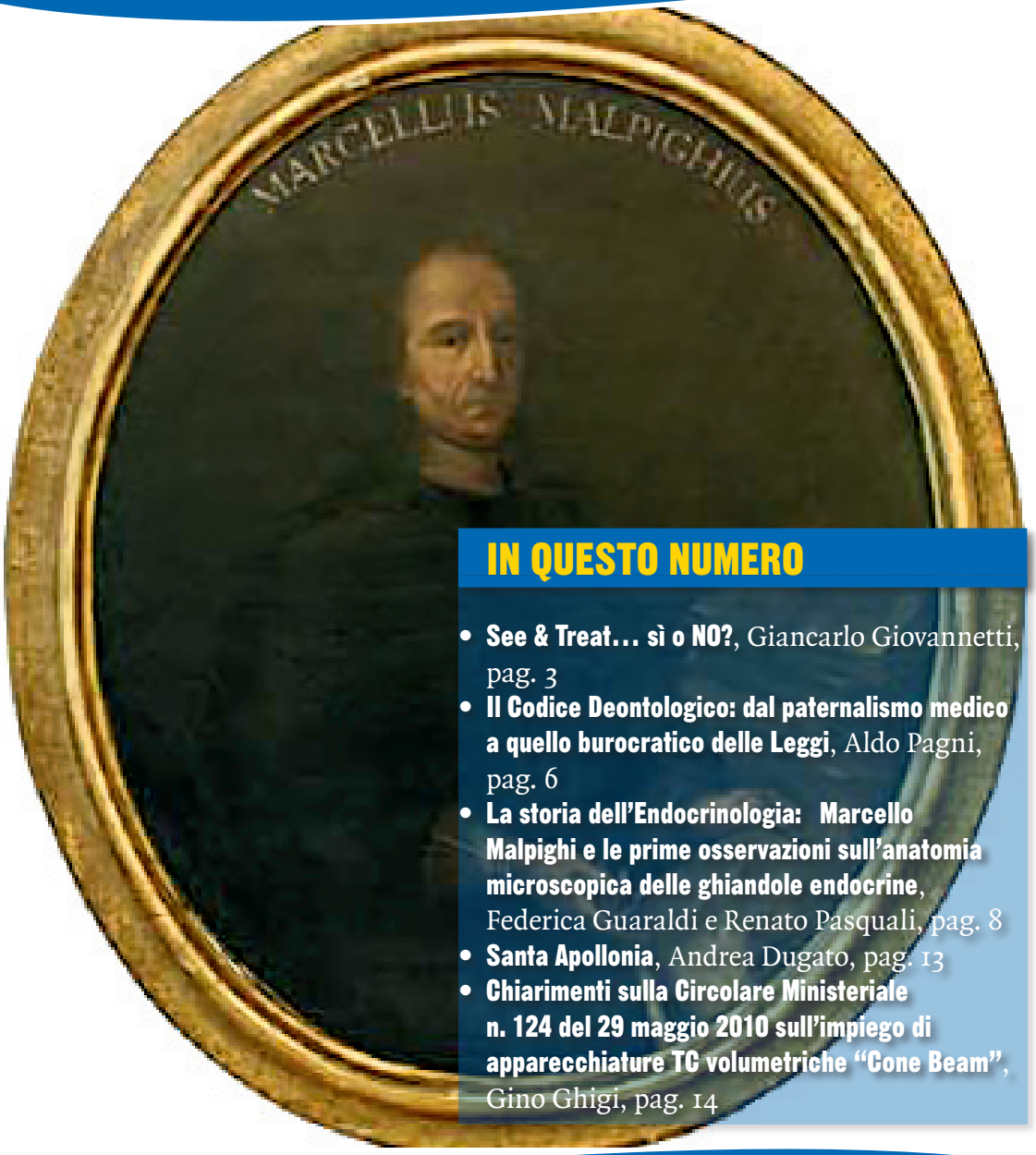
Bollettino Notiziario

ANNO XLII - N° 1 GENNAIO 2011

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



IN QUESTO NUMERO

- **See & Treat… sì o NO?**, Giancarlo Giovannetti, pag. 3
- **Il Codice Deontologico: dal paternalismo medico a quello burocratico delle Leggi**, Aldo Pagni, pag. 6
- **La storia dell'Endocrinologia: Marcello Malpighi e le prime osservazioni sull'anatomia microscopica delle ghiandole endocrine**, Federica Guaraldi e Renato Pasquali, pag. 8
- **Santa Apollonia**, Andrea Dugato, pag. 13
- **Chiarimenti sulla Circolare Ministeriale n. 124 del 29 maggio 2010 sull'impiego di apparecchiature TC volumetriche "Cone Beam"**, Gino Ghigi, pag. 14

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 Bologna - Tel. 051.399745

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 dicembre 2010
è stato consegnato in posta
il giorno 29/11/2010

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

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO XLII - GENNAIO 2011 N° 1

ARTICOLI

See & Treat... sì o NO? • 3

Il Codice Deontologico: dal paternalismo medico a quello burocratico delle Leggi • 6

La storia dell'Endocrinologia: Marcello Malpighi e le prime osservazioni sull'anatomia microscopica delle ghiandole endocrine • 8

Santa Apollonia • 13

Chiarimenti sulla Circolare Ministeriale n. 124 del 29 maggio 2010 sull'impiego di apparecchiature TC volumetriche "Cone Beam" • 14

NOTIZIE

Raccomandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC volumetriche "Cone beam" (10A06042) (G.U. Serie Generale n. 124 del 29 maggio 2010) • 15

Elezione del Comitato di Indirizzo ONAOSI. Attivazione procedure elettorali • 17

Lo stress da lavoro diventa una malattia professionale • 18

Piani sanitari Enpam/Unisalute per l'anno 2011 • 18

ECM, fra incertezze e timori • 20

Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni "Misura Internet": avete la possibilità di reclamare o chiedere il recesso senza penali • 21

L'OMS prepara la prima classificazione della Medicina Tradizionale • 22

Gran Bretagna, il Governo risponde ad una petizione che chiedeva maggiore supporto alle MnC • 22

Paracetamolo, per bimbi rischio asma. Antidolorifico forse causa allergie se assunto in primi 15 mesi • 22

OpenAIRE apre l'accesso ai risultati scientifici dell'Unione Europea • 23

L'Unione Europea emana linee guida su pubblicità dei farmaci • 24

Permessi per assistenza ai disabili: ecco le circolari del ministero e dell'Inps • 24

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 26

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 27

CONVEGNI CONGRESSI • 28

PICCOLI ANNUNCI • 31

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

See & Treat... sì o NO?

