSERVANZA, 19

CENTRALINO: TEL. 051 580 395

TEL. 051 338 411

UFFICIO PRENOTAZIONI RICOVERI:

TEL. 051 644 0324 - FAX: 051 580 315

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

Aut. San. n. 44940 del 13/03/2003

anni l'idea che il reinserimento sociale dei pazienti fosse "la soluzione" dei problemi dei pazienti psichiatrici è stata forza propulsiva per la creazione di un ampio sistema di assistenza territoriale che si intrecciasse con l'assistenza sociale. La preoccupazione della psichiatria è stata essenzialmente quella di impedire una regressione delle pratiche dell'assistenza psichiatrica verso modelli di stampo manicomiale.

In quel tempo l'assunzione di responsabilità degli psichiatri si è espressa nella decisione di affrontare, recidendolo, il nodo Gordiano rappresentato dalla segregazione che determina deterioramento delle capacità adattive e che a sua volta determina ulteriore ed irreversibile segregazione. Ogni decisione è presa in condizioni di incertezza ed è sempre un azzardo e tale fu la decisione di chiudere i manicomi, di opporsi in maniera irriducibile all'idea di "pericolosità sociale" associata in modo acritico ed irrevocabile alla malattia mentale.

Siamo adesso, nell'hic et nunc di questo tempo che dista trent'anni dalla 180, condannati, in quanto psichiatri, perché ritenuti corresponsabili delle azioni dei nostri pazienti. Siamo condannati da una magistratura che si fa braccio forte di un sistema sociale che non è più in grado di negare l'evidenza che, in certe condizioni, i pazienti psichiatrici possono diventare pericolosi, che il reinserimento sociale a volte non è possibile e che ci ricorda con severità che il nostro è ruolo di mediazione tra il paziente ed il mondo che lo circonda, che ci accusa di non svolgere adeguatamente i nostri compiti di protezione verso il sistema sociale. Ci accusa di non avere valutato correttamente le conseguenze delle nostre decisioni e di essere venuti meno per questo e colpevolmente ad una nostra responsabilità.

È come se lo psichiatra, ogni psichiatra, avesse messo una sorta di firma di avallo al credito sociale che è stato concesso ad ogni nostro paziente ed il sistema sociale, di fronte alla insolvenza delle persone da noi garantite, ci richiedesse la copertura in solido del debito insoluto.

Il razionale giuridico della chiamata a correttezza è espresso in modo dettagliato e sapiente dalla dott.ssa Rita Zaccariello nel suo intervento "QUESTIONI IN TEMA DI RESPONSABILITÀ PENALE DELLO PSICHIATRA PER CONDOT-

TE AUTO O ETERO LESIVE POSTE IN ESSERE DAL PAZIENTE" laddove afferma che "se non vi è dubbio che la stretta correlazione tra malattia mentale e pericolosità stabilita dalla legge del 1904 fosse arbitraria perché fondata su un mero pregiudizio e sia assolutamente incostituzionale, è altresì vero che il venire meno di tutti i riferimenti normativi alla pericolosità derivante da causa psicopatologica – salvo il caso in cui l'infermo di mente abbia già commesso un reato – non ha potuto cancellare un dato di realtà, ossia la possibilità che un determinato soggetto versi in uno stato psicopatologico di tale intensità da renderlo, in concreto, pericoloso per sé e per altri, quindi incline a porre in essere comportamenti auto o etero lesivi che non sono espressione di un autodeterminazione consapevole ma espressione della malattia".

Non basta quindi che gli psichiatri rigettino la chiamata a correo facendo appello allo "spirito" della 180 ed ai valori da essa sostenuti, ciò che ci viene richiesto, a livello sociale, è di dare risposta a questa evidenza e cioè che si dà la possibilità che "un determinato soggetto versi in uno stato psicopatologico di tale intensità da renderlo, in concreto, pericoloso per sé e per altri". Sottrarci a questa richiesta di risposta o negare questa evidenza è il fondamento della colpa che ci viene attribuita. Allo psichiatra la società chiede non solo una diagnosi ed una prognosi di malattia, cose che vengono chieste a tutti i medici, ma anche una prognosi di condotta ed una terapia che sia efficace nel condizionare la condotta stessa.

Allo psichiatra si chiede di prevedere la probabile condotta del suo paziente, e la possibilità che questa sia socialmente accettabile. Questa richiesta sociale è manifestamente eccessiva. Vale per noi, psichiatri del 2009, come per i nostri pazienti la necessità di prendere coscienza che quel che ci precede – dal DNA biologicamente, ai rapporti parentali, alle matrici storico-culturali, all'ambiente sociale – ci condiziona e ci determina ma non ci costringe, che dobbiamo fare i conti con ciò da cui provieniamo ed in cui siamo inevitabilmente radicati per renderci capaci di scelte responsabili nell'attualità delle nostre esistenze come uomini e come professionisti.

È in questa direzione che va l'iniziativa assun-

ta dal Presidente di quest'Ordine dei Medici che ha voluto con determinazione la costituzione di questa Commissione per la Responsabilità Medica in Psichiatria.

Ci ha offerto la possibilità di costituire uno spazio di riflessione e di lavoro all'interno del quale ritrovare le coordinate della nostra identità di medici prima e di psichiatri poi nell'attualità di questo tempo che dista trent'anni dalla approvazione della 180 e che ci pone nuove questioni da risolvere, non meno drammatiche e non meno complesse della segregazione manicomiale che rese necessaria la 180. Il Codice deontologico dei medici italiani (che – come è noto – non ha valore di legge) talora si adegua e talora precede le pronunce giurisprudenziali nel settore sanitario: fra i due campi, l'influenza è reciproca.

La Commissione istituita da questo Ordine non si occuperà dunque di mettere in discussione taluni obblighi, ormai comunemente accettati a livello giurisprudenziale, ma forse non completamente accettati a livello medico, come per esempio l'obbligo del segreto, o l'obbligo di informare il paziente su fatti medici che lo riguardano, e di ottenerne il consenso prima di iniziare procedure diagnostiche e terapeutiche. Tali obblighi, così come altri, sono di ordine generale, e riguardano tutti i medici, e dunque anche gli psichiatri, anche se, come è ovvio, in questo settore specialistico essi possono assumere connotazioni particolari, talora paradossali, o irrisolvibili.

L'esplorazione del campo semantico e culturale della parola responsabilità costituirà il perimetro all'interno del quale sviluppare la nostra riflessione che, augurabilmente e necessariamente, si articolerà in diversi incontri. La responsabilità come "assunzione di..." ovvero come presa di posizione altrimenti ineludibile di fronte alle necessità espresse dal paziente e dal sistema sociale di cui facciamo parte. Fino a responsabilità come "colpa di..." ovvero onere derivato dall'aver omesso di prendere una decisione o avere assunto la decisione sbagliata.

La contrapposizione tra un piano generale di lettura della realtà della vita ed uno particolare riferito ad un singolo segmento temporale, nella sua complessa articolazione di cause ed effetti, attraversa la storia della cultura da molti secoli.

La riflessione sulla sostanziale impossibilità

di operare una lettura contemporanea dei due piani è incorporata nella cultura umana a partire dalla tradizione greca che utilizza due parole per "vita": *Z*, la vita eterna ed immortale nel suo incessante scorrere e trasformarsi, contrapposta a *B* che è invece la vita singolare, limitata e mortale di ogni singolo individuo.

Nella cultura greca la vita di ogni uomo – *B* – viene rappresentata nel suo essere alle prese con *Z* fatta di potenze esterne – la natura, gli dei, il destino – e potenze interne – le sue passioni e voglie – tra cui deve districarsi come il marinaio che, nella tempesta che viene improvvisa, deve trovare il modo di continuare a navigare intuendo l'"andatura del mondo", facendo riferimento a qualche regolarità osservata in precedenza e trovando la via possibile nell'*hic et nunc* della propria storia.

Non c'è nulla di nuovo dunque nella contrapposizione tra lettura giuridica, per sua natura generale, e lettura personale, per sua natura particolare, degli accadimenti umani – nel nostro caso, tra la lettura *ex post* delle scelte operate dal medico e la concreta azione del medico in una situazione data.

Non a caso la condotta dei medici è tradizionalmente sottoposta all'unico criterio dell'"agire secondo scienza e coscienza". Tale indicazione fa riferimento alla scienza e coscienza del singolo medico nel momento in cui sceglie l'azione da compiere in favore del suo paziente e gli Ordini dei Medici si fanno garanti della acquisizione di tale scienza e della coscienziosa applicazione di essa da parte dei suoi iscritti.

Nella dimensione della *Z* la scienza è "tutto lo scibile", nella dimensione del *B* la scienza sono le informazioni di cui il singolo professionista dispone nel momento storico in cui agisce e sceglie.

In quest'ottica lo sforzo di elaborazione e sintesi che in tutte le branche della medicina viene svolto per identificare linee guida aggiornate in merito alle migliori strategie di trattamento dei singoli disturbi corrisponde all'esigenza di organizzare lo sconfinato patrimonio della ricerca in ambito medico e rendere disponibile al singolo professionista, nella situazione specifica in cui deve agire e scegliere, un orientamento condiviso, aggiornato ed attendibile.

Ma nella psichiatria italiana dell'ultimo ventennio la stessa codifica della diagnosi fatica

ad essere condivisa dal momento che è diventata territorio di confronto di posizioni ideologiche tra loro incompatibili e se nella nostra disciplina non si riesce a trovare una rappresentazione condivisa in merito a “cosa si cura” figuriamoci se si può arrivare ad una prassi condivisa in merito al “come si cura”!

È mia ferma e consolidata convinzione che il significato della parola responsabilità che definisce responsabilità come “assunzione di...” imponga agli psichiatri italiani di ridefinire un punto di partenza che tenga conto della specificità medica e definisca il confine tra responsabilità medica e responsabilità socio-assistenziale nel trattamento.

Jervis¹ ricorda che negli anni '80 “Psichiatria Democratica ... criticava l'istituzione di Unità psichiatriche negli Ospedali generali, perché ciò avrebbe implicato una medicalizzazione della sofferenza mentale, legata ad una concezione biologistico-organicista” fondandosi sulla teoria che “... la sofferenza e la discriminazione psichiatrica erano un aspetto delle contraddizioni esistenti nella società... ed andavano affrontate là dove nascevano, ossia nel vivo del tessuto sociale, e non dovevano essere sequestrate in ambienti specialistici separati”². Trent'anni dopo sappiamo che la psichiatria, sia nel trattamento della acuzie sia nella riabilitazione, si fonda sull'uso appropriato di farmaci che la ricerca neurobiologica e genetica rende sempre più specifici e selettivi. Sappiamo che i dosaggi ematici di questi farmaci sono critici per la loro efficacia e per la gestione di effetti collaterali a breve e a lungo termine. Sappiamo che l'assetto endocrino del paziente

ha enorme influenza su suo psichismo. Sappiamo che il trattamento dell'abuso di questi farmaci, che ha raggiunto proporzioni enormi dall'80 ad oggi, costituisce parte dei nostri oneri quotidiani.

Sembra paradossale che ancor oggi sia facile da accettare l'idea che per un inserimento sociale dei pazienti psichiatrici siano necessarie mediazioni e facilitazioni che tengano presente la specificità delle persone malate mentre sembra blasfemo sostenere che ricoverare un paziente con patologia psichiatrica prevalente in un reparto di medicina generale è spesso impossibile per la sua intolleranza alle regole che gli ospedali si sono date. Il risultato di questo paradosso è che la comorbilità medica delle patologie psichiatriche spesso non viene trattata e che molta parte degli psichiatri ritiene non sia nemmeno di sua competenza.

La semplificazione che riconosce alla psichiatria la sola funzione di prevenzione e normalizzazione delle condotte socialmente disturbanti attraverso l'uso di farmaci ed il reinserimento sociale è, a mio giudizio, collegata ad una concezione riduttiva della psichiatria che gli psichiatri stessi hanno favorito. Spero che il lavoro di questa commissione possa contribuire ad una rettifica di questo stato di cose e ci aiuti a spostare la nostra attenzione ed il nostro orizzonte organizzativo ed operativo dalla “centralità del territorio” alla “centralità della cura dei pazienti psichiatrici”.

¹ G. Corbellini, G. Jervis “La razionalità negata” pg. 146 - Bollati Boringhieri - sett. 2008.

² Ibidem.

Pietro Loreta (1831-1879) e gli inizi della chirurgia gastrica a Bologna

Nicolò Nicoli Aldini e Alessandro Ruggeri

Un bassorilievo collocato nella Clinica Chirurgica dell'Università di Bologna ricorda il primo intervento di divulsione digitale del piloro, eseguito da Pietro Loreta, Professore di chirurgia nello Studio Bolognese il 14 settembre 1882. Come ogni altro chirurgo che abbia operato

nella seconda metà secolo XIX, anche Loreta si trovò coinvolto nelle profonde trasformazioni che nell'arco di pochi decenni stavano mutando radicalmente la configurazione dello scenario operatorio. Se l'anestesia (Morton, 1846 - Simpson, 1847) e l'introduzione delle misure

antisettiche (Lister, 1867) sono forse i segni più, visibili di questo cambiamento, l'approccio anatomico-clinico alla malattia, la nascita della fisiopatologia chirurgica, l'organizzazione degli ospedali e dei reparti, le nuove possibilità in campo diagnostico ne rappresentano i presupposti e ne concretizzano i risultati.

Loreta era nato a Ravenna da famiglia della locale nobiltà il 10 luglio 1831. Iscritto alla facoltà di medicina dell'Università di Bologna, conseguì la laurea nel 1856. Fra i maestri di Loreta ricordiamo Luigi Calori (1807-1896) Francesco Rizzoli (1808-1880) e Giovanni Battista Fabbri (1806-1875). Dopo la laurea Loreta ottenne dapprima una condotta nelle Marche e fu primario di chirurgia all'ospedale di Fermo. Chiamato da Calori, divenne in quegli anni prosettore nell'Istituto di Anatomia dell'Università di Bologna. Nel 1868 succedette al Rizzoli nell'incarico della Clinica Chirurgica, di cui divenne professore ordinario dal 1871. Mantenne la cattedra, unita a quella della Medicina Operatoria, fino alla morte da se stesso procuratasi il 20 luglio 1889. Loreta fu certamente una personalità complessa e tormentata. Giuseppe Ruggi (1844-1925), clinico chirurgo a Bologna e giovane assistente di Loreta, lo definisce "strano e fiero", aggiungendo che "era geloso e soffriva in maniera grandissima di mania di persecuzione".

L'attività clinica di Loreta, iniziata nell'Ospedale Azzolini "di San Francesco Saverio o della Maddalena", situato presso la Porta San Donato e sede delle cliniche dell'Università di Bologna dal 1808 al 1869, proseguì nell'Ospedale di Sant'Orsola dopo che le cliniche vi erano state trasferite nel 1869. Dei suoi molti allievi alcuni raggiunsero la cattedra universitaria (Ruggi, Nigrisoli, Codivilla, Poggi) altri il primariato ospedaliero (Sarti, Berti). Una sintesi dell'operosità scientifica di Loreta secondo i principali campi di interesse, può essere intrapresa assumendo come riferimento le molte pubblicazioni. Queste comprendono argomenti di ortopedia e traumatologia (piede torto, lussazioni traumatiche), urologia (cistotomia per via perineale, restringimenti uretrali), chirurgia dell'apparato digerente (divulsione digitale del piloro, divulsione strumentale dell'esofago e del cardias, echinococcosi epatica, colecistostomia-colecistorrafia) e neuro-

traumatologia (traumi cranici, lesioni dei nervi periferici). I suoi contributi rendono evidenti da un lato lo sforzo di migliorare tecniche classiche, dall'altro l'attenzione ai nuovi orizzonti che si venivano aprendo per la chirurgia.

Con l'intervento di divulsione del piloro ricordato nel bassorilievo, Loreta si colloca fra i primi ad intraprendere la chirurgia dello stomaco, la cui nascita si può far coincidere con gli interventi di Theodor Billroth (1829-1894), che nel 1881 aveva eseguito con successo il primo intervento di resezione gastrica per una lesione neoplastica del piloro.

Il paziente operato da Loreta era affetto da restringimento del piloro di natura verosimilmente infiammatoria. La diagnosi si basava su riscontri puramente clinici che peraltro avevano consentito, per la durata e il decorso della sintomatologia (vomito incoercibile da circa venti anni, gravissimo e progressivo dimagrimento) di escludere l'origine neoplastica orientando verso la stenosi cicatriziale. L'intervento consistette nella dilatazione digitale del piloro, ottenuta, dopo apertura della parete gastrica, mediante l'introduzione di due dita nella cavità dello stomaco, forzando poi attraverso l'antro il restringimento cicatriziale. Il risultato fu favorevole, ed indusse Loreta a riferire del proprio intervento all'Accademia delle Scienze di Bologna, dando conto nella stessa seduta di un secondo intervento da lui compiuto a poca distanza di tempo ed ugualmente coronato da successo.

In realtà questo procedimento si trovò ad essere presto superato. Infatti le tecniche di gastroenterostomia (Wolfler, 1881) e di piloroplastica (Heineke, 1886; Miculickz, 1887), si sarebbero rapidamente imposte come di prima scelta.

Il tentativo di Loreta va comunque collocato nell'evoluzione della chirurgia gastrica, tenendo conto delle possibilità ancora limitate di un campo di operazioni allora sul nascere.

Ciò che può essere soprattutto sottolineato è la tempestività con cui Loreta seppe addentrarsi in questo tipo di chirurgia, proponendo una tecnica personale commisurata allo stato dell'arte e compatibile con un atteggiamento di prudente innovazione.

È proprio su questo prudente atteggiamento nella condotta del chirurgo che si possono pro-

porre alcune considerazioni conclusive. È del 1878 uno scritto di Loreta che egli volle intitolare “La chirurgia disciplinata è la sola efficace nelle operazioni”. Nel proporre le linee generali che devono guidare la pratica del chirurgo, Loreta afferma che “l’esercizio della medicina operatoria deve essere amministrato con misura” insistendo sul fatto che una corretta indicazione clinica rappresenta il presupposto indispensabile per l’applicazione di una corretta tecnica operatoria. Richiamandosi all’affermazione di Lisfranc (1790-1847) secondo cui “se la chirurgia è brillante quando opera lo è ancor più quando guarisce i malati senza mutilazioni e senza spargimento di sangue” Loreta raccomanda di “operare opportunamente” attraverso una attenta selezione dei casi da sottoporre ad intervento. Questo atteggiamento di prudenza nella condotta del chirurgo, ancora più significativo perché proveniente da un temperamento impetuoso e tormentato come quello di Loreta, è forse l’elemento che ci permette di meglio riconoscere il contributo che il Maestro ha saputo offrire nella pratica e nell’insegnamento.

Note bibliografiche

- 1) Nicoli Aldini N. *La clinica di Pietro Loreta nell’evoluzione della chirurgia dell’Ottocento*. Ravenna, studi e ricerche, 2004, 11: 125-34.
- 2) Loreta P. *La divulsione digitale del piloro e la divulsione strumentale dell’esofago e del cardias*. Bologna, Fratelli Treves, 1884.
- 3) Loreta P. *La chirurgia disciplinata è la sola efficace nelle operazioni - Riflessioni teorico-pratiche*. Bologna, Monti, 1878.
- 4) Ruggi G. *Ricordi della mia vita*. Bologna, Cappelli, 1924.

Didascalia della figura di copertina

Bassorilievo della Clinica chirurgica del Policlinico S. Orsola che raffigura Pietro Loreta “nell’atto di compiere per primo (14 settembre 1882) la divulsione digitale del piloro”.

Autori

Nicolò Nicoli Aldini - Istituto Ortopedico Rizzoli - Storico della Medicina.

Alessandro Ruggeri - Ordinario di Anatomia Umana dell’Alma Mater - Direttore del Museo delle Cere Anatomiche “Luigi Cattaneo”.

Esercizio abusivo della professione: sanzioni troppo tenere per i “falsi dentisti”

Dr. Andrea Dugato - Dr. Sebastiano Pantaleoni

Si riaccendono i riflettori sull’abusivismo tra le professioni sanitarie dopo l’allarme lanciato nei giorni scorsi da Adnkronos Salute sulla base di dati forniti dai Carabinieri dei Nas relativi ai falsi studi odontoiatrici.

I numeri parlano chiaro: in media, uno studio ogni tre giorni viene sequestrato o chiuso. Per la precisione 94 nei primi nove mesi del 2009 e almeno 184 “falsi” dentisti. Il quadro sembra rispecchiare quanto venuto a galla nell’anno precedente. Nell’intero 2008 gli studi odontoiatrici sequestrati o chiusi sono stati 160, i dentisti “abusivi” 249 e i falsi infermieri 170.

Da ciò emerge chiaramente come il fenomeno dell’abusivismo professionale medico ed

odontoiatrico abbia assunto dimensioni preoccupanti negli ultimi anni, con un’evidente ricaduta sulla sicurezza della salute di tutti i cittadini che inconsapevolmente si affidano alle cure di “sedicenti” professionisti.

Per una completa analisi del fenomeno è opportuno inquadrare il problema sia da un punto di vista giuridico che deontologico.

Ai sensi dell’art. 348 del codice penale, l’esercizio abusivo di una professione consiste nel reato commesso da chiunque eserciti una professione senza averne la speciale abilitazione richiesta dallo Stato.

È dunque sufficiente, per la configurazione del reato, il compimento di un solo atto professionale compiuto senza l’abilitazione ri-

chiesta, anche qualora la prestazione sia fornita gratuitamente.

L'esercizio deve ritenersi abusivo non soltanto quando manchi il titolo di studio richiesto (laurea o diploma) ma anche qualora, pur sussistendo i titoli, non vengano adempiute le formalità d'obbligo quali l'iscrizione all'albo professionale, il superamento dell'esame di Stato, ecc. Dunque, nel caso di sospensione temporanea dall'albo, è certamente abusivo l'esercizio di una professione anche se chi lo pratici possiede il relativo titolo di studio e l'abilitazione professionale.

Quando la professione esercitata abusivamente rientra nel campo odontoiatrico, le conseguenze che possono derivare dall'imperizia dell'abusivo incidono direttamente sulla salute e integrità fisica del paziente, configurando la fattispecie prevista dall'art. 590 c.p. (lesioni colpose). Da ciò si deduce anche la possibile violazione dell'art. 640 del codice penale (truffa), dal momento che il finto professionista, nascondendo all'assistito la mancanza di abilitazione, si appropria di un consenso nullo all'atto medico.

Tuttavia, per quanto concerne la repressione del reato, l'articolo in esame prevede una sanzione piuttosto blanda, che sussiste nella reclusione fino a sei mesi, facilmente eludibile con il pagamento di una sanzione pecuniaria che va dai 100 ai 500 euro.

A ciò si aggiunga il fatto che non è neppure prevista la confisca delle attrezzature utilizzate per l'esercizio abusivo della professione, ma solo il loro sequestro, peraltro non obbligatorio. Basta quindi presentare un'istanza di

dissequestro per rientrare in possesso delle costose apparecchiature, cosa che avviene, normalmente, al termine del procedimento giudiziario.

La repressione del fenomeno di esercizio abusivo della professione medica e odontoiatrica non può prescindere dal necessario inasprimento della pena prevedendo una riforma dell'art. 348 del codice penale e partendo proprio dalla confisca quale elemento deterrente per i finti dentisti. Numerosi sono i disegni di legge volti a punire più severamente il reato fino ad ora descritto, e per i quali si auspica che l'attenzione del legislatore sia adeguata all'importanza del fenomeno.

Troppo spesso si perde di vista che la tutela della salute non parte dall'adeguatezza delle cure, ma dall'adeguatezza di chi è responsabile di curare.

Dr. Andrea Dugato

Parallelamente all'esercizio abusivo della professione odontoiatrica nella quasi totalità dei casi si registra anche il caso di favoreggiamento e prestanomismo ad opera di un sanitario regolarmente abilitato ed iscritto all'Albo Odontoiatri. Se a livello di procedura penale l'iter è parallelo a quello di colui che compie il reato di esercizio abusivo della professione, ben più rilevante è l'impatto del procedimento disciplinare per violazione degli Artt. 67 del Codice Deontologico e l'Art. 8, L. 175/1992, che prevedono una sanzione di sospensione non inferiore ad un anno per il sanitario compiacente.

Dr. Sebastiano Pantaleoni

FEDER.S.P.E.V.

Pensionati Sanitari

Sede Bologna: 051/614.53.65

Recupero consolidate Amicizie

Odontoiatria oggi tra qualità e mercato

Giuseppe Renzo

Padova 17 ottobre 2009

Per capire il presente bisogna rivisitare il passato.

Aspetti bioetici

Il dibattito che si svolse nel Paese nel decennio precedente all'approvazione del D.P.R. 28 febbraio 1980, n. 135 (istituzione del corso di odontoiatria e protesi dentaria) evidenziò la necessità di garantire al "nuovo odontoiatra" una cultura biologica in tutto simile a quella relativa ad ogni altra specialità medico-chirurgica.

Questa esigenza era, del resto, sentita anche in quei Paesi nei quali operavano scuole autonome di odontoiatra. A titolo esemplificativo si può citare il rapporto ufficiale della Conferenza tenutasi a Copenaghen nel 1968 sull'insegnamento dell'Odontoiatria in Europa, pubblicato dal "Regional Office for Europe" della World Health Organization, in cui è affermato testualmente: "I partecipanti sottolineano l'importanza di una solida base di scienze mediche fondamentali, e una base adeguata di medicina generale per individuare le manifestazioni orali di malattie generali e per comprendere le ripercussioni sistemiche delle malattie del c.o.".

Si può, quindi, ragionevolmente sostenere che l'istituzione in Italia, nel 1980, del corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria non deve essere vista come un riaffermarsi del concetto di odontoiatra "tecnica e pratica" svincolata dalle sue tradizioni mediche, ma come la necessità, sotto la spinta delle direttive comunitarie e delle esigenze sopra descritte, di una figura professionale nuova con un curriculum di studi scientifici particolari, pur nell'ambito della tradizione culturale medica.

La cura dei denti, in buona sostanza, deve essere considerata non un processo puramente locale, ma posta in rapporto con fattori generali e costituzionali dell'individuo.

Questa idea-forza, così, viene ad essere confermata dal nuovo ordinamento italiano dell'odontoiatria derivante dall'applicazione delle direttive comunitarie.

Si è inteso creare un nuovo professionista in grado di conciliare le esigenze specifiche delle cure odontoiatriche con la tradizione medica e stomatologia della odontoiatra stessa.

Aspetti Gestionali politici

La legge 14 luglio 1985, n. 409, istitutiva della professione di odontoiatra, viene a creare un Albo degli Odontoiatri nell'ambito dell'Ordine dei Medici. In pratica, si è realizzato un sistema di convivenza, in un unico ordinamento, di due Albi professionali e sono state istituite, a questo proposito, le Commissioni per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri come Organi collegiali, dotate di specifiche competenze istituzionali, all'interno della tradizionale struttura degli Ordini dei Medici e della Federazione Nazionale.

Ai rappresentanti ordinistici della odontoiatria spettano le attribuzioni di cui alle lettere c), f) e g) dell'art. 3 del DLCPS 13 settembre 1946, n. 233 (esercizio del potere disciplinare sugli Iscritti; designazione dei rappresentanti della professione odontoiatria; conciliazione delle controversie).

Dopo l'approvazione della legge n. 409/1985, sono sorti diversi problemi concernenti l'applicazione della nuova normativa, con particolare riferimento alla questione del riconoscimento dei diritti acquisiti dai medici per quanto riguarda l'esercizio dell'attività odontoiatrica. Nella legge è riconosciuta tale facoltà, ovviamente, ai medici Iscritti al corso universitario fino al 1980.

Senza tediarmi con una lunga disquisizione giuridica, posso concludere ricordando che la successiva normativa comunitaria e italiana ha finalmente portato alla situazione attuale che vede la necessità per tutti i legittimi esercenti l'odontoiatria di iscrizione all'Albo degli Odontoiatri quale condizione necessaria per lo svolgimento corretto della professione. Pertanto, i medici specialisti in campo odontoiatrico, i medici laureati prima del 1980, gli iscritti al corso di laurea in medicina fra gli anni 1980-81 e 1984-85 che hanno superato la prova attitudi-

nale prevista nel D.Lgs 386/98 possono esercitare la professione d'odontoiatra mediante l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri.