Giancarlo Giovannetti

Il metodo operativo del See and Treat è stato introdotto in Inghilterra ormai da tempo, e con discordanti valutazioni, come alternativa o superamento dei problemi o delle mancate soluzioni conseguenti all'utilizzo del sistema del Triage infermieristico sulla porta del Pronto Soccorso, adottato, a sua volta, allo scopo di fronteggiare il fenomeno del sovraffollamento dei servizi di Pronto Soccorso attraverso la definizione della priorità di accesso alla visita.[1,2,3,4,5,6]

È da tutti riconosciuto, anche a livello internazionale, che il problema più grave del Pronto Soccorso sul piano della qualità assistenziale fornita è, oggi, quello dei pazienti che stazionano al suo interno, dopo che è stata definita la necessità del ricovero, SOLO perché attendono che si liberi il posto letto nel reparto di assegnazione.

Il modello originale del See & Treat, così come quello del Triage, partiva, invece, dall'attenzione posta soprattutto alla casistica di minore priorità che costituisce intorno al 70% dell'utenza nella maggior parte delle realtà sanitarie occidentali.

Secondo l'analisi degli effetti del Triage, effettuata soprattutto in Inghilterra, questo modello ha dato, certo, una risposta organizzativa a tale problema ma non ha avuto, però, risvolti sul piano della efficacia operativa istituzionalizzando, di fatto, crescenti e lunghissimi tempi d'attesa e consolidando indirettamente il sovraffollamento costante del Pronto Soccorso.

Per questo si è ritenuto di dover adottare, non senza conflitti di opinione, un diverso modello organizzativo, alternativo al precedente, che privilegia la tempestività delle prestazioni per la rilevante componente degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso, contraddicendo praticamente i principi del rispetto assoluto delle priorità del bisogno assistenziale.

Ma, in realtà, alla base di questo modello funzionale vi era, sostanzialmente e semplicemente, l'assegnazione del personale medico più esperto presente in turno alla gestione di tali casi a priorità minore ma più numerosi quantitativamente, in modo tale che fosse possibile attuare una fase diagnostica e terapeutica più diretta, più appropriata, più selettiva e, quindi, più rapida.

Questo è documentato dalla letteratura in bibliografia.

L'analisi anche di questo modello evidenzia alcune contraddizioni. È evidente che, vista la Mission del Pronto Soccorso, tutte le migliori risorse professionali che possono essere messe in campo dovrebbero essere destinate al trattamento dei casi più appropriati e, quindi, più impegnativi con codice di priorità maggiore (e con effettiva maggiore gravità riscontrata dal medico).

Inoltre dovrebbe essere garantita la formazione sul campo delle giovani leve mettendole in condizione di lavorare in affiancamento per un tempo sufficiente con i medici più esperti.

Cercare soluzioni basate solo su considerazioni economico gestionali che tengano semplicemente conto del dato di fatto del sovraffollamento come di un evento ineluttabile, senza porre in discussione le cause vere del fenomeno e cercare di porvi rimedio, è per lo meno miope, visto che l'obiettivo primario da garantire dovrebbe essere la qualità dell'assistenza prestata ai pazienti che accedono per motivi appropriati al Pronto Soccorso.

A meno che alla base del ragionamento vi sia la presunzione che il personale che lavora in Pronto Soccorso è sufficiente o in esubero e, comunque, TUTTO adeguatamente formato ad affrontare tutte le insidie di una casistica per definizione non selezionata e proteiforme.

Quindi la prima domanda da porsi per affrontare i problemi sopra delineati è: i pazienti con codice di priorità bianco e verde devono per forza essere trattati in Pronto Soccorso?

Veramente non esistono servizi alternativi per questo? (E questa domanda viene espressa, non a caso, anche nella letteratura allegata!).

Ma, dopo queste premesse, il problema è come si possa essere passati a ribattezzare con il nome di See & Treat da parte della Regione Toscana un modello organizzativo sostanzial-

mente diverso rispetto a quello ORIGINALE che prevedeva l'assegnazione del personale medico più esperto a smaltire con maggiore rapidità la mole del carico assistenziale improprio che grava sul Pronto Soccorso, avendone deciso l'adozione dopo avere riconosciuto il fallimento (annunciato anche quello, per ovvi motivi) del Triage rispetto agli obiettivi incongrui ed irrazionali che gli erano stati impropriamente ed erroneamente attribuiti.[7]

A ben guardare, per la verità, anche per altri aspetti che riguardano l'organizzazione ospedaliera collegata al Pronto Soccorso si può constatare questa sorta di "errore di traduzione" dall'inglese che finisce per creare modelli organizzativi per certi versi mostruosi, sia sul piano sanitario che giuridico, ma che vengono presentati quasi come una sublimazione del supporto e dell'aiuto che si dichiara di dare ai gravi problemi del Pronto Soccorso.