Finalmente, quindi, si è chiarito da un punto di vista normativo una questione che si era trascinata per troppo tempo contribuendo a "confondere" i cittadini.

L'etica e le norme deontologiche!

Nella breve disamina vorrei soffermarmi sul valore che il Codice Deontologico riveste per tutti noi; esso, infatti, va al di là di una mera elencazione di norme per il corretto esercizio professionale.

Alcuni aspetti particolari connessi all'esercizio della professione odontoiatrica, contenuti nella nuova normativa indubbiamente, hanno contribuito a rendere più attuali le nostre regole etiche.

Troppo spesso, infatti, si intende il Codice Deontologico quasi come una legislazione penale volta ad attivare le procedure disciplinari nei confronti dei medici e degli odontoiatri che violino le norme stesse.

In realtà, il Codice Deontologico è qualcosa di molto più rilevante e riguarda l'individuazione dei principi etici di una professione che improntano tutta l'attività dell'iscritto, coinvolgendolo in modo globale come figura di professionista. Ecco perché un comportamento che, seppure non in diretto contrasto con una specifica norma del Codice configuri un errato modo di svolgere la professione, può senz'altro essere sanzionabile proprio perché contrasta con i principi etici dell'Ordine.

Vorrei sottolineare come questi concetti permettano di chiarire in modo esauriente le caratteristiche delle professioni medica e odontoiatrica come professioni intellettuali che hanno come "mission" la tutela della salute e l'assistenza ai pazienti.

Troppo spesso, infatti, in quest'ultimo periodo, alcune correnti di pensiero vorrebbero inquadrare la nostra professione, così come le altre professioni intellettuali, tra le attività di impresa e le aziende.

Nessuno vuole negare che anche nell'ambito delle professioni esistano elementi di carattere economico, ma è nostro compito evidenziare la diversità evidente tra attività professionale e attività imprenditoriale.

Nell'attività imprenditoriale, infatti, legittimamente la ricerca del profitto è alla base delle funzioni aziendali.

È evidente che questo non può essere applicabile a chi, come nel campo delle professioni sanitarie, deve porre come primo punto di riferimento la tutela della salute, anche laddove questo obiettivo debba essere raggiunto senza tener conto della ricerca dell'utile e del profitto.

Analisi dei bisogni e falsi bisogni

Si assiste, in tutta evidenza, ad una sempre più attenta partecipazione del cittadino nei confronti di quei problemi che rimandano ad una riscoperta dei valori del corpo non solo in termini di bellezza o di salute ma anche, oserei dire, di ricerca della felicità e di eterna giovinezza.

Nello stesso tempo, si scorge la necessità di un agire etico, non necessariamente legato ad una confessione religiosa, che sappia infondere tranquillità, fiducia e convinzioni nel cittadino che può diventare paziente. Accanto a questi argomenti – ricchi di una suggestione che infiamma le coscienze individuali e collettive – che stimolano di continuo la vena analitica di prestigiosi bioeticisti, se ne aggiungono altri, forse meno coinvolgenti, poco avvertiti dal grande pubblico, ma senza dubbio ugualmente importanti: quello dell'allocazione delle risorse che diminuiscono in rapporto all'aumento delle esigenze di salute e di tecnologie sempre più nuove e indirizzate all'eccellenza, anche quando "basterebbe" garantire la qualità e il recupero funzionale, oltre a quello estetico (questo rappresenta ormai un fenomeno avvertito pressoché dovunque) – e quello del consenso informato, che fatica ad essere recepito dalla classe medica nella sua applicazione quotidiana, e viene visto solo come strumento difensivo, mentre invece andrebbe inquadrato come elemento di rispetto dell'autonomia decisionale del cittadino.

Questi problemi avrebbero sicuramente una diversa e, forse, anche una minore incidenza nelle scelte della vita di ogni giorno se non potessimo giovare dello straordinario apporto fornito dallo sviluppo delle biotecnologie, che hanno letteralmente rivoluzionato i progressi della medicina, rendendo possibile quello che fino a poco tempo addietro era ritenuto im-

pensabile, e favorendo la nascita di dilemmi bioetici che altrimenti non sarebbero stati avvertiti, oppure lo sarebbero stati in termini decisamente diversi. E questo, naturalmente, si traduce in una continua incessante richiesta di legislazione, che riempia il vuoto normativo fin qui accumulato, e che poggi su una base teorica, quella del biodiritto, che va assumendo una sempre maggiore rilevanza nella vita politica della Nazione.

C'è anche un'altra considerazione che, a mio parere, va fatta: presi come siamo dalla sovraesposizione massmediologica dei grandi temi bioetici a cui prima si accennava, tendiamo alla sistematica sottovalutazione di quella microetica della quotidianità, o "bioetica della vita quotidiana" come l'ha definita G. Berlinguer, che pure investe tantissime persone, dal momento che le coinvolge in scelte diagnostiche o terapeutiche che spesso, poi, possono generare problemi etici seri.

Ora, tra i diversi ambiti di questa microbiotica del quotidiano, va assumendo rilievo l'ambito dell'odontostomatologia.

Nell'Odontoiatria, in particolare, si possono cogliere spunti particolarmente interessanti sotto il profilo etico, e non solo per i problemi di microetica.

Quella dell'Odontoiatra, infatti, è oggi una professione totalmente dominata dalla tecnica, che condiziona in maniera determinante anche le scelte diagnostiche e non solo quelle terapeutiche (siamo arrivati al Diagnodent pen, una penna dotata di un piccolissimo raggio che, a detta del fabbricante, consente di individuare la carie dentaria non ancora evidente basandosi sul rilevamento di batteri cariogeni sulla superficie del dente ben terso!); il consenso informato offre spunti di riflessione peculiari, per la lunghezza e la dispendiosità dei piani terapeutici, che spesso tendono a modificarsi nel corso della cura, rendendo così indispensabile il concorso continuo del paziente nelle scelte che via, via si rendono necessarie in corso d'opera; presenta aspetti antropologici e simbolici di grande fascinazione, avendo a che fare con il luogo del sorriso e dell'alimentazione, dell'eroticismo e del volto-personale, che nel lungo percorso della civiltà si sono intrecciati con momenti

psicologici ugualmente interessanti; altre volte, invece, riguardano novità strumentali con cui eseguire nuove tecniche: e si arriva così all'assurdo che uno strumento diviene più importante del soggetto a cui andrebbe applicato, rappresentando l'oggetto di un lavoro scientifico; ci sono, inoltre, profili di conflitto di interesse ed aspetti costituzionali che andrebbero indagati con molta attenzione; in ultimo, ma non per ultimo, esiste il problema serissimo della assoluta mancanza di una ricerca scientifica vera, che provi a sconfiggere, finalmente, le due sole malattie dei denti, la carie dentaria e le parodontopatie, veri flagelli dell'umanità, resi ancora più insopportabili dal fatto che si continua ad insistere anche in quei Paesi dove c'è assoluta penuria di acqua potabile, e persino il bere diventa un problema essenziale.

È questo il punto saliente che costituisce una sorta di "fil rouge" che unisce tutte le norme deontologiche e che differenzia la nostra attività da quella di un imprenditore.

Possono sembrare concetti abbastanza scontati, eppure in questi ultimi tempi dobbiamo riscontrare una forte spinta da parte di alcuni ambienti pubblici volta ad inquadrarci nell'ambito delle attività aziendali con tutta una serie di conseguenze che rischiano di snaturare la nostra attività.

Mi riferisco alle recenti sentenze dell'Antitrust e della Magistratura amministrativa che, in sostanza, impediscono di garantire un controllo deontologico sulle convenzioni, al recente tentativo di liberalizzare la pubblicità sanitaria, esautorando l'Ordine da ogni controllo sulla pericolosità di messaggi diretti al grande pubblico.

Mi riferisco ancora, ai continui tentativi di parcellizzare le competenze delle professioni attraverso l'individuazione di nuove figure professionali che tendono a mettere in pericolo la centralità del medico e dell'odontoiatra nel delicato settore del rapporto medico-paziente.

Dobbiamo però impegnarci affinché pressioni esterne ed interpretazioni economicistiche non avviliscano la peculiarità dell'attività del medico che, senza nessuna retorica, non potrà mai essere ridotta soltanto ad una attività di ricerca del profitto e dell'utile personale.

Istituzione dei Registri per le Medicine Non Convenzionali dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna

Il Consiglio dell'Ordine con delibera 171 in data 24.11.2009 ha deliberato di istituire i **Registri per le Medicine Non Convenzionali**, rispettivamente per ciascuna delle Medicine Non Convenzionali (Agopuntura, Fitoterapia, Medicina Antroposofica, Medicina Ayurvedica, Medicina Omeopatica, Medicina Tradizionale Cinese, Omatossicologia), per la Osteopatia e la Chiropratica esercitate da medici e odontoiatri, che sono le nove discipline oggetto della tassonomia delle "Linee Guida sulle Medicine e Pratiche Non Convenzionali" emanate dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO nel 2002.

I medici e gli odontoiatri che abbiano ottenuto l'autorizzazione alla pubblicità sanitaria in una o più MNC sono iscritti automaticamente nel registro rispettivo.

I medici e gli odontoiatri che non abbiano fatto ancora richiesta per l'autorizzazione alla pubblicità sanitaria per una o più MNC e che desidererebbero essere iscritti nei registri devono essere in possesso degli standard formativi oggetto delle delibere "NORME PER ESERCITILEMEDICINENONCONVENZIONALI" approvate il 28.12.2006 e il 10.07.2007 dal Consiglio dell'Ordine e pubblicati alle pagine 15-19 del numero 5 del maggio 2007 del "Bollettino" dell'Ordine.

I colleghi che desidererebbero essere iscritti nei registri ma che non possiedono gli standard formativi sopracitati sono invitati ad incontrarsi col Coordinatore della Commissione per le Medicine Non Convenzionali onde valutare eventuali proposte di completamento della formazione.

Casa di Cura
Ai Colli

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE MENTALI**

Direttore Sanitario: Dott.ssa Giuliana Fabbri - Medico Chirurgo
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

40136 BOLOGNA
VIA SAN MAMOLO, 158 - TEL. 051 581073 - FAX 051 6448061
Sito internet: www.aicolli.com
E-mail: casadicura@aicolli.com

P.G. 141390/03 - 01/02/2008

Norme per esercenti le Medicine Non Convenzionali

Norme approvate il 28.12.2006 dal Consiglio dell'Ordine

Il medico chirurgo e l'odontoiatra può fare richiesta di autorizzazione alla pubblicità sanitaria nelle MNC per le quali può riportare autocertificazione delle seguenti competenze per ciascuna disciplina:

1. **Medicina Antroposofica:** diploma triennale rilasciato dalla Società Italiana di Medicina Antroposofica, SIMA e/o iscrizione al Registro dei Medici Antroposofici della SIMA con riconoscimento della Sezione Medica del Goetheanum di Dornach, CH.

2. **Medicina Ayurvedica:** diploma quadriennale di almeno 600 ore secondo gli standard formativi della Società Scientifica Italiana di Medicina Ayurvedica, SSIMA.

3. **Omotossicologia:** diploma triennale di una scuola italiana riconosciuta dall'Associazione Internazionale di Omotossicologia ovvero diploma triennale dell'Associazione Medica Italiana di Omotossicologia, AIOT.

4. **Fitoterapia:** diploma biennale di almeno 450 ore e iscrizione ad una società medico scientifica: Associazione Nazionale Medici Fitoterapeuti, ANMFIT o Società Italiana di Fitoterapia, SIFIT.

5. **Medicina Omeopatica:** diploma triennale per un minimo di 600 ore di formazione teorico-pratica (corso base + seminari clinici di formazione) o iscrizione al Registro dei Medici Omeopati della Società Italiana di Medicina Omeopatica, SIMO e della Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopati, FIAMO.

6. **Agopuntura:** diploma quadriennale della Federazione Italiana delle Società di Agopuntura, FISA e iscrizione al registro dei medici agopuntori della FISA.

7. **Medicina Tradizionale Cinese:** diploma quadriennale della Federazione Italiana delle Società di Agopuntura, FISA + diploma biennale di 120 ore specifiche di Farmacologia Cinese.

8. **Osteopatia:** diploma di osteopatia esaenna-

le rilasciato da una scuola riconosciuta dal Registro degli Osteopati d'Italia, ROI e iscrizione al registro del ROI.

9. **Chiropratica:** diploma quinquennale secondo il curriculum formativo di una scuola riconosciuta in Italia dal National College of Chiropratic, NCC, USA e iscrizione all'Associazione Italiana Chiropratici, AIC.

Norme aggiuntive per medici e odontoiatri esercenti medicine non convenzionali (delibera n. 101 del 10.07.2007)

Fatti salvi i requisiti propri del precedente regolamento approvato da questo Ordine in vigore sino al 7 settembre 2007, il regolamento viene perfezionato nel modo seguente:

“Il medico chirurgo e l'odontoiatra possono fare richiesta di verifica alla pubblicità sanitaria nelle MNC compilando la modulistica richiesta da questo Ordine in relazione alle seguenti competenze per ciascuna disciplina:

1. **Medicina Antroposofica:** diploma triennale rilasciato dalla Società Italiana di Medicina Antroposofica (SIMA) e/o iscrizione al Registro dei Medici Antroposofici della SIMA con riconoscimento internazionale da parte della Sezione Medica del Goetheanum di Dornach, oppure almeno 600 ore di formazione teorico pratica date dal cumulo di seminari, corsi di perfezionamento ed un numero di anni di pratica clinica (100 ore annue) cumulabili fino al raggiungimento delle ore previste.

2. **Medicina Ayurvedica:** almeno 600 ore di formazione raggiunte con un diploma quadriennale della SSIMA con tirocinio pratico in India oppure con un corso di durata inferiore a cui si aggiungono seminari, corsi integrativi e un numero di anni di pratica clinica (computato in 100 ore annue) cumulabili per il raggiungimento delle 600 ore di formazione.

3. **Medicina Omeopatica:** 600 ore di formazione teorico-pratica ottenibili attraverso un corso di 600 ore oppure con corsi di durata inferiore a cui si aggiungono seminari, corsi di perfezionamento, anni di pratica clinica (100

ore annue) fino al raggiungimento del numero di ore previsto, oppure l'iscrizione al Registro dei medici omeopati accreditati dalla Società Italiana di Medicina Omeopatica e della Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopati che garantisce questi parametri nei criteri di valutazione dei curricula.

4. **Omotossicologia:** diploma triennale dell'Associazione Medica Italiana di Omotossicologia, AIOT o diploma triennale di una scuola italiana riconosciuta dalla Associazione Internazionale di Omotossicologia i cui standards formativi minimi siano di 330 ore in 3 anni. (I criteri sono fissati dall'Associazione Internazionale di Omotossicologia – Baden Baden – che in Italia è rappresentata dall'Associazione Italiana di Omotossicologia, AIOT). Tali standard sono implementabili attraverso i crediti di due successive titolarità chiamate Master (300 crediti) e Master Avanzato (600 crediti).

5. **Fitoterapia:** 450 ore teorico-pratiche raggiungibili con diploma biennale oppure con corsi di durata inferiore a cui vanno aggiunte seminari e anni di pratica clinica (100 ore annue) fino al numero di ore di formazione richieste; a questo si aggiunge l'iscrizione ad una società medico-scientifica ANMFIT o SIFIT.

6. **Agopuntura:** diploma quadriennale della Federazione Italiana delle Società di Agopuntura di 450 ore con tirocinio pratico di tutoraggio e ambulatoriale, oppure 300 ore di forma-

zione + tre anni di pratica clinica oppure l'iscrizione al registro dei medici agopuntori della FISA che garantisce questi parametri nella valutazione dei curricula.

7. **Medicina Tradizionale Cinese:** valgono gli stessi parametri indicati per l'agopuntura + diploma biennale di 120 ore specifiche di Farmacologia Cinese.

8. **Osteopatia:** diploma di osteopatia esaennale rilasciato da una scuola riconosciuta dal registro degli Osteopati d'Italia, ROI e iscrizione al registro del ROI o AMOI, oppure un corso almeno triennale di 700 comprensivo di lezioni frontali e tirocinio pratico osteopatico.

9. **Chiropratica:** diploma quinquennale secondo il curriculum formativo di una scuola riconosciuta in Italia dal National College of Chiropractic, NCC, USA e iscrizione all'Associazione Italiana Chiropratici, AIC.

I colleghi in possesso di requisiti diversi da quelli sopra indicati sono invitati a presentare ugualmente la domanda e la documentazione in loro possesso, poiché sarà comunque valutata caso per caso.

Il coordinatore della Commissione per le Medicine non convenzionali, è disponibile ad incontrare i colleghi che lo richiedano, per ulteriori chiarimenti o per un esame preliminare della documentazione, avvalendosi dell'apporto degli altri membri della Commissione per la disciplina di pertinenza.

Le attività della Commissione Albo Odontoiatri di Bologna

In data 16 ottobre us, si è tenuto, a Padova, l'Assemblea dei Presidenti CAO delle Commissioni per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri. Molteplici sono stati gli argomenti di notevole importanza per la nostra professione. Innanzitutto si deve citare l'E.C.M., che è stato oggetto di un importante Convegno che si è svolto a Cernobbio nelle date del 14 e 15 settembre us. Da tale convegno è emerso chiaramente come i liberi professionisti siano obbligati all'E.C.M., e come gli Ordini Professionali siano chiamati a svolgere un ruolo fondamentale in questo ambito. Tutto questo rientra nell'ottica del legislatore che, con la legge n. 409, del 24 luglio 1985, ha istituito la professione dell'Odontoiatra con un proprio Esame di Stato, una propria Abilitazione professionale ed un proprio Albo autonomo, seppure inserito nel contesto dell'Ordine dei Medici Chirurghi. Per tale ragione lo Stato, tramite l'Ordine, si è fatto garante che il Professionista fosse in possesso di quei requisiti che lo rendessero idoneo ad esercitare la professione dell'Odontoiatra. Questo per tutelare la salute dei Cittadini, principio ispiratore della nostra Costituzione. In questa stessa ottica, ora, lo Stato vuole farsi garante, non solamente dell'acquisizione dei titoli del Professionista, ma anche che questo continui ad aggiornarsi durante tutta la sua vita professionale. Per tale ragione è stato istituito l'E.C.M. che non costituisce altro che un modo, fra le infinite vie percorribili, per garantire al Cittadino che il Dentista si sia mantenuto aggiornato negli anni. **L'Art. 19 del Codice Deontologico non fa altro che ribadire questo concetto sottolineando che "Il medico ha l'obbligo di mantenersi aggiornato in materia tecnico-scientifica, etico-deontologica e gestionale-organizzativa, onde garantire lo sviluppo continuo delle sue conoscenze e competenze in ragione dell'evoluzione dei progressi della scienza, e di confrontare la sua pratica professionale con i mutamenti dell'organizzazione sanitaria e della domanda di salute dei cittadini"**. Alla luce di questo ne consegue che chi non ottempera a ciò che lo stato Italiano ha previsto come obbligo formativo, vale a dire l'E.C.M., viola il Codice Deontologico divenendo passibile di procedimento disciplinare. D'altro canto, la legge istitutiva stessa conferisce il potere disciplinare agli Ordini (**"esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti nell'albo"**). Diviene chiaro, quindi, che gli Ordini Professionali sono chiamati a giocare un ruolo di primo piano nel fare rispettare l'obbligo formativo. **L'obiezione più comune, vale a dire che "non esiste una sanzione per chi non ottempera l'E.C.M.", viene immediatamente smentita da queste considerazioni.** Non esiste un automatismo di pena ma è lasciato alla discrezionalità delle Commissioni che, ancora una volta, nello spirito legislativo, vanno ad esercitare un ruolo fondamentale di autocontrollo della professione odontoiatrica. In base a queste considerazioni, la CAO di Bologna, per tutelare i Cittadini e favorire gli Iscritti, sta facendo uno sforzo organizzativo ed economico importante al fine di garantire il maggior numero di E.C.M. gratuiti ai dentisti bolognesi. **Tuttavia, dal primo gennaio 2011, allo scadere del triennio formativo, diventerà un obbligo istituzionale verificare che gli iscritti abbiano ottemperato ai propri doveri di formazione professionale.** Questa CAO desidera esercitare un'azione educativa piuttosto che sanzionatoria e, per tale ragione, chiede uno sforzo importante ai Colleghi in tal senso. **Si ricorda, pertanto, agli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri, di raccogliere diligentemente i Crediti acquisiti durante il triennio 2008-2010 e durante il quadriennio precedente (2004-2005-2006-2007) da cui è possibile attingere, in base all'attuale accordo Stato-Regioni, ben 60 crediti, per totalizzare i 150 previsti per la fine del 2010. È onere del Professionista essere in possesso della documentazione in merito.**

Altro argomento che è stato trattato è il Progetto per la Prevenzione dei tumori del Cavo Orale. In quest'ottica la CAO di Bologna ha organizzato, presso la sede dell'Ordine di Bologna, in data 18 dicembre 2009, un incontro sul tema dove intervorranno relatori di grandissima esperienza come il Prof. Lucio Montebugnoli, il Prof. Claudio Marchetti, la Prof.ssa Maria Pia Foschini ed il Dr. Roberto Cocchi.

In data 21 ottobre si è riunita la Commissione ECM per pianificare l'attività culturale del prossimo anno.

In data 23 novembre 2009, è stato organizzato un incontro con gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri, presso la sede dell'Ordine, al fine di parlare di un anno di mandato, luci ed ombre, obiettivi raggiunti ed obiettivi che mancano all'appello.

Si fa cortese richiesta, al fine di migliorare i canali di comunicazione con gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri di Bologna, di comunicare il proprio indirizzo e-mail alla segreteria dell'OMCeO di Bologna segreteria@odmbologna.it

Riflessioni degli Ordini sul rinnovo del Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM

Prime riflessioni

Egredi Colleghi, voglio sperare che il racconto sulle vicende passate dell'ENPAM da parte del Presidente dell'Ordine di Roma nel corso del Consiglio Nazionale appena conclusosi a Padova non corrisponda alla realtà. Infatti, egli ha delineato un quadro abbastanza avvilente circa le procedure che avrebbero in un recente passato condizionato le votazioni dei Presidenti degli Ordini nella elezione dei nostri rappresentanti sia alla FNOMCeO che all'ENPAM. Infatti, il Segretario nazionale di un sindacato medico avrebbe deciso, motu proprio, i nominativi destinati alla carica di Presidenti dei due Enti, e il Presidente degli Ordini avrebbe rivestito un ruolo di semplici comparse di fronte ad una lista unica di candidati decisa altrove!

Ma più che del passato, che appartiene solo ad alcuni, occorre parlare del futuro che è nelle mani di noi tutti.

Allora, quale ruolo dovremo esercitare, anche in relazione alle prossime elezioni per il rinnovo del Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM, su quali proposte potremo già riflettere e discutere in previsione di un annunciato Consiglio Nazionale dedicato alla questione?

Ritengo che, per tentare di rispondere a questo interrogativo, si debba partire proprio dalle parole con le quali il nostro Presidente Amedeo Bianco, nel concludere la sua relazione a Padova, ha individuato con grande efficacia il nostro ruolo:

"...Cari amici, come Presidenti di una Istituzione professionale erga omnes, abbiamo lo straordinario compito di esercitare una funzione terza, sopra le parti ma soprattutto con tutte le parti, cogliendo nelle tante espressioni della nostra professione, il grande patrimonio delle diversità, delle molteplici visioni ed esperienze per costruire insieme un presente e un futuro migliore. Non sono parole vuote, né retorica dell'unità, ma prospettive di politiche professionali serie e praticabili..."

Dunque, una importante funzione la nostra che si esercita nella piena rappresentanza di tutti i medici e dentisti, e tale funzione dovrebbe essere esercitata, così come già da alcuni anni nella FNOMCeO, anche nell'amministrazione dell'ENPAM, nella quale convergono i contributi previdenziali di tutti.

Ebbene, una logica conseguenza, e in questo consiste la mia riflessione che pongo alla vostra attenzione, appare consistere nel fatto che l'individuazione dei candidati da votare dovrebbe necessariamente essere ristretta ai Presidenti di Ordine.

Un cordiale saluto.

Giovanni Maria Righetti, Presidente dell'Ordine di Latina

* * *

Il parere dell'Ordine di Arezzo

Caro Amedeo,

non ti deve sorprendere questa espressione del mio rammarico per la brusca conclusione del Consiglio Nazionale di Padova. Sia ben chiaro che non voglio assolutamente sottovalutare l'importanza del Convegno ottimamente organizzato dall'amico Benato, che, ancora una volta, ringrazio. Secondo me, abbiamo perso una buona occasione per dedicare uno spazio maggiore alla discussione sulle problematiche della professione che quotidianamente gli Ordini si trovano ad affrontare. Non possono bastare le enunciazioni programmatiche, per grandi linee, ma occorre entrare nel vivo dei singoli problemi. Penso al problema delle certificazioni, agli infermieri in formazione, alla burocrazia sempre più assfissante che sta uccidendo la clinica, tanto per fare qualche esempio, ma potrei continuare a lungo.

In tale prospettiva, ero intenzionato a discutere con i colleghi Presidenti l'annoso problema del "See and treat" che tu ben conosci. Sono trascorsi circa tre anni da quando la Regione Toscana cerca di trasferire agli infermieri ben 108 prestazioni mediche di Pronto Soccorso, alcune di alta

complessità anche per i medici, con una delibera che solo con atto di pura cortesia definisco abuso di potere. Gli Ordini della Toscana sono stati esclusi da ogni discussione e si sono trovati di fronte ad un fatto compiuto, a differenza degli infermieri che sono stati interpellati ed hanno avuto tutto il tempo e l'opportunità di predisporre le loro osservazioni. A suo tempo ti rappresentai con discrezione e senza scandalismi preconcepi il problema, ma ho sperato inutilmente in un deciso intervento del massimo responsabile della FNOMCeO. Ma c'è di peggio. Non ho ancora ricevuto risposta a due quesiti fondamentali per la professione e cioè: a) se è ancora valida la riserva di attribuzione per gli Ordini b) se il favoreggiamento dell'esercizio abusivo della professione medica era ed è ancora sanzionabile a norma dell'art. 67 del nostro Codice di Deontologia. Al primo quesito ha risposto affermativamente il T.A.R. del Lazio, al secondo ha risposto l'UEMS con la sua recente "Definizione europea di Atto Medico".

Questa definizione, fa seguito a quella del 2005, emendata successivamente nel 2006 e ripresa in occasione del meeting di Bruxelles del 25 aprile scorso. Questa la versione attualmente approvata, che riporto integralmente: *"L'atto medico ricomprende tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione"*. Per approfondire: www.uems.net.

Ho disponibile anche il testo originale in inglese a disposizione dei Presidenti che me lo dovessero richiedere. Questo testo chiarisce in modo inequivocabile e categorico la natura dell'atto medico e la responsabilità medica, ponendo fine alle elucubrazioni pseudoscientifiche di quei politicanti, attenti più al consenso dei politici che ai valori della professione ed alla tutela della salute dei cittadini. Quella professione, per intenderci, che tutti i giorni vede i medici a confronto con i cittadini in una alleanza terapeutica basata su una leale e responsabile relazione. Era di questo che avrei voluto parlare con i colleghi Presidenti per sollecitarne l'attenzione su aspetti vitali dell'essere medico. Non a caso, a fronte della decisa presa di posizione del mio Consiglio, l'USL aretina è stata esclusa dalla sperimentazione. Mi preme anche chiarire che tutto il mio Consiglio è ben conscio dei radicali mutamenti della Società, dei diritti dei cittadini, delle innovazioni profonde che sono intervenute in Medicina e nella Sanità. Nessuno intende arroccarsi su posizioni desuete e superate nei fatti. Mutamenti e trasformazioni, però, non possono essere motivo di arretramento della medicina di oggi e del futuro, specialmente a fronte di prevalenza di motivazioni politico-economicistiche che, ignorando quei cittadini che dovrebbero essere al centro del sistema, offendono la buona pratica medica e potenzialmente tendono a rompere quella alleanza che costituisce ancora oggi il vero caposaldo del S.S.N. Se così non dovesse essere, i cinque principi del "Medico Nuovo" sarebbe solo un bel sogno scritto sulla carta.