Dal fragoroso silenzio che si alza da chi lavora nel settore del Pronto Soccorso, si ha quasi l'impressione che questo complesso nodo nevralgico della assistenza sanitaria pubblica, venga considerato una sorta di "terra di nessuno" su cui tutti si sentono in diritto di mettere la propria bandierina colorata. Fuori dalla metafora sembra che molti, senza coinvolgere gli operatori, si divertano a dettare modelli che invece di risolvere i problemi in realtà li aggravano inevitabilmente, generando ulteriori problemi e spegnendo progressivamente la "vocazione" dei professionisti che lavorano in questo ambito.

Ma il Pronto Soccorso non può essere una "TERRA di NESSUNO"!!!

Proprio per la complessità oggettiva e da tutti riconosciuta delle attività che vi si svolgono e che è confermata dalla assoluta carenza di vocazione a lavorarvi da parte dei medici ospedalieri (come pure di quelli che svolgono attività di continuità assistenziale!), è necessario che venga rispettata la professionalità e l'esperienza di coloro che vi lavorano quotidianamente.

Dalla lettura dettagliata del documento istruttorio e della delibera della Regione Toscana emergono altri elementi su cu non è possibile evitare commenti.

Intanto il riferimento all'articolo 10 del DPR 27 Marzo 1992

(Articolo 10 del DPR 27 Marzo 1992

Prestazioni del personale infermieristico

1. Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovena e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio) risulta quanto mai inappropriato perché il ruolo dell'infermiere, ivi sancito, riguarda l'attuazione delle manovre atte al ripristino ed al mantenimento delle funzioni vitali del paziente, quindi sia in condizioni di emergenza ed, in particolare, nell'ambito della assistenza territoriale d'emergenza sia, eventualmente, in altre situazioni nelle quali non sia tempestivamente presente il medico, cosa ben difficile o, meglio ancora, assolutamente improbabile in una struttura sanitaria degna di essere definita Pronto Soccorso.

Quindi tale previsione normativa non ha nulla a che vedere con la fattispecie organizzativa del See & Treat!

Una siffatta situazione di assenza del medico è, invece, più facile a verificarsi, oggettivamente, in un reparto ospedaliero a bassa intensità assistenziale.

La previsione contenuta nell'articolo 10 del DPR 27 Marzo 1992 ha trovato non a caso, piena attuazione, nella esperienza personale, nell'ambito della Formazione Infermieristica già dallo stesso anno della promulgazione della norma, con la proposta e la tempestiva attivazione di un corso di Manovre infermieristiche di emergenza nell'ambito dell'insegnamento di Medicina e Chirurgia d'Urgenza, prima presso la Scuola Infermieri di Perugia e poi presso il Corso di Laurea in Infermieristica di Terni.

Considerata la enorme rilevanza giuridica della cartella clinica di Pronto Soccorso è impossibile dare qualsiasi ragionevole significato alla espressione contenuta nella "DELIBERAZIONE 17 dicembre 2007, n. 958. Proposta di sperimentazione del modello 'See and Treat' in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori. Approvazione documento".

...

3. chi accede al "See&Treat" è accolto direttamente dal primo operatore disponibile, Medico o Infermiere, il quale conduce autonoma-

mente tutte le procedure necessarie fino al loro termine.
Che dire poi dell'improponibile elenco della spesa a cui solo può essere assimilato l'elenco delle patologie in coda alla delibera, molte con inopportuni errori di ortografia, senza alcun riferimento al grado misurabile di acuzie e, quindi, con inevitabili rischi di errori interpretativi sul piano clinico diagnostico, che non possono certo essere evitati con corsi di formazione che non possono surrogare certamente il Corso di Laurea in Medicina!
Nell'elenco è compreso, tra l'altro, anche il cosiddetto "colpo di frusta cervicale", già caricato di una quantità di problemi sociali, culturali, politici ed assicurativi che ci espongono ad un confronto poco decoroso con gli altri paesi europei (vedi il numero dell'Automobile di Maggio 2010, "Colpi di frusta" veri e falsi), che si vorrebbe far gestire da un Infermiere dall'inizio alla fine del percorso diagnostico e terapeutico con tutti i problemi di radioprotezione che si devono porre ed in presenza di PROTOCOLLI VERI, che i medici del Pronto Soccorso faticano già a far rispettare, destinati a limitare la prescrizione di esami radiologici inutili e, quindi, dannosi secondo il consolidato assunto che il rischio più serio da radiazioni ionizzanti è di tipo STOCASTICO!
Per caso si pensa di risolvere i problemi del Pronto Soccorso facendolo diventare un supermercato dove si deve preventivamente svolgere un Audit multi professionale per "concordare un protocollo" destinato a "far sì che tutti coloro che si presentano in Pronto Soccorso con un certo problema (identificato di solito GENERICAMENTE su base esclusivamente anamnestica come il progetto della Syncope Unit?) vengano sottoposti alle stesse fasi diagnostiche e agli stessi schemi terapeutici ... così da escludere tutte le differenze di comportamento tra i vari medici"!
Forse si ignora o ci si dimentica che anche molte manovre e procedure di Primo Soccorso e di Pronto Soccorso, purtroppo abitualmente ed acriticamente praticate o, addirittura, insegnate, sono poco più che luoghi comuni privi di basi scientifiche, se non addirittura, miti e magie dell'epoca moderna!

Direttore Pronto Soccorso
Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni

Bibliositografia

[1] Leaman A.M.: *See and Treat: a management driven method of achieving targets or a tool for better patient care? One size does not fit all*; Med J 2003; 20:118, shirley.redfern@prh.nhs.uk
[2] Proudlove N.C., Gordon K. and Boaden R.: *Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments?*; Emerg Med J 2003; 20:149-155; nathan.proudlove@umist.ac.uk
[3] Cooke M.W., Higgins J. and Kidd P.: *Use of emergency observation and assessment wards: a systematic literature review*; Emerg Med J 2003; 20:138-142; m.w.cooke@Warwick.ac.uk
[4] Hassan T.B.: *Clinical decision units in the emergency department: old concepts, new paradigms, and refined gate keeping*; Emerg Med J 2003; 20:123-125; taj.hassan@leedsth.nhs.uk
[5] Castille K. and Cooke M. (A&E advisor): *One size does not fit all*. View 2; Emerg Med J 2003; 20:120-122; karen.castille@tesco.net
[6] Windle J. and Mackway-Jones K.: *Don't throw triage out with the bathwater*; Emerg Med J 2003; 20:119-120; jill.windle@srht.nhs.uk
[7] DELIBERAZIONE 17 dicembre 2007, n. 958, *Proposta di sperimentazione del modello "See and Treat" in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori*. Approvazione documento. pagg. 57-67 Bollettino Ufficiale della Regione Toscana - N. 1; 2.1.2008.

Il Codice Deontologico: dal paternalismo medico a quello burocratico delle Leggi

Aldo Pagni

Il Giuramento ippocratico esprimeva in modo perfetto le caratteristiche fondamentali del *ruolo sacerdotale o professionale* del medico che, secondo alcuni AA, insieme a un'altissima "responsabilità etica" basata sul principio di "*beneficialità*", garantiva la più ampia "*impunità giuridica*".
Per secoli al medico che "*curava spesso, guariva qualche volta e consolava sempre*", era stato riconosciuto, nell'esercizio della professione, quel "*paternalismo carismatico*" che gli consentiva il "*potere*" indiscusso di trattare gli altri come un genitore, nella famiglia patriarcale, governava i propri figli.
Il medico aveva il "*potere*" di gratificare il malato, e questi il "dovere" di lasciarsi gratificare.
Il paternalismo risale a tempi antichissimi tanto nella vita familiare, quanto in quella politica, religiosa e medica, ma il termine pare sia entrato nell'uso soltanto intorno al 1880.
Oggi, viviamo in una società complessa, assoggettata al dominio della tecnica, dell'economia e della burocrazia, dove è sempre più ridotta la distanza tra ricerca scientifica, industria, marketing sanitario, profitto, leggi e pratica medica.
L'esistenza delle persone è diventata sempre più un bene economico, caratterizzata dalla mancata condivisione di "valori" etici comuni, e dall'enfasi sui diritti, i desideri, i bisogni e i progetti individuali degli esseri umani, non accompagnata da altrettanto interesse per i doveri.
La segmentazione delle competenze specialistiche e sub-specialistiche, e i progressi della tecnologia e delle conoscenze scientifiche, hanno fatto sì che *la medicina fosse sempre meno personalistica*.
Il medico curante di Bismarck non potrebbe più dichiarare: "*Quando sono con il mio paziente, è come se fossimo noi due soli su un'isola deserta*". Quell'isola è occupata da una moltitudine di attori e di comprimari diversi!
Oggi più medici "*diagnosticano e curano le malattie di una persona, le guariscono spesso e/o ne facilitano la cronicizzazione, modificano la natura dell'Uomo, comunicano poco, e non consolano i pazienti che, peraltro,… non chiedono di essere consolati*".
E delle conseguenze delle loro scelte devono darne conto ai malati, ai colleghi, ai manager aziendali, agli economisti, alla politica e alla società.
La *sfida della complessità* ha comportato anche in medicina l'irruzione del probabilismo e delle incertezze, lo sgretolarsi dell'illusione dell'onniscienza e l'inizio della "*crisi del paradigma" della neutralità etica della scienza e della medicina*.
Quella costellazione di credenze, teorie e valori, condivisi per secoli, sull'innocenza della scienza e della medicina, *è entrata in crisi dopo* l'orrore della scoperta dello sterminio di massa di ebrei, zingari, omosessuali, avversari politici e minorati psichici nei campi di concentramento voluti da Hitler, e delle criminali pseudo sperimentazioni compiute dai medici nazisti su alcuni prigionieri.
E anche i fisici atomici hanno perduto l'innocenza dopo l'esplosione delle prime bombe nucleari a Hiroshima e Nagasaki.
"La scienza non esiste mai allo stato puro, si comincia a pensare in quel periodo, proprio perché è inseparabile dagli interessi economici, sociali e politici, ha scritto Diego Gracia, (...). Dietro *il sapere* c'è sempre *un potere* e, quando si uniscono questi due fattori aumentano la potenzialità, tanto nel portare un frutto quanto nel costituire un pericolo.
Per questo deve fare opera di mediazione tra di loro un'altra istanza non meno radicale: quella del "*dovere*" (della deontologia), che ai nostri giorni ha assunto un'importanza nuova, assolutamente inedita".