Non prendere questo mio scritto come un attacco alla tua persona. Esso vuole essere solo uno stimolo perché si cominci, in concreto, ad entrare nel cuore dei problemi. Ogni giorno ricevo all'Ordine colleghi che esprimono le loro doglianze e la loro amarezza per le difficoltà ad andare avanti nel loro lavoro. Rispondo illustrando loro l'infaticabile opera di promozione e di proposizione della FNOMCeO, ma la loro sconsolante replica, quasi sempre è: ma alla pratica medica quotidiana ed a me che ne è venuto?

Credo che meritino una adeguata risposta nei fatti.

Raffaele Festa, Presidente dell'Ordine di Arezzo

* * *

Rinnovo Consiglio Amministrazione ENPAM - ulteriori considerazioni dall'Ordine di Milano

Caro Giovanni,
ero a Padova e ho ascoltato le considerazioni del Presidente di Roma circa l'avvilente quadro delle precedenti procedure elettive relative all'oggetto.

Concordo pienamente con la tua valutazione e ritengo che i Presidenti di Ordine debbano esercitare sino in fondo il loro mandato politico-amministrativo ricevuto dalle migliaia di medici che li hanno eletti.

Sebbene accaduto nel passato anche recente, non dovrà continuare ad essere permesso che decisori estranei alle logiche istituzionali prendano il sopravvento e guidino scelte che legittimamente ci competono.

Concordo, dunque, con la considerazione che, per il rinnovo del consiglio di amministrazione dell'ENPAM, "l'individuazione dei candidati da votare dovrebbe necessariamente essere ristretta ai presidenti di Ordine".

A tal fine saranno individuati i momenti di discussione necessari orientati alla scelta delle linee di indirizzo delle politiche gestionali dell'Ente che dovranno provenire dai maggiori azionisti che noi rappresentiamo.

Non ti nascondo che il nostro Ordine ha individuato nella recente gestione alcuni elementi di criticità oggetto anche di approfondita discussione al nostro interno. Ben venga, dunque, una pacata discussione fra i Presidenti con le finalità da te proposte.

Un cordiale saluto

Ugo Garbarini, Presidente dell'Ordine di Milano

* * *

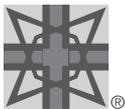
Rinnovo del Consiglio di Amministrazione ENPAM - riflessioni del Presidente di Lucca

Caro Righetti,

Mi dichiaro d'accordo con Te: i candidati del CDA ENPAM vanno individuati tra i Presidenti di Ordine.

Umberto Quiriconi, Presidente dell'Ordine di Lucca

* * *



OSPEDALE PRIVATO
SANTA VIOLA



Direttore Sanitario:

DOTT. GIUSEPPE GUERRA MEDICO CHIRURGO

Specialista in Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale e delle Assicurazioni

STRUTTURA SANITARIA PER LUNGODEGENZE ACCREDITATA
Aut. San. PG 160609 del 07/10/2002

Via della Ferriera n. 10 • 40133 Bologna • Tel. 051 383824 • Fax 051 4141266

PG. 38651 del 04/03/2003

ENPAM: risposta del Presidente FNOMCeO Amedeo Bianco

Cari Presidenti,

le considerazioni pervenuteci dai Presidenti di Latina e di Arezzo, pongono questioni sulle quali intervento al solo fine di portare nel dibattito alcuni chiarimenti, cusandomi in anticipo per la lunghezza delle argomentazioni.

Premetto che entrambe le riflessioni avrebbero meritato un'ampia discussione nell'ultimo Consiglio nazionale, resa però impossibile dall'oggettiva ristrettezza del tempo a disposizione; ne ero consapevole e me ne rammarico e non a caso nella relazione introduttiva ho insistito sul fatto che l'Assemblea di dicembre dovrà svolgeri nell'arco di due intere giornate.

Nel merito, ritengo che la preoccupazione del Presidente di Latina, relativa ad un presunto sistema di condizionamento esterno del voto dei Presidenti nelle passate elezioni della FNOMCeO, anche in ragione dell'intreccio con quelle relative all'ENPAM e all'ONAOSI, così come posta, si presta ad equivoci e sia fonte di pregiudizi.

La mia esperienza ordinistica diretta è relativamente recente ma trovo infondato ed imbarazzante quel retropensiero che, nei fatti, mette in discussione l'autorevolezza e la responsabilità dei Presidenti nell'esercizio del voto. A mia memoria, anche in contesti segnati da forti contrapposizioni tra uomini e schieramenti, i Presidenti si sono sempre espressi, liberamente e autonomamente, riservando spesso piccole e grandi delusioni a calcoli ed ingegnerie pre-elettorali.

Al di là di alcune ricostruzioni storiche, molto approssimative e didascaliche che abbiamo ascoltato nell'ultimo Consiglio Nazionale, almeno nel passato che io ho vissuto, sempre e solo i voti liberi hanno deciso i vertici della nostra Federazione, salvo una volta, allorquando una volontà inequivocabilmente maggioritaria dei Presidenti fu subordinata ad un altro accordo, ma questa è una storia che insieme abbiamo superato. Se gli equivoci nascono da una distorsione dei fatti, i pregiudizi sono figli delle culture incerte, delle paure nascoste, di una percezione debole della propria identità; esattamente il contrario di quanto abbiamo bisogno per il compiuto ed efficace esercizio di un ruolo autonomo, autorevole e terzo dei nostri Ordini nel governo della Professione.

La terzietà che ci compete non è solo proclamarsi sopra le parti, ma soprattutto stare autorevolmente ed autonomamente tra tutte le parti che nel nostro caso sono le storiche rappresentanze sindacali e le molteplici forme associative dei professionisti. Il difficile presente ed "il futuro possibile" della nostra professione lo dobbiamo infatti costruire insieme a questi, riconoscendo a tutti il diritto formale e sostanziale a pronunciarsi sulle politiche professionali in generale o, più nello specifico, sulle forme di tutela di legittimi interessi rappresentati soprattutto se o quando coinvolgono nostre funzioni, penso ad esempio alle OO.SS. categoriali nel campo prevido-assistenziale ed alle società Medico-scientifiche in quello della Formazione long-life, della autonomia della ricerca clinica e della informazione tecnico scientifica.

Questa visione dei nostri ruoli tra tutte le parti, mi porta a dubitare fortemente che la soluzione proposta dagli amici Righetti e Garbarini, (votiamo nei Consigli di Amministrazione solo Presidenti in carica!) possa costituire un corretto esercizio della nostra funzione terza ed autonoma soprattutto nella veste di grandi elettori attivi e passivi.

Fermo restando la rigorosa tutela degli interessi solo da noi rappresentati, abbracciare questa prospettiva comporterebbe il congelamento della FNOMCeO in una sorta di enclave oligarchica, che pretende di circoscrivere le sue prerogative *erga omnes* ad un esclusivo uso interno, rafforzando paradossalmente quello che si intende scoraggiare e cioè il costituirsi di interessi che guardano agli ordini professionali ed alla Federazione come una sorta di tappe obbligate per raggiungere altri obiettivi e cioè le amministrazioni delle nostre prestigiose Fondazioni prevido-assistenziali.

Con questa radicata convinzione mi sono speso prima delle ultime elezioni federative affinché, per la prima volta nella storia della FNOMCeO, si discutesse liberamente in un Consiglio Nazionale sulle candidature e i programmi; ed altrettanto farò prima delle prossime elezioni per i vertici ed i consigli di amministrazione degli Enti prevido-assistenziali.

Questi straordinari patrimoni civili (e finanziari) delle nostre professioni, autonomamente gestite, meritano rispetto per quanto hanno fatto e fanno in tempi difficili ma hanno bisogno di una grande unità e di un grande consenso tra le categorie e dentro le categorie che, a vario titolo contribuiscono, per mantenere la loro autonomia e la loro affidabilità verso i contribuenti e le istituzioni adeguando i livelli qualitativi delle tutele post-lavorative ed assistenziali ai grandi cambiamenti della nostra società ed alle nuove e diverse esigenze e fragilità che questi costantemente producono.

Su questi delicati passaggi, sempre occasione di turbolenze, saremo terzi, autonomi e responsabili, attenti alle competenze ed al livello di consenso sugli interessi rappresentati ed oggi tali compiti potranno risultare meno difficili, anche perché, per la prima volta nella nostra storia, ho l'onore di presiedere la componente medica di un Comitato Centrale che ha scelto di dichiarare, all'atto della sua candidatura, la propria incompatibilità con i consigli di amministrazione dei nostri Enti prevido-assistenziali.

Rassicuro inoltre l'amico Raffaele Festa sul fatto che non considero affatto "un atto ostile" la sua tenace denuncia dei risvolti professionali del modello toscano di affidamento in pronto soccorso ad infermieri opportunamente addestrati e supervisionati, del trattamento secondo protocolli di alcune limitate condizioni patologiche, meglio noto con l'acronimo inglese "See and treat".

Il tema è già stato affrontato in via istruttoria dal Comitato Centrale rilevando che le questioni di fondo vanno ben oltre quella specifica esperienza per riversarsi invece in quell'area sempre più critica della definizione delle competenze esclusive tecnico-professionali ed organizzativo-gestionali da porre in capo all'atto medico, mediante una opportuna normazione giuridica.

Nei prossimi giorni riceverete la lettera che intendo inviare al Ministro del Welfare per richiamarlo alle promesse fatte molti mesi fa a Fiuggi, e che cito testualmente:

"...Da liberarl-socialista, credo che finalmente siamo entrati nella fase post ideologica, difendo con senso pratico la funzione ordinistica, perché penso che il mercato richieda regole e strumenti per essere davvero efficienti. In questo senso cominciamo a discutere anche dell'ipotesi di un eventuale strumento legislativo non riferito solo alla funzione ordinistica ed alla sua regolazione, ma più in generale alla professione perché potrebbe essere il momento, anche attraverso la leva legislativa applicata... all'insieme della professione medica. Ho citato solo alcuni profili: l'accesso, i confini della competenza, il rischio professionale, l'assetto ordinistico. Tutte questioni che probabilmente meritano un intervento unitario sulla professione medica nel quadro di una rivalutazione e di doveroso riconoscimento della sua centralità" (*Maurizio Sacconi, Palazzo della Fonte, Fiuggi, 13 giugno 2008*).

Chiederò al Ministro Sacconi l'apertura di una sede di confronto per realizzare al più presto quanto indicato, ma dobbiamo essere tutti consapevoli che non si affrontano queste battaglie con la ragione e la passione che guardano indietro ma rilevando nei fenomeni del presente e nelle prospettive del futuro quegli elementi di innovazione della medicina, della sanità e della società non comprimibili, per capire dove e come possiamo governare la nostra professione nella tempesta dei cambiamenti.

Nello specifico sono sempre dell'idea di chiedere l'ospitalità del presidente Panti a Firenze per un Seminario di studi del Comitato Centrale, aperto alla Federazione Toscana degli Ordini, che affronti le questioni particolari poste dal modello "See and treat" con il diretto coinvolgimento dei protagonisti e quelle più generali relative al rapporto con le altre professioni sanitarie.

Più in generale, qualcosa è oggettivamente cambiato negli ultimi anni rispetto ad un passato che ha registrato l'affermarsi di un pensiero e di una legislazione a senso unico, che non si è preoccupata di definire quel perimetro di competenze riservate alla professione medica, non disponibile ad altre professioni sanitarie, nel frattempo inflazionate in decine di profili ed altri ancora in attesa di un riconoscimento.

Comprendo la difficoltà di Festa nello spiegarlo nel quotidiano ma la battaglia, fino ad oggi vincente, per fermare l'accesso a professioni sanitarie di due nobili e meritorie attività quali l'odontotecnico e l'ottico e diversamente riconsiderare la loro legittima aspirazione ad una diversa qualificazione professionale, ci ha visti esposti in prima fila sul piano tecnico e politico con argomentazioni che hanno fatto breccia anche in sede di Conferenza Stato-Regioni, stante la sostanziale bocciatura del profilo sanitario dell'odontotecnico e quella dell'ottico predestinato ad analoga sorte.

Potrei proseguire con altri esempi ma la sostanza non cambia, qualcosa si è fatto dimostrando che si può fare ma molto è ancora da fare.

Questo impegnativo processo di ridefinizione della professione medica (e dell'atto medico) non ha bisogno né di rimpianti né di demagogia, ma di un pensiero e di una azione tenaci, che non temono le innovazioni e che sanno invece proporsi, nei nuovi contesti, con l'autorevolezza ed il prestigio di sempre perché non c'è nulla di veramente nuovo ed utile nella medicina e nella sanità senza o contro i medici.

Con questo spirito, abbiamo messo in cantiere un Convegno ed un Consiglio nazionale dedicato a

queste materie che potrebbe svolgersi nel prossimo mese di maggio in Romagna, accogliendo un corte e gradito invito dei Presidenti di Rimini Grossi, di Forlì-Cesena Aulizio e di Ravenna Falcinelli. Scusandomi ancora per questo abuso di parole, invio a tutti un cordiale saluto

Amedeo Bianco, Presidente Comitato Centrale FNOMCeO

* * *

Interpretazione autentica delle prime riflessioni dell'Ordine di Latina sulle prossime elezioni all'ENPAM

Caro Collega,
devo disturbarti perché, avendo avuto di recente una attenzione, immeritata, su alcune mie riflessioni a te note già da alcuni giorni, rivendico il diritto ad una interpretazione autentica delle stesse. Pertanto, sono qui a ribadire la posizione dell'Ordine di Latina, espressa fin dall'ormai lontano 2001 in maniera formale e a tutti nota, che consiste nell'indirizzare le proprie preferenze, in sede di votazione per le elezioni dei nostri rappresentanti presso la FNOMCeO, l'ONAOSI e l'ENPAM, ai Presidenti di Ordine.

Accettata ormai da tutti tale prassi per la FNOMCeO e l'ONAOSI, si incontrano ancora resistenze per quanto riguarda l'ENPAM.

Un cordiale saluto.

Giovanni Maria Righetti, Presidente dell'Ordine di Latina

* * *

ENPAM ed altro: risposta dell'Ordine di Arezzo ad Amedeo Bianco

Cari Presidenti,
confesso che la lunga, e non sempre chiara, lettera del Presidente Bianco mi ha ulteriormente angustiato e preoccupato. NIHIL SUB SOLE NOVI!

Non entrerò nel problema posto da Garbarini e Righetti, che pure esiste. Anche in un passato abbastanza recente, abbiamo assistito a manovre ed interferenze di varia provenienza, in occasione di tornate elettorali. Così come è fuor di dubbio che ci sono state grandi o piccole delusioni per "calcoli di ingegneria pre-elettorali".