1. Il Codice Deontologico e le leggi

I cambiamenti avvenuti nella società, nella

cultura, nel costume, nella vita organizzata dell'uomo e nella sanità del secolo scorso, non potevano non avere riflessi e conseguenze sulla deontologia professionale del medico.
Etimologicamente *la deontologia* è la "*scienza di che cosa si deve fare, la scienza del dovere*", ma con l'aggiunta dell'aggettivo "*professionale*", essa si riferisce ai doveri etico-sociali inerenti l'esercizio di una professione; disciplinata dal legislatore in quanto di rilevante interesse per la collettività, com'è il caso di quella medica.
La deontologia, intesa come *il complesso delle norme di comportamento etico-sociale*, era rimasta priva per molti anni di gran parte della regolamentazione legale primaria, e il legislatore aveva lasciato alla categoria la possibilità di autogovernarsi ed auto organizzarsi entro l'ambito di alcune linee di indirizzo, sia per i libero professionisti che per gli occupati.
Anche se, in pratica, era difficile porre una netta linea di separazione fra i comportamenti tecnici, e non tecnici (oggetto questi ultimi della deontologia), si riteneva che la deontologia facilitasse anche un migliore svolgimento dei primi che, peraltro, erano relativamente poco aggressivi, in un esercizio professionale che, coinvolgendo interessi privati e rapporti di carattere intimo esigono comportamenti improntati alla qualità morale del professionista.
Questa *pacifica convivenza* tra le norme extragiuridiche del Codice e le leggi, è perdurata almeno fino agli anni Novanta del secolo scorso.
Cioè fino a quando quelle norme, ancora eredi dei galatei dell'800, erano state "strumenti del decoro professionale e della garanzia reciproca tra i membri della corporazione e i cittadini" o, nel 1958, avevano rappresentato "un monito magistrale rivolto ai medici da illustri e prestigiosi clinici e medici legali, ricchi di scienza e di cultura umanistica", e, infine, con la riforma sanitaria del 1978, quando avevano registrato "il profondo cambiamento provocato dalla medicina socializzata sul tradizionale modo d'essere della professione medica, e le crescenti e diverse esigenze pubbliche, cogenti anche per il libero professionista".
A partire dagli anni Novanta, le leggi hanno interferito sempre più pesantemente sulla deontologia dei medici, nonostante che *gli ordini abbiano profuso un impegno crescente nella stesura delle singole norme, nel rispetto degli articoli della Costituzione, e della Convenzione di Oviedo del 1997, al fine di ricostruire responsabilmente una relazione tra medico e malato fondata sul principio della "beneficialità nella fiducia", in una medicina tecnologica divenuta sempre più efficace, rischiosa e imprevedibile.*
In uno scenario di cura nel quale il cittadino ha un ruolo attivo, e la tecnica ha accresciuto *il potere del medico di fare, la condotta professionale di quest'ultimo non può rifugiarsi soltanto nell'etica dell'intenzione*, custodita nell'interiorità della coscienza, ma deve essere capace di garantire l'equità e la libertà della persona che ha in cura, e ricercarne *il bene* come effetto ultimo delle sue responsabilità etiche.
Il bene del paziente, ha scritto E. Pellegrino, non è un concetto monolitico, ma si compone di quattro elementi (commisti tra loro), che il medico deve rispettare 1. *Il bene biomedico*. 2. *Il bene percepito dal paziente*. 3. *Il bene del paziente in quanto persona*. 4. *Il bene supremo, secondo cui il paziente decide le sue scelte*.
Il medico ha avuto da sempre il dovere di aiutare il malato a continuare a vivere, evitando di sottoporlo a cure possibili ma ormai inutili, ma anche di "tenere in considerazione" le sue volontà, accertandosi, per il suo bene, che siano certe, autonome e consapevoli.
Una "religiosità" umana, laica e profana, indispensabile in ogni medico, indipendentemente dalla fede professata, presuppone il rispetto della storia personale del malato, del morente e del defunto, e il netto rifiuto, in tema di fine della vita, della distinzione tra medici appartenenti a un sedicente "partito della vita". e presunti "cultori della morte".
La medicina è una prassi che non fa distinzione tra confessioni o agnosticismo, ateismo o fede, quando afferma senza incertezze che l'uccisione diretta e volontaria di un essere umano è sempre gravemente immorale (G. Cosmacini).
La fede e la religione legittimamente possono aspirare a svolgere una funzione e un ruolo pubblico significativo, ma in uno stato democratico non possono condizionare, in modo dettagliato e coattivo, la relazione terapeutica con il malato, e minare l'alleanza terapeutica tra medico e assistito.
Se si vuole perseguire una conciliazione reale, e non meramente verbale, tra la difesa della dignità del malato, perché persona umana, e l'autonomia della professione, e mantenere

un doveroso controllo sociale sui risultati della ricerca scientifica, è necessario operare con umiltà e rinunciare all'orgoglio dei principi.
Forse "*le distanze tra un'etica religiosa in tormentata dinamica, e un'etica laica incapace di fornire certezze*", *apparirebbero meno grandi*, scrisse U. Scarpelli, *se riconoscessimo come fondamento deontologico dell'operare del medico "un'etica basata più sui casi e contesti che sui principi", e più vicina alla coscienza morale e alla sensibilità comune.*
"*A nostro avviso, hanno scritto M. Schiavone e R. Ciliberti, per risolvere concretamente i problemi dell'etica medica bisogna rinunciare senza remore alla meta-bioetica, lasciandola al suo legittimo ruolo di speculazione filosofica*".

2. Dal metodo clinico alla tecnoprassi
Con la Dichiarazione dei diritti dell'Uomo dell'ONU del 1948, finiva ufficialmente la *preistoria* della solidarietà umana, dell'equità, dei diritti-doveri dell'uomo, della libertà e della legalità, iniziata nel '700, e aumentava la consapevolezza che l'*era dei diritti umani* avrebbe modificato la struttura portante della società moderna.
L'affermazione che l'uomo – anche quello malato – aveva il diritto di vedere riconosciuta una propria autonomia, e di partecipare alle decisioni cliniche che riguardavano la sua vita, non poteva non incidere e modificare il rapporto tra il medico e la persona assistita.
Per la prima volta si incontravano, e si scontravano, la rivendicazione *dell'autodeterminazione del cittadino* e l'*autonomia* e l'*indipendenza del medico*, che solo il dialogo, l'informazione e la comunicazione possono conciliare.
L'insindacabilità dell'autonomia delle persone malate, cara a un'ideologia libertaria, se intesa alla lettera è poco più di una figura retorica, per difetto di elementi di giudizio derivabili dalle informazioni, e per l'emotività e l'ansia che accompagnano uno stato morboso e, in carenza di informazioni anche l'*alleanza terapeutica* diviene illusoria, fittizia e declamatoria.
L'informazione, "l'esposizione al paziente di certezze e di ipotesi diagnostiche e prognostiche, di programmi o di indirizzi terapeutici, e talvolta di ansie e di speranze, è ormai espressione di crescita del dialogo tra medico e persona assistita, quale segno di una rivoluzione culturale, connotata e sostenuta dall'intervenuta dimensione etica, pubblica e politica della medicina" (M. Barni).
Essa non si esaurisce nella firma, pur importante, di *un modulo di consenso informato*, che è nato prima nelle aule dei tribunali che nelle corsie ospedaliere, e che tuttora s'interroga su quali e quanti dati debbano esservi contenuti.
E anche l'ingresso della tecnologia nelle diagnosi e nelle terapie, con il ridimensionamento del metodo clinico al letto del malato, ha finito col rendere più problematica la *relazione terapeutica* tra i due attori, nelle vicende concernenti la salute e la malattia.
La tecnologia, infatti, ha reso più acuto un problema cruciale della medicina scientifica occidentale: come conciliare la necessità del medico di oggettivare il processo morboso del sofferente, secondo un approccio *disease oriented*, per potere utilizzare le conoscenze mediche acquisite con l'insegnamento, con un rapporto *patient oriented*, che consiste in una *relazione, agita e non insegnabile*, con il malato, un essere umano che non è una realtà data per natura, predeterminata e immodificabile, ma un poter essere nel mondo con la propria personalità e il proprio modo di concepire la malattia e la vita.
Fino alla metà del secolo scorso la formazione del medico era fondata sulla *semeiotica*, il rilevamento dei segni (alterazioni obbiettive), e dei sintomi (sensazioni soggettive delle persone) e del loro collegamento con le alterazioni anatomiche e fisiopatologiche che li avevano provocati, e infine sulla *patologia*, come classificazione delle malattie, più volte cambiata nel corso dei secoli.
L'anamnesi e l'esame fisico, condotti secondo regole codificate, costituivano i mezzi a disposizione del *clinico* per giungere a una possibile diagnosi, con l'ausilio di poche indagini strumentali e di laboratorio, mentre il bagaglio terapeutico disponibile era ancora relativamente modesto.
Il curante, tuttavia, aveva il tempo di valutare l'evoluzione di una malattia, oggi sottratto al medico ospedaliero dalla necessità di degenze brevi e appropriate, per ragioni economiche, in conformità a "raggruppamenti omogenei di diagnosi" (DRG).
La *fisicità* del rapporto aveva un significato altamente comunicativo ed empatico, e costitui-

va una componente terapeutica efficace in una relazione umanamente positiva tra il malato e il medico.
In questi ultimi cinquant'anni il "potere" della medicina tecnologica ha progressivamente allontanato i medici dai malati.
Ha osservato un Clinico illustre: "*Mio nonno visitava il malato con l'orecchio appoggiato sul torace, mio padre con lo stetoscopio, io con il fonendoscopio e mio figlio con l'ecografo*".
Nessun medico, tuttavia, in un momento di grande avanzamento della tecnologia strumentale, potrebbe rinunciare alle preziose e immediate informazioni consentite dalla possibilità di "guardare dentro" il corpo umano, e/o di rilevare in fase pre-sintomatica, malattie nelle quali la funzione alterata non è espressa in termini di sufficiente evidenza clinica, ma soltanto mediante reperti anomali strumentali e di laboratorio.
I medici, infatti, hanno a disposizione apparecchiature strumentali e di laboratorio, in continua evoluzione, che consentono livelli di affidabilità e di accuratezza diagnostiche prima impensabili, e farmaci sempre più efficaci e selettivi per la cura delle malattie.
Ma dovrebbe anche essere preparato a conciliare la fiducia (spesso troppo acritica e precipitosa), che ripone nei dati biochimici e fisiopatologici che ottiene, avendo consapevolezza dei loro limiti nella distinzione tra soggetti "normali" e "non normali", e a dare importanza alla raccolta delle informazioni cliniche al letto del malato come punto di partenza per l'organizzazione del pensiero diagnostico.
La medicina moderna è in grado di modificare la *naturalità* del modo di nascere, di prevenire alcune malattie ereditarie, di rimediare alla sterilità di una coppia, di rianimare persone che pochi anni orsono non sarebbero sopravvissute agli insulti di un trauma grave o di un episodio acuto, di ridurre le sofferenze e prolungare l'agonia di una morte annunciata, e di mantenere a lungo, in una condizione di *quasi vita*, soggetti ormai privi irreparabilmente di vigilanza e coscienza nei confronti del mondo esterno.
Oggi, poi, i cittadini pongono sempre più frequentemente all'attenzione del medico *problemi e disturbi soggettivi*, fisicamente non rilevabili, e oltre a reclamare un confronto con il medico tra il loro *modello profano* di malattia e i quadri della nosologia clinica, non mancano di proporgli l'effettuazione di esami strumentali ai quali ritengono di "avere diritto", indipendentemente dalla loro pertinenza logica nei confronti di quel "caso" specifico.
Convivono, infatti, nell'immaginario collettivo una "mentalità tecnologica" dalla quale ci si attende una sopravvivenza illimitata, un' istintiva insofferenza nei confronti di un medico che pare voglia risparmiare ingiustamente sulla salute dei suoi assistiti e, insieme, la nostalgia per un medico del passato generoso del suo tempo e della sua empatia.
Dopo la definizione molto ampia dell'Oms, la *cultura della salute benessere* sconfina spesso in un *salutismo* consumistico e ammiccante che esalta il diritto alla felicità, rifiuta la malattia, promette un corpo scultorio, sollecita canoni di bellezza omologanti, un giovanilismo perenne e una sessualità prometeica.