Quando organismi estranei all'ambito della FNOMCeO intervengono sulle elezioni, parlare di libertà di scelta e di voto è un puro eufemismo. Mi sia consentito, però, un solo quesito: perché mai per una elezione che compete di diritto ai soli Presidenti, si deve far riferimento alle "storiche rappresentanze sindacali"? fino a prova del contrario i Presidenti rappresentano tutti gli iscritti all'Albo ed hanno l'obbligo e l'onere morale di rappresentarli tutti allo stesso modo e con pari dignità. Al contrario i sindacati rappresentano solo gli iscritti, spesso con tutele asimmetriche rispetto ai non iscritti. C'è una bella differenza. Su questo punto mi sentirei di discutere a lungo. Allora perché far confusione di ruolo? Nella realtà più vicina a noi, quella cioè prevido-assistenziale, i ruoli dei Presidenti e dei sindacalisti sono ben definiti. Ognuno si attenga al proprio, nel reciproco rispetto delle rappresentatività e delle competenze, e si astenga da tentativi di sopraffazione nemmeno tanto larvati.

Vengo al problema che mi interessa di più: il "See and treat". Ero certo che, ancora una volta, non avrei ricevuto alcuna risposta ai miei quesiti, e puntualmente così è stato.

Per una migliore comprensione del problema li espongo a voi tutti nel testo originale formulato nell'aprile scorso:

1. C'è stata "prevaricazione dei diritti e delle deleghe di attribuzione della professione medica stante la vigente legislazione?"

2. C'è stata violazione del Codice Deontologico (Art. 67) soprattutto per quanto attiene al favoreggiamento dell'esercizio abusivo della professione medica?

Questi quesiti nascevano dall'amara considerazione che nel predisporre la delibera del "See and treat", gli Ordini dei Medici, a differenza dell'IPASVI e di altre componenti mediche toscane, non erano stati informati di nulla e che lo stesso Vice Presidente del C.S.R. e Presidente della FTOM si era reso complice di questo silenzio. Ritengo di aver diritto a queste risposte. Invece non solo non mi è stato riconosciuto questo diritto, ma Bianco ha preferito darne immediata informazione al Presidente dell'Ordine di Firenze, che poi è il Vice Presidente del C.S.R. e della FTOM. È così iniziata tutta una serie di manovre tendenti ad eludere le risposte, culminate nella geniale idea di un incontro Comitato Centrale – FTOM a Firenze di cui si parla da mesi e che non c'è mai stato e nemmeno ci sarà. È bene che sappiate che avevo indicato a Bianco anche la possibilità di investire del problema il Consiglio Nazionale che certamente a pieno titolo può esprimersi nel merito, a fronte di una istituzione, quale la FTOM, bocciata da una ineludibile sentenza della Corte Costituzionale. Perché mi si nega questo diritto? Lascio a voi tutti ogni interpretazione. Per quanto mi riguarda, attento alla decisione del mio Consiglio, adirò le vie della Magistratura penale ove si dovesse verificare qualsiasi tentativo di imporre il "See and treat" nell'ambito della mia provincia.

Auspicherei anch'io una formazione chiara ed inequivocabile della professione medica e di quelle sanitarie. Se ci fosse, non ci sarebbe alcun motivo del contendere. La bocciatura del "See and treat" da parte della maggioranza degli Ordini della Toscana è stata determinata proprio dalla carenza di norme fondamentali quali l'attribuzione delle responsabilità, il consenso e l'informazione ai cittadini, le norme giuridiche sulla certificazione e sulla prescrizione, gli aspetti assicurativi e quant'altro. Non sono cose di poco conto e non credo che il Ministro del Welfare, così come quelli precedenti, intendano risolvere, in tempi brevi, il problema. Intanto in maniera silente e confusa c'è chi approfittando dello stato confusionale erode quotidianamente i nostri spazi professionali, così come è avvenuto per decenni. I colleghi oculisti ed odontoiatri sono riusciti a bloccare l'istituzione dei profili degli ottici e degli odontotecnici, grazie ad una loro decisa e pervicace azione nelle sedi ritenute più competenti. Perché mai, circa tre anni fa, quando con garbo, recandomi personalmente a Roma, esposi il problema, Bianco non è intervenuto? Nulla è stato fatto nemmeno nei miei successivi interventi ed i Presidenti dissidenti della Toscana sono stati lasciati soli. Anzi, si cerca una giustificazione alla propria inerzia affermando "che non si affrontano queste battaglie con la ragione e la passione che guardano indietro". Una simile affermazione mi offende profondamente. Se sono sceso in campo è perché sono veramente preoccupato per il futuro della nostra professione e dei molti medici giovani, altro che enclave. In ogni caso sono in buona compagnia visto che l'UEMS, con la sua definizione dell'atto medico, mi ha dato pienamente ragione. Mi sarebbe piaciuto che l'amico Bianco ci avesse espresso anche la sua opinione, visto che nell'UEMS ci sono anche rappresentanti della FNOMCeO. Vorrei dire a Bianco, in conclusione, che se difendere la salute dei cittadini, in prima istanza, e subito dopo la nostra professione, significa essere un "troglodita", ebbene sono contento di esserlo perché so di essere una persona per bene e responsabile, attento al ruolo che vive nella società.

Scusatemi per questo lungo scritto. Era necessario perché è bene sappiate che ipotesi simili al "See and treat" si stanno affacciando anche in altre Regioni ed il sogno di qualcuno sarebbe di estenderle su tutto il territorio nazionale.

Raffaele Festa, Presidente dell'Ordine di Arezzo

* * *

Considerazioni dell'Ordine di Bologna sul Consiglio Nazionale di Padova, ENPAM e "atto medico"

Cari Colleghi,

condivido le vostre preoccupazioni aggravate da altre relative al pensiero che qualcuno possa ritenerle figlie "di culture incerte, delle paure nascoste, di una percezione debole della propria identità". Ritengo che le vostre preoccupazioni siano fondate e figli di sentimenti forti e di visione chiara delle responsabilità che ricadono su chi ha accettato il carico della rappresentanza.

Il convegno di Padova, bene organizzato da Maurizio Benato, non è riuscito, comunque, a togliermi del tutto l'inquietudine rimasta a causa di una discussione strozzata in Consiglio Nazionale. Né, a mio avviso, possono valere le recriminazioni postume di chi l'ha provocata, soprattutto a seguito di una relazione che accusava anche di frazionismo.

Chi ha partecipato all'ultimo Consiglio Nazionale dell'ENPAM potrà forse ricordare alcune mie perplessità allora espresse e puntualmente riportate su la "Previdenza" recentemente pubblicata.

Altrettanto condivisibili sono le preoccupazioni di Raffaele. Anche nella nostra regione, l'Emilia-Romagna, è in corso un tentativo di espansione delle mansioni del personale sanitario che sconfinava nella pratica dell'atto medico così puntualmente sottolineato da Raffaele. Ebbene questo richiede attenzione: la FRER se ne occuperà ben presto avendo già distribuito un adeguato parere legale in merito.

Per quanto concerne l'opinione di Giovanni Maria e di Ugo Relativamente all'elezione del Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM non intravedo i rischi della perdita della nostra funzione che è indubbiamente autonoma ma che non deve essere terza nel senso più sminuente del termine, corrispondendovi altrimenti una deresponsabilizzazione contraria proprio alla richiamata veste di Grandi Elettori attivi e passivi, tra i quali, per l'ENPAM, non vi è certamente la FNOMCeO, i cui rappresentanti sono considerabili – nelle loro esternazioni *erga omnes* – unicamente come esponenti di Ordini.

Nessuno pensa alla FNOMCeO come una "enclave" oligarchica, bensì come un ente che deriva le proprie funzioni secondo una democrazia partecipata ed espressa dalle rappresentanze degli Ordini Provinciali e dal confronto dialettico interno a loro. Né tantomeno risulta essere stato conferito da chicchessia incarico o ruolo di giudice o guida e indirizzo al Presidente del suo Comitato Centrale al fine del rinnovo del consiglio di amministrazione dell'ENPAM.

È bene pertanto che si discuta e che ci si confronti.

Ogni opinione – anche quella di Bianco come Presidente di Ordine in relazione all'ENPAM – volta alla ricerca delle migliori risultante possibile in funzione degli obiettivi da perseguire ha ampio diritto di cittadinanza: tacciarla di cultura incerta, paura nascosta, crisi identitaria, rappresenta una operazione miope e volta al fallimento.

Un cordiale saluto

Giancarlo Pizza, Presidente dell'Ordine di Bologna

* * *

Richieste di chiarimenti sulle procedure da adottare per il riconoscimento dell'attività di tutoraggio

Cari Colleghi,

giungono in Federazione numerose richieste di chiarimenti sulle procedure da adottare per il riconoscimento dell'attività di tutoraggio per chi ospita colleghi in formazione e per i tutor valutatori di coloro che devono sostenere l'esame di Stato.

In considerazione del fatto che dal Ministero di riferimento, più volte sollecitato dalla Federazione e dagli stessi Ordini provinciali, non sono pervenute al momento note di chiarimento, ho ritenuto utile inviarVi uno schema riassuntivo (vedi allegato) che, mi auguro, potrà contribuire a far luce sulla questione.

Con i saluti più cordiali

Amedeo Bianco

Tutoraggio esami di stato (schema riassuntivo per gli Ordini)

- L'Ordine può bandire concorsi per Medici Tutor per il tirocinio esami di stato D.M. 445/2001. I medici che vi partecipano devono avere i requisiti previsti (disponibili a richiesta a questi uffici) e devono manifestare la disponibilità a frequentare un Corso per conseguire il Titolo di medico Tutor.
- È necessario, a cura dell'Ordine Provinciale sede di Università o di ogni altro Ordine che ne abbia interesse, predisporre il testo di una convenzione tra: Università di, Ordine/i dei Medici di, Ospedale, Aziende Sanitarie della Provincia..... che disciplini i rapporti per quanto riguarda la fre-

quentazione del neo laureato all'interno dei reparti di Chirurgia e Medicina nonché i rapporti dello stesso con il Medico di Medicina generale, convenzionato con la ASL. L'Università ha nominato una commissione per gli esami di Stato (art. 3, Decreto MUR n. 445/2001) che assegna i tirocinanti ai Medici Tutors secondo i criteri previsti.

- Ogni tirocinante è valutato attraverso il libretto di valutazione da ogni medico Tutor. È molto utile allestire un corso di formazione per l'illustrazione del libretto e per l'istruzione alla sua compilazione.
- Il corso per Medici Tutor, può essere accreditato, ai fini ECM, all'Ordine presso la Commissione Regionale ECM, laddove attiva, o presso la CNECM ed i Tutors che lo frequentano hanno diritto ai relativi crediti.
- Alla fine del Corso, l'Ordine redige un elenco di tutors di valutazione e lo inoltra all'Università che lo utilizza per l'assegnazione dei periodi di tutoraggio.
- L'Università riconosce ai Medici Tutors la qualifica attraverso il rilascio di un attestato.
- Presso gli studi dei MMG e presso i Reparti Ospedalieri il Medico Tutor avrà cura di affiggere un cartello che avverte l'utenza della presenza di un tirocinante.
- Il tirocinante firma per presa visione una dichiarazione del medico tutor che disciplina il tipo di rapporto previsto dal Decreto.
- Alla fine di ogni anno solare (o all'inizio di quello successivo) l'Università degli studi trasmette all'Ordine un elenco riportante i periodi (mesi) di tutoraggio effettuati da ciascun medico Tutor, al fine del rilascio dei relativi crediti ECM così come previsto dalla Determinazione del 24 novembre 2005, pubblicata in data 22 marzo 2006 della Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFN) riguardante l'attribuzione di crediti formativi ECM per i "docenti-tutor" che hanno ospitato i colleghi nel mese obbligatorio pre-abilitazione.
- I Colleghi che espletano l'attività di tutor avranno diritto fino al massimo del 50% dei crediti ECM per l'anno solare di riferimento. Tenuto conto che la Conferenza Stato Regioni del 1 agosto 2007, ha fissato per il triennio 2008-2010 il numero dei crediti da acquisire in misura di 150 pari a 50 crediti/anno (con minimo 30 e massimo 70 annui) il numero di crediti/mese per ogni mese di tutoraggio è ora pari a 4 crediti.
- Gli Ordini dovranno registrare nella propria anagrafica i crediti erogati a ciascun professionista per ogni mese di tutoraggio ed inviare contestualmente i nominativi dei tutor con i crediti ECM alla Commissione Nazionale ECM ed al GO.GE.A.P.S. per la registrazione dei crediti nell'anagrafica nazionale.

Note chiarificatrici aggiuntive

- Il tutoraggio per questa funzione specifica è diverso da altre forme che vanno riconosciute istituzionalmente.
- Il tutoraggio per il corso regionale dà diritto ai crediti che attribuisce l'Ordine sulla base della certificazione rilasciata dal rispettivo Centro di Formazione Regionale per M.G.

* * *

Comunicato Giunta Esecutiva ONAOSI del 3 ottobre 2009

In data 3 ottobre si è riunita la Giunta Esecutiva della Fondazione, presieduta dal Dr. Aristide Paci.

Il Presidente ha informato che l'Inaugurazione ONAOSI dell'Anno Accademico 2009/2010 è fissata per il giorno 6 novembre 2009. Il Presidente del Senato della Repubblica Sen. Renato Schifani ha confermato la sua partecipazione.

Non sono pervenute da parte dei Ministeri Vigilanti (Lavoro ed Economia) comunicazioni sull'approvazione dello Statuto, già deliberato nel gennaio 2008 ed integrato alla luce delle osservazioni pervenute – a distanza di oltre un anno, nel marzo 2009 – da parte degli stessi Ministeri.

È in corso l'elaborazione del nuovo Statuto AdEPP, che sarà sottoposto all'Assemblea dell'Associazione.

In materia di pandemia di influenza H1N1, si ottempererà a quanto prescritto dalla Direzione Re-

gionale Sanità e Servizi Sociali - Regione Umbria, inviando al Responsabile del Servizio Prevenzione dell'Assessorato alla Sanità della Regione Umbria ed al Direttore Generale dell'Azienda USL 2, l'elenco degli studenti presenti presso le strutture in Perugia alla data del 30 settembre 2009 di età inferiore ai 27 anni e quello relativo al personale dipendente che opera all'interno delle suddette strutture.