3. Dal paternalismo carismatico del medico a quello burocratico delle leggi

Nel XX secolo, dopo il trionfo della medicina sperimentale nell'Ottocento e nella prima metà del Novecento, la riflessione filosofica tornerà a occuparsi della medicina, sollecitata dalle ricerche dei sociologi sui suoi rapporti con la società, dalla comparsa di valutazioni economiche nelle decisioni del medico, dagli enormi progressi della tecnologia, e dalla nascita della riflessione bioetica, come una nuova disciplina.
Le concezioni *fallibilistica e neo-positivistica* popperiana, e quella *post-positivistica (o postempiristica)*, di Kuhn, Lakatos e Feyerabend, relative all'epistemologia della scienza, sono state importanti per farci comprendere che le *verità scientifiche* non sono assolute, ma sempre *rivedibili e correggibili, settoriali e parziali*, ma non hanno aiutato il clinico a risolvere il vero problema posto dalla pratica medica, che è quello di un rapporto terapeutico finalizzato a cercare di risolvere i problemi di salute di una singola persona.
Oggi quella relazione è divenuta anche più complessa e difficile.
Fino alla metà del secolo scorso prevalse la convinzione che solo il clinico fosse in grado di stabilire i mezzi e i fini dell'atto medico per

il bene del malato, che la medicina fosse una semplice scienza naturale, e che i *giudizi di valore* non avessero alcun rilievo nelle sue decisioni.
Sino allora, ad esempio, il medico aveva ritenuto di non doversi preoccupare del rapporto rischio e costo/beneficio delle sue decisioni, divenuto anch'esso un valore in una sanità pubblica con risorse economiche limitate e costi esponenzialmente crescenti.
Soltanto il Codice deontologico del 1998, e non senza resistenze e difficoltà, richiamerà l'attenzione dei medici su questo tema.
Nel 1992 la proposta di D. Sackett di un'*Evidence Based Medicine* (EBM), che intendeva favorire "*l'integrazione della competenza clinica individuale con la migliore evidenza disponibile proveniente da ricerche sistematiche*", fu salutata da alcuni come una soluzione per risolvere il problema dell'uso razionale e appropriato delle risorse, e messa in discussione da altri.
Anche *la bioetica*, introdotta nel 1970 dall'oncologo tedesco Van R. Potter, come lo "*studio dei problemi etici derivati dai recenti sviluppi della biologia e della medicina*", ha stimolato un crescente interesse in ambito filosofico e anche medico sui tanti temi di cui si è occupata: dall'eutanasia all'aborto, dallo statuto dell'embrione all'accanimento terapeutico, dalla natura della persona umana al rispetto che gli si deve, fino alla sperimentazione animale e a quella sull'uomo.
Ma ha anche creato allarme nella professione perché, se da un lato ha richiamato l'attenzione sui diritti umani nell'area biomedica, dall'altro rischia di rappresentare un freno o un ostacolo alla libertà dei cittadini, all'autonomia responsabile del medico e alla ricerca scientifica.
Soprattutto, quando alcuni suoi cultori hanno chiesto al legislatore, con intransigenza, di adeguare le norme alle loro indiscutibili "verità" morali, frutto di una legittima riflessione meta-bioetica, e di filosofia morale.

Il risultato è stato che al *paternalismo medico, che non era un processo basato sulla forza, ma su una mescolanza di dominazione e signoria, di necessità e di liberalità espresse con stile e atteggiamento morale* nei confronti del malato, si è andato sostituendo sempre più frequentemente, il *paternalismo burocratico* di leggi intese a restringere, sotto il profilo morale, le competenze tecniche del medico e la libertà e autonomia dei cittadini sui temi eticamente sensibili.
La volontà coercitiva del legislatore si propone di obbligare il sanitario a obbedire all'ordine impersonale di norme universali, incurante che "*ogni decisione clinica, come osservava E. Pellegrino, è un evento conclusivo e unico, perché (tale evento) non può rimanere per sempre aperto e perché non è universalizzabile*".
In una democrazia i cittadini, e anche i medici sono cittadini, per dirla con Popper, hanno: "*bisogno di libertà per evitare gli abusi del potere dello Stato*", senza essere costretti a rifugiarsi in una medicina difensiva, positiva o omissiva che sia, e del pari, hanno "*bisogno dello Stato per evitare l'abuso della libertà*",
Le decisioni *tecnico-empiriche* dei medici oggi non possono sfuggire a un confronto *dialettico-morale* tra i valori dell'indipendenza della professione e quelli dell'autodeterminazione del cittadino.
Il medico ha, infatti, il dovere di informare, e soprattutto di dialogare e di comunicare con il malato, *per "aiutarlo" ad essere autonomo*, senza edulcorare la realtà, ma anche evitando di privarlo della speranza con l'enunciazione brutale di verità desunte dalla statistica epidemiologica.
Abbiamo, infatti, chiesto al Parlamento leggi contenenti un "minimum etico", perché *il dovere del medico* nei confronti dei modi di nascere, di curarsi e di morire delle persone che assiste, non può essere sottomesso all'autorità di agenti esterni che, in base al mutare delle maggioranze politiche potrebbero incriminare oggi chi, magari, sarà assolto domani.

Anche nell'anno 2011, come nei due anni precedenti, il Bollettino dell'Ordine ospiterà articoli di Storia della medicina bolognese. Un contributo importante è stato dato dai colleghi Nicolò Nicoli Aldini e Paolo Scarani. Con il nuovo anno anche altri esperti di specifici settori della medicina vi parteciperanno. In questo numero Renato Pasquali e la sua collaboratrice Federica Guaraldi ci presentano un inedito Marcello Malpigli, scopritore forse inconsapevole di due ordini di ghiandole, a secrezione esterna ed a secrezione interna.
A tutti i collaboratori rivolgo un vivo ringraziamento, consapevole con loro che l'evoluzione della scienza non può prescindere dalla conoscenza delle scoperte e delle conquiste del passato.