È stato conferito incarico professionale al fine degli adempimenti previsti dall'art. 6 comma 4 del DM 29/11/2007 in materia di verifica annuale tra le risultanze di bilancio e le previsioni del bilancio tecnico attuariale. La delibera sarà sottoposta al Consiglio di Amministrazione del 14.11.2009 e successivamente trasmessa ai Ministeri Vigilanti per il seguito di loro competenza.

È stata programmata per la prossima Giunta Esecutiva una ricognizione e conseguente analisi di dettaglio dei dossier titoli e c/correnti attivi a nome della Fondazione, per una loro eventuale ulteriore razionalizzazione, nonché l'individuazione dei criteri per la scelta degli investimenti mobiliari per l'esercizio 2010.

In sede di preconsuntivo 2009, sono state illustrate dagli Uffici competenti le voci di spesa e la loro struttura, evidenziando le esigenze economico-finanziarie per la prevista copertura. È stato confermato il proseguimento del programma di razionalizzazione della spesa. È stato dato mandato ai medesimi Uffici di predisporre lo schema del bilancio preventivo 2010 sulla base degli orientamenti stabiliti.

La Giunta Esecutiva ha approvato la proposta di Budget 2010 per gli Istituti Maschili e Femminili, definito e redatto secondo il Piano dei conti di Contabilità Analitica, dai Responsabili della gestione dei medesimi Istituti, raccordandolo con i capitoli di competenza del Bilancio di previsione finanziaria 2010.

La Giunta Esecutiva ha deciso di emanare un avviso esterno, da pubblicizzarsi presso gli Ordini Sanitari Provinciali dei Medici Veterinari e Farmacisti di Torino, per la copertura di n. 1 posto presso il Centro Formativo di Torino, prevedendo quale termine per la presentazione delle candidature le ore 12.00 del 23 ottobre 2009.

La Giunta Esecutiva ha preso atto di non avere ricevuto, come richiesto, dall'Azienda Ospedaliera di Perugia i nominativi degli specialisti ed il relativo schema di convenzione per fornire prestazioni specialistiche ambulatoriali agli ospiti degli Istituti in Perugia.

Sono stati approvati i seguenti atti di carattere generale:

- Disciplinare in materia di acquisto di beni e approvvigionamento di servizi;
- Disciplinare per la tenuta dell'Inventario della Fondazione;
- Disciplinare per il funzionamento delle Casse economiche;
- Disciplinare per la Gestione del Magazzino.

La Giunta Esecutiva ha approvato le disposizioni e relative tariffe definite dall'Area Tecnica per la concessione in uso a terzi della villa Donini in Montebello di Perugia ed ha stabilito altresì di concedere in locazione la Villa Donini in Montebello a terzi. La durata del contratto è di anni 6 con decorrenza dal 1.1.2010 al 31.12.2015 con rinnovo tacito di sei anni in sei anni come previsto dall'art. 28 della legge 392/78 e successive modifiche.

La Giunta Esecutiva ha preso atto della proposta dei Funzionari delegati degli Istituti in Perugia e dei Responsabili dei Centri Formativi, di nomina dei Tutors per l'anno accademico 2009/2010.

La Giunta Esecutiva ha preso atto della graduatoria predisposta dai competenti Uffici per l'assegnazione delle Case Vacanze della Fondazione per il periodo 5 dicembre 2009 - 3 aprile 2010.

È stato autorizzato per l'anno 2010 il Soggiorno Estivo, organizzato ogni biennio dalla Fondazione, gratuito e riservato agli assistiti che frequentano la Scuola media inferiore. Potranno essere ammessi a tale iniziativa, in caso di scarsità di domande, anche gli assistiti iscritti alla Scuola elementare e/o alla Scuola media superiore, a condizione che siano fratelli di assistiti partecipanti che frequentano la Scuola media inferiore.

Verrà redatto e pubblicato apposito bando e si darà seguito all'ammissione agli aventi diritto.

La Giunta Esecutiva ha confermato in € 1.300,00 cadauno, IVA inclusa, il budget onnicomprensivo a disposizione dei convittori e delle convittrici assistiti ospiti delle strutture, per l'acquisto diretto, a cura della Fondazione, di abbigliamento, compresi gli indumenti intimi, e calzature per l'anno scolastico 2009/2010.

Verificata la sussistenza delle condizioni previste, sono state accolte le ulteriori istanze di adesione volontaria nel frattempo pervenute da parte di n. 16 Sanitari.

La Giunta Esecutiva, nel prendere atto dell'esito dell'attività di selezione di una unità lavorativa

presso il Centro Formativo di Bologna, ha dato mandato agli uffici competenti di procedere all'assunzione della candidata risultata prima nella graduatoria di idoneità, per il periodo 12/10/2009-11/04/2010.

La Giunta Esecutiva ha infine adottato altri provvedimenti relativi all'ordinaria gestione della Fondazione.

Dr. Umberto Rossa - Consigliere di Amministrazione ONAOSI - Delegato alla Comunicazione

* * *

Corso sulla Colonscopia virtuale

Il 30 ottobre scorso si è svolto il Corso sulla Colonscopia virtuale (Colon TC) organizzato dalla UO Radiologia dell'ospedale Bellaria, patrocinato dall'Ordine dei Medici di Bologna.

Esso è stato diretto, prevalentemente a radiologi, TSRM, gastroenterologi e medici prescriventi indagini radiologiche o endoscopiche per lo studio del colon.

Gli argomenti trattati hanno rivestito un valore informativo molto ampio e suscitato l'interesse anche di altri operatori sanitari coinvolti nella gestione del paziente con il sospetto di patologia colica; e ciò, sia per i riferimenti alle raccomandazioni per un corretto uso delle risorse specialistiche (linee-guida, governo clinico), sia per la trattazione delle implicazioni assistenziali più importanti ai fini della buona riuscita dell'esame stesso (preparazione del paziente).

Sono state trattate le seguenti problematiche:

- la preparazione del paziente
- le controindicazioni
- la condotta tecnico-metodologica
- l'assistenza prima e dopo l'esame
- l'affidabilità dei risultati
- la possibilità che tale nuova indagine possa completare/sostituire altre
- il ruolo da assegnare nei protocolli di studio delle malattie del colon e nello screening del carcinoma del retto-colon
- la selezione appropriata dei candidati
- i limiti e le insidie interpretative/comunicative

La Colon TC viene erogata, attualmente, oltre che da moltissime UUOO di Radiologia italiane, regionali e bolognesi, anche dalla UO Radiologia dell'ospedale Bellaria.

Il ricorso alla Colon TC, in alcuni casi è assolutamente raccomandabile, in alternativa al clisma opaco e, a giudizio del curante, anche della colonscopia, che, tuttavia, rimane la metodica di scelta nella diagnosi precoce delle lesioni preneoplastiche.

La precisazione di tali argomenti e le raccomandazioni sul suo uso appropriato sono in continua evoluzione.

La preparazione del paziente rappresenta un fattore fondamentale che influenza la buona riuscita dell'esame.

Il Direttore della UO RADIOLOGIA - Ospedale Bellaria Dr. Giovanni Stasi

* * *

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 6 novembre 2009

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ANTONACCI NICOLA	Via Friuli Venezia Giulia – Bologna	051/54.56.23 - 348/53.17.427
APRILE ALFREDO	Via Mercedes, 10 – Campi S. Lecce	339/82.76.166
ARCURI LUCIANA	Via Zanotti, 22 – Bologna	347/31.00.937
BANOND MBOG FELIX DIE UDONNE	Via Berti Pichat, 26 – Bologna - 392/38.46.240	
BERZIGOTTI SARA	Via Europa, 14 – Macerata Feltria (PU)	0722/74.698 - 347/03.78.697
CALABRO' TERESA	Via Finelli, 1 – Bologna	051/58.79.338 - 338/18.45.257
CALIGIURI MARIA FRANCESCA	Via del Piombo, 4 – Bologna	051/27.47.76 - 349/66.00.626
CASAGLIA ALESSANDRO	Via Montanari, 2/2 – Bologna	051/34.15.72 - 348/56.32.577
CASIMIRRI ENRICO	Via Montanari, 85 – Bologna	328/60.24.347
CASTAGNOLI ANNA	Via Orfeo, 24 – Bologna	051/48.43.391 - 339/60.38.863
CASTELLUCCIO ISABELLA	Via Ercole Nani, 2 – Bologna	347/00.82.407
CATANESE ALESSANDRO	Via dei Gracchi, 2 – Bologna	333/77.46.950
CEPELI ERIONA	Via Ferravilla, 11 – Bologna	320/49.12.919
CERVIGNI GIULIANA	Via Calabria, 11/b – Bologna	349/61.62.337
CONDO' MARIA	Via Caravaggio, 9 – Casalecchio di Reno	051/58.73.424 - 339/74.39.070
COSTANZO ELISABETTA	Via P.Pietramellara, 35 – Bologna	051/25.45.61 - 333/71.33.638
DALL'OGGIO LAURA	V.le Gioppi, 3 – Mantova	0376/32.97.86 - 349/44.25.814
DANNOUN AHMAD	Via Marconi, 3 – Casalecchio di Reno	334/71.77.770
DELAY LAURETA	Via Fossolo, 9 – Bologna	340/82.49.113
DE LUCA SERENA	Via Malaguti, 2 – Bologna	347/26.01.081
DI FEDERICO CRISTINA	Via Majani – Bologna	051/22.18.21 - 338/33.52.464
DI GIGLIO JUDIT	Via dei Lamponi, 43 – Bologna	051/44.46.98 - 331/90.15.783
FOSCO MATTEO	Via Lombardia – Bologna	329/22.35.625
GALLO PAMELA	Via Pio La Torre, 67 – Imola	0542/69.00.84 - 347/06.26.046
GAUDIANO ROSA MARIA	Via Galeotti, 6 – Bologna	329/08.28.354
GARZILLO GIORGIO	Via de' Gombruti, 5 – Bologna	051/58.71.215 - 333/31.08.995
GESUETE VALENTINA	Via Montanari, 13 – Bologna	333/49.93.760
GIANNOCCARO MARIA PIA	Via E. Levante, 7 – Bologna	051/48.45.224 - 340/85.44.400
GIORDANI ANDREA	Via S. Donato, 40 – Granarolo dell'Emilia	349/81.53.903
GIUZIO ROSA	Via Franceschini, 16 – Bologna	328/01.99.630
GUALANO CHIARA	Via Aretusi, 20 – Bologna	051/40.71.162 - 349/87.13.430
GUIDASTRI MONICA	Via P. da Palestrina, 19 – Bologna	051/47.63.42 - 394/25.96.951
HASAN TAMMAN	Via Libia, 68 – Bologna	051/09.72.026 - 339/47.31.957
LACORTE DORIANA	Via G.Bentivogli, 109/2 – Bologna	051/39.28.05 - 339/80.09.286
LEONETTI EMANUELA	Via Piave, 67 – Pagliare (AP)	347/67.75.783
LUCREZIO LAURA	Via Bentivogli, 13 – Bologna	349/13.85.468 - 331/21.44.375
MAGAGNI GABRIELE	Via Alderotti, 2 – Bologna	349/13.35.956
MAGNANO MICHELA	Via Triachini, 1 – Bologna	051/99.13.473 - 347/81.57.193
MANDRIOLI DANIELE	Via Lorenzetti, 10 – Bologna	051/56.16.24 - 328/32.85.267
MARRA ROSA FRANCESCA	Via S. Vitale, 42/2 – Bologna	051/23.73.77 - 347/60.68.501
MATTEINI PAOLA	Via Cavazza, 1 – Bologna	051/44.32.41 - 339/48.19.676
MEGA CHIARA	Via Fabio Massimo, 36 – Grosseto	340/22.41.089
MICERA GIOVANNI	Via Mascarella, 15 – Bologna	347/56.22.434
MONARI FRANCESCO	Via de' Carracci, 51 – Bologna	051/37.47.15 - 320/64.42.518

MORIERI MARIO LUCA	Via B. Gigli, 24/2 – Bologna	051/44.34.07 – 320/27.05.041
NARDINI PAOLA	Via Marconi, 9 – Bologna	051/22.62.63 – 349/61.52.254
NJOFANG TCHUAM THERENCE	Via Leopardi, 9 – Casalecchio di Reno	051/61.32.609 – 340/25.99.785
OLIVELLI VALENTINA	Via Pasolini, 14 – Imola	0542/68.05.26 – 334/97.63.958
PALLADINO CAROLINA SERENA	Via Mazzini, 95/6 – Bologna	329/17.58.326
PAOLINI SARA	Via Emilia, 375/b – Bologna	051/62.56.380 – 348/36.05.693
PECHLIVANIDIS KONSTANTINOS	Via Alessandrini, 2 – Bologna	334/81.66.657
PICARIELLO ERIKA	Via Francesco Rocchi, 7 – Bologna	051/48.41.161 – 389/98.67.193
RAGNI ELISABETTA	Via A.Aspertini,8 – Bologna	051/54.43.27 – 333/30.02.251
RICOTTA LARA	Via Castiglione, 47/2 – Bologna	0733/23.67.22 – 347/69.49.736
ROLLO ALESSANDRA	Via Bentini, 46 – Castelmaggiore	051/70.49.84 – 340/40.63.428
SACCANI ELENA	Via Labriola, 6 – Bagnolo in Piano	0522/35.37.35 – 347/00.22.383
SALCE CATERINA	Via Zamboni, 59 – Bologna	051/24.06.26 – 333/31.37.119 349/77.53.830
SAVOIA ENRICO MARIA	Via Allende, 14 – Bologna	051/54.72.80 – 328/33.83.681
SCHIRRU SARA	Via Silvagni, 31 – Bologna	349/86.19.055
STEFANINI LAURA	Via Carducci, 9 – Collecchio (PR)	349/42.20.898
STIPA CARLOTTA	Via Palmieri, 7 – Bologna	051/58.71.72 – 325/58.66.089
TOMASINI SARA	Via dei Mille, 20 – Mirandola	0535/22.339 – 340/622.99.07
TSEGAY I. YEMANE	Via Graziadei, 6 – Bologna	051/18.89.9074 – 339/88.33.408
TURCO LAURA	Via Don L.Sturzo, 39 – Tricase	347/52.47.012
ULIASSI ELISA	Via L. Alberti, 66/2 – Bologna	0734/93.25.46 – 333/74.36.111
VILLELLA DOMENICO	Via Sigonio – Bologna	349/36.34.004
ZUCCHINI GIORGIA	Via Zaccherini Alvisi, 8 – Bologna	333/37.83.225

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
AMODEO GIOVANNI	Clinica Pediatrica - Neonatologia Neuropsichiatria Infantile	0922/60.71.24 – 349/76.35.464 347/75.96.785
ANGELINI ANNAPINA	Geriatrics	389/97.95.926
BIAGETTI CARLO	Malattie Infettive	051/08.78.196 – 340/29.79.142
BONAVINA GIUSEPPE	Neurologia	051/52.30.16 – 340/85.50.870
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	393/63.93.639
CECARO FABRIZIO	Cardiologia	
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126 347/14.38.837
LAUDATO GIOVANNA	Oftalmologia	051/38.04.62
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/62.35.011 – 347/12.67.383
MARTINELLI ANTONIO	Urologia	
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva Medico Competente Med.Lav.	051/44.32.41 – 339/48.19.676
PAZIENZA PAOLA ELENA	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	347/61.67.144
PUVIANI LORENZA	Chirurgia Generale	051/34.91.34 – 339/33.98.442

**Società Italiana di Floriterapia
Clinica**

Bologna

**31 Gennaio, 14 Febbraio, 21 Marzo,
11 Aprile, 9 Maggio, 6 Giugno 2010**

Obbiettivi

Si propone di fornire al medico le evidenze scientifiche e le competenze per l'efficace gestione dei disturbi emotivi, psicosomatici e somatopsichici nella pratica clinica della medicina di base e specialistica. Il corso, finalizzato all'immediata applicazione, si svolge attraverso lezioni frontali, case-study, role-play e supervisioni cliniche.

Segreteria Organizzativa

Società Italiana di Floriterapia
Tel. 051/441020 - 333/3857130
E-mail: info.sif@libero.it

**Master Universitario di I livello in
medicina palliativa: modelli orga-
nizzativi, clinica, ricerca, leadership**

Bentivoglio - gennaio 2010

Il Master rappresenta un'offerta formativa nell'ambito delle Cure Palliative.

L'articolazione didattica prevede la realizzazione di percorsi di apprendimento e di approfondimento con l'obiettivo ultimo di fornire una preparazione molto ampia e precisa sul tema specifico della palliazione, utile per le diverse figure professionali coinvolte in quest'area della medicina.

Gli aspetti essenziali del programma didattico riguardano modalità di assistenza a domicilio e in hospice residenziale, con elementi formativi non solo di carattere clinico-assistenziale ma comprendenti anche approfondimenti di economia, sociologia, organizzazione, gestione di modelli organizzativi dedicati alla tutela della qualità assistenziale nella inguaribilità e nel fine vita.

Il Master si propone pertanto di formare personale qualificato che, nell'ambito del proprio specifico ruolo, sia in grado di comprendere ed affrontare i diversi temi che compongono il variegato e delicato mondo della medicina palliativa e che sia altresì preparato per lavorare in contesti polidisciplinari, ideando e realizzando modelli di lavoro integrato. Un ulteriore allargamento culturale viene fornito dalla possibilità di stage in strutture didattiche e professio-

nalizzanti presso Università straniere consorziate. La didattica del Master è prevalentemente orientata al malato oncologico e alla sua famiglia, ma diversi temi verranno affrontati in maniera più ampia. Con l'obiettivo di consentire l'estrapolazione da alcuni principi culturali della gestione di problematiche di palliazione e di fine vita in altre condizioni patologiche.

Struttura e Corsi

Il percorso formativo è articolato in due anni per un totale di 62 crediti.

L'inizio dei corsi è previsto per gennaio 2010. La didattica in aula (47 Crediti Formativi Universitari) comprende lezioni frontali, seminari e lavori di gruppo (282 ore).

Le lezioni vengono svolte nei giorni di giovedì, venerdì e sabato mattina, con frequenza di un weekend al mese.

Per alcuni insegnamenti è prevista una modalità di apprendimento integrato (blended learning) disegnata in collaborazione con Alma Graduate School della Università di Bologna e basata sull'alternanza tra e-learning e attività didattica frontale.

Lo scopo è di garantire un livello di conoscenza omogeneo e nello stesso tempo migliorare l'approfondimento degli argomenti durante gli incontri in aula.

I corsi sono articolati in 8 insegnamenti:

- Storia e modelli organizzativi di Cure Palliative (7 CFU).
- Aspetti clinici (7 CFU).
- Fisiopatologia e trattamento del dolore (7 CFU).
- Psicologia, psicosociologia e tanatologia (7 CFU).
- Antropologia, linguaggio, aspetti religiosi e spirituali, filantropia (7 CFU).
- Diritto e bioetica in Cure Palliative (4 CFU).
- Ricerca e qualità (4 CFU).
- Management (4 CFU).

La didattica professionalizzante (12 Crediti Formativi Universitari) è specifica per ogni figura professionale (300 ore).

Viene svolta obbligatoriamente sia negli Hospice Residenziali gestiti dalla Fondazione MT.C. Seràgnoli Onlus (Bentivoglio e Ospedale Bellaria) sia presso il Servizio Domiciliare organizzato dalla Fondazione ANT Italia Onlus.

Il restante periodo, fino alla copertura delle ore previste, può essere realizzato in Hospice Residenziali e in organizzazioni di Assistenza Domiciliare, convenzionati sia in Italia, sia all'estero.

Il piano formativo professionalizzante si sviluppa secondo gli obiettivi indicati dal Collegio dei Docenti. Essenziali nella formazione sono i briefing che rappresentano la sede

per le discussioni collegiali e sono finalizzati allo studio degli aspetti clinici, gestionali ed organizzativi relativi ai diversi casi esaminati. In tal modo è garantita un'omogeneità di preparazione pratica nei diversi settori disciplinari e nel contempo si realizza la consuetudine ad una visione multidisciplinare dei problemi.

Prova finale

(3 Crediti Formativi Universitari):
sul modello della tesi di laurea, verrà richiesto alla fine dei due anni di Master un elaborato scritto il cui argomento sarà concordato con il corpo docente. La frequenza è obbligatoria.

Per informazioni e approfondimenti, rivolgersi a: Accademia della Scienze e Medicina Palliativa

Aldo Moro, 16/3 - 40010 Bentivoglio (Bologna)
Tel. +39.051.8909690 - Fax +39.051.8909696

www.asmeпа.org

Pier Angelo Muciarelli - Coordinatore del Master - Cell. +39.340.1835379

piero.muciarelli@asmepa.org

Istituto delle Scienze Oncologiche, della Solidarietà e del Volontariato ANT Italia Onlus

Via Jacopo di Paolo,36 - 40128 Bologna
Tel. +051.7190172 - Fax +051.7190150

www.ant.it

Marina Casadio - Cell. +39.348.3102868

marina.casadio@antitalia.org

Poliambulatorio autorizzato, zona centro (Via Giorgio Ercolani 10/c - Bologna) piano terra, rende disponibili ambulatori a medici specialisti (e non) anche per singole giornate o mezza giornata (mattino e/o pomeriggio). Per informazioni tel. 051/557366 dal lunedì al venerdì 9,30-12,30/14,30-19,30.

Affittasi in zona Corticella ambulatorio a medici specialisti (la zona ne è completamente priva ed ha un grande bacino di utenza), lo studio ha un ingresso privato ottimo arredo, facile parcheggio, a norma di legge. Tel. 339/8952992 oppure 334/3250511.

A Bologna da subito affittasi a due passi dalla stazione FF.SS. appartamento arredato confortevole 4° P (lavatrice, lavastoviglie, riscaldamento autonomo) luminoso, ingresso, 2 camere (fino a 4 posti modificabile) bagno, terrazzino, ascensore, porta blindata. Specializzandi, referenziati, € 900+50 s.c.) contratto annuale. Tel. 340/0715817.

Odontoiatra pluriennale esperienza offresi collaborazione: esperta in piccola chirurgia, endodonzia e particolarmente pedodonzia, 1-2 mezza giornate (a Bologna città) settimanali. Contattare il 340/0715817.

Specialista odontostomatologo ricerca studio di appoggio in provincia Bologna Nord, Funo, San Giorgio di Piano, San Pietro in Casale, Ca-

stello d'Argile per propria clientela ed eventuale collaborazione. Tel. 334/2687853.

Affittasi ad odontoiatra, anche neolaureato, stanza attrezzata con riunito, strumentazione e radiologico presso studio dentistico in prestigiosa via del centro di Bologna, con impianti a norma e con autorizzazione, costituito da reception, sala attesa, ufficio, 3 locali operativi, sala di sterilizzazione, doppi servizi. Possibilità di consulenza di implantologo, endodontista, ortodontista, protesista e parodontologo. Disponibile anche a giornate. Tel. 348/3728575 (preferibilmente entro le ore 13).

Vendesi Volkswagen Sharan 1.9 TDI 7 posti, immatricolata 2002, Km. 100.000, uniproprietario. Tutti tagliandi presso Concessionario € 8.000. Telefonare al 338/6834643.

Affittasi ampia stanza luminosa e arredata in studio medico tranquillo sito al 1° piano in via Dagnini. Comodo parcheggio, comoda fermata del bus. Ideale come studio per psicoterapeuta. Tel. 051/6152171 - 335/56267507-339/4499136.

Cerco collega odontoiatra per affiancamento per cessione ambulatorio odontoiatrico in Modena centro storico ma con possibilità di parcheggio, raggiungibile con mezzi pubblici, due ambulatori attrezzati, reception, sala d'aspetto, autorizzazione 2004. Tel. 335/8026546.

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 (nomi-nativi, telefoni, e-mail)

Annunci: testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: ASSOMNIA SAS di DE BERNARDIS CLAUDIO E C.
17 via Ranzani - 40127 Bologna - telefono e fax 051 241379



UTET

SCIENZE MEDICHE

A BOLOGNA

**Via G. Bentivogli 11/13
(S.Orsola) Tel 051-393136
fax 051-340493**

A MODENA

**Via Giardini 324 (S. Faustino)
Tel. 059-342855
fax 059-342995**

www.utetbologna.it info@utetbologna.it



S.I.S.ME.R.® s.r.l.
Poliambulatorio privato
Clinica Day Surgery

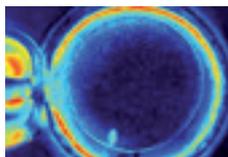
Via Mazzini, 12 - 40138 Bologna
 tel. +039.051.307 307 (5 linee r.a.)
 fax +039.051.302 933
 sismar@sismar.it - pazienti@sismar.it

IL TEAM DI S.I.S.ME.R. RIPRODUZIONE

Dott. Luca Gianaroli
 Dott.ssa Anna Pia Ferraretti
 Dott. Daniele Barnabè
 Dott.ssa Elisabetta Feliciani
 Dott.ssa Carla Tabanelli

IL TEAM DI S.I.S.ME.R. ANDROLOGIA

Dott. Giorgio Cavallini
 Dott. Edoardo Pescatori
 Dott. Giovanni Vitali



IL TEAM DI S.I.S.ME.R. PRENATALE

Dott. Luigi Filippo Orsini
 Dott.ssa Eleonora Guadalupi

IL TEAM DI S.I.S.ME.R. PNEUMOLOGIA

Dott. Alessandro Zanasi

IL TEAM DI ARTROSI E ARTROPROTESI DELL'ANCA

Dott. Luca Busanelli

Il Poliambulatorio S.I.S.ME.R. (Società Italiana di studi di Medicina della Riproduzione) è all'avanguardia nel settore della ginecologia, dell'ostetricia, della diagnosi e terapia della sterilità e nella procreazione medicalmente assistita, con il contributo di professionisti di fama internazionale e di nuove e sofisticate tecnologie biomediche.

DIAGNOSI E TERAPIA DELLA STERILITÀ PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

- One Stop Clinic
- Inseminazione intrauterina
- Fecondazione in Vitro
- ICSI (Iniezione Intracitoplasmatica degli Spermatozoi)
- IVF LITE
- Analisi aneuploidie sul globulo polare
- Crioconservazione dei gameti per la preservazione della fertilità

Ginecologia e Ostetricia Ecografia ginecologica transaddominale e transvaginale Sonoisterografia e sonosalpingografia Ecografia mammaria Diagnosi e terapia dell'aborto ricorrente Consulenza psicologica

La Clinica Day Surgery S.I.S.ME.R. eroga prestazioni diagnostiche in vari settori. E' inoltre operativo un servizio di day surgery con sala operatoria per interventi polispecialistici in regime di ricovero diurno a cui possono accedere specialisti delle varie branche autorizzate (Chirurgia generale, Chirurgia plastica, Chirurgia vascolare, Oculistica, Odontoiatria e stomatologia, Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e ginecologia, Urologia, Dermosifilopatia, Fisiopatologia della riproduzione umana, Oncologia e Pneumologia)

DIAGNOSI PRENATALE

- Ecografia ostetrica del primo, secondo e terzo trimestre di gravidanza
- Flussimetria doppler
- Ecografia morfologica e consulenza prenatale
- Consulenza e test genetici
- Translucenza nucale
- Bi-test
- Villocentesi
- Amniocentesi

ENDOSCOPIA GINECOLOGICA

- Isteroscopia diagnostica ed operativa
- Endoscopia transvaginale
- Laparoscopia diagnostica

LABORATORIO DI ANDROLOGIA

- Crioconservazione del liquido seminale per pazienti oncologici
- Spermogramma e studio del DNA
- Test di separazione nemaspermica
- Test FISH
- Test birifrangenza degli spermatozoi

ANDROLOGIA E DISTURBI SESSUALI CHIRURGIA ANDROLOGICA

- Circoncisione
- Biopsia testicolare
- Varicocele
- TESE-MESE
- Micro TESE

Poliambulatorio privato Clinica S.I.S.ME.R. Day Surgery
 Direttore Sanitario Dott. Daniele Barnabè
 Autorizzazione sanitaria PG.n.134603/99 e PG.n.85889/01

UNI EN ISO 9001:2000



SISTEMA DI GESTIONE
 QUALITÀ CERTIFICATO

CERTQUALITY
 È MEMBRO DELLA
 FEDERAZIONE CISO



AZIENDA CERTIFICATA DAL 1998