Alessandro Ruggeri

La storia dell'Endocrinologia: Marcello Malpighi e le prime osservazioni sull'anatomia microscopica delle ghiandole endocrine

Federica Guaraldi e Renato Pasquali

L'Endocrinologia è una disciplina specialistica gemmata dalla Medicina Interna la cui origine è relativamente recente. In realtà, esiste una serie di importanti figure di medici e scienziati che, fin dagli albori della medicina scientifica, hanno in qualche modo creato le premesse per lo sviluppo della disciplina che ha avuto i suoi fasti nella prima metà del secolo scorso. Tra questi spiccano le personalità di Cesare Taruffi, Nicola Pende, Giacinto Viola, Antonio Gasbarrini, Guido Domenico Campanacci, ed altri, i quali hanno dato lustro alle Scuola medica bolognese.
È così che la storia dell'Endocrinologia parte da lontano, quando nel XVI secolo, le Accademie, istituzioni dedicate alla ricerca e al dibattito su temi scientifici nell'ambito delle diverse discipline e aperte alle nuove idee provenienti da altre realtà italiane ed europee, si affiancarono ai corsi ufficiali universitari, permettendo un rapido progresso scientifico a Bologna. Tra queste, il Coro Anatomico, fondato da Bartolomeo Massari nel 1650, al quale aderì, agli inizi della carriera medica, Marcello Malpighi (1628-1649). In quegli anni il pensiero medico bolognese era ancora fortemente influenzato dalla dottrina ippocratico-galenica. Numerosi esponenti del corpo accademico ne rivendicarono la supremazia intellettuale e si opposero tenacemente alla pratica settoria condotta dal Coro su animali e cadaveri umani, reputata inutile per la comprensione dell'anatomia.
Furono proprio le persecuzioni da parte dei suoi oppositori in ambito accademico a costringere Malpighi a trasferirsi prima a Pisa, poi a Messina e a Roma. A Pisa entrò a far parte dell'Accademia del Cilento dove apprese ad utilizzare il microscopio, uno strumento grazie al quale, negli anni seguenti, riuscì a definire l'anatomia normale e patologica di diversi organi.
Oltre ai più rinomati studi sull'anatomia e fisiologia dei polmoni, dei reni e del sistema nervoso, nel 1688 Malpighi pubblicò il trattato *De structura glandularum conglobatarum consimilique partium*, dedicato alle ghiandole. Esse furono definite come organi costituiti ubiquitariamente da una porzione acinare secernente e da un sistema di dotti a calibro crescente atti a trasportare le secrezioni negli organi cui sono destinate. Punto cardine della teoria malpighiana sulla secrezione ghiandolare fu il follicolo (unità costitutiva della porzione acinare), il quale, da un lato, era continuo al dotto secretore e, dall'altro, alle ultime biforcazioni di arterie, vene e nervi, in tal modo partecipando alla modificazione della composizione del sangue che lo attraversava, arricchendolo quindi di secreto ghiandolare.
Malpighi ipotizzò quindi che l'origine delle malattie non dipendesse soltanto da alterazio-

ni nella qualità e quantità degli umori, ma anche dalla costituzione del sangue, il quale, circolando nei capillari, regolava con la sua composizione le caratteristiche delle secrezioni dei diversi organi. Se lo sfogo naturale degli umori fosse stato per qualche ragione ostacolato o impedito (ad esempio per anomalie vasali), esse avrebbero ristagnato, formando edemi e tumefazioni, a loro volta responsabili dell'infiammazione dei vasi, quindi dell'amplificazione della lesione organica. Seppure non fosse giunto alla distinzione tra ghiandole esocrine ed endocrine, egli comunque sottolineò la difficoltà riscontrata nel reperire il dotto escretore e l'organo bersaglio della secrezione di alcune ghiandole, quali ipofisi, tiroide, testicoli e surreni.

Fu, infine, il primo ad identificare la presenza di due zone distinte nel surrene, ai tempi definito "ghiandola renale succenturiata" poiché ritenuto responsabile della secrezione di un secreto litolitico capace di prevenire la formazione di calcoli renali. Egli descrisse chiaramente una zona ghiandolare esterna, a presunta funzione secernente, e una più interna, con struttura difficilmente definibile, caratterizzata da una fittissima vascolarizzazione e innervazione, che suppose essere implicata nella escrezione delle secrezioni surrenali nelle vene renali.

A dimostrazione delle innovazioni importanti ed inaspettate per l'epoca, un suo contemporaneo definì Malpighi il "Colombo del microcosmo". Spostando l'attenzione dalla dimensione macroscopica a quella microscopica, egli riuscì infatti a identificare nuove strutture anatomiche che permisero la comprensione del funzionamento di importanti organi e sistemi, tra cui le ghiandole che successivamente sarebbero state definite "endocrine". L'affinarsi delle tecniche settorie e la possibilità di analizzare la microstruttura degli organi offerta dal microscopio condussero nel XVIII secolo alla nascita della corrente "organicista", la quale, partendo dal presupposto che le cause delle malattie fossero alterazioni organiche specifiche, asseriva l'imprescindibilità della clinica dalla pratica autoptica. Uno dei suoi maggiori esponenti fu Giovan Battista Morgagni (1682-1771), il quale si dedicò con grande passione allo studio delle ghiandole, confermando e ampliando le osservazioni condotte da Malpighi.

Bibliografia

1. Bernabeo R.A., D'Antuono G., *La Scuola Medica di Bologna*, Ed. CLUEB, Bologna, 1988.
2. *De structura glandularum conglobatarum consimiliumque partium epistola*. Regiae Societati Londini. London, 1689.
3. L. Belloni. *Opere scelte di Marcello Malpighi*. UTET, Torino,1967.
4. Campieri C. Persici E. Stefoni S. *Marcello Malpighi and his academic opponents in Bologna*. J Nephrol. 2004; 17:625-8.
5. Scarani P. Salvioli GP. Eusebi V. . Am J Surg Pathol. 1994; 18:741-6.

Foto di copertina

Ritratto di Marcello Malpighi esposto nel Rettorato dell'Università degli Studi di Bologna. (Proprietà: Quadreria dell'Università di Bologna).

Santa Apollonia

Andrea Dugato

"Tutti si gettarono sulle case dei cristiani: ognuno entra presso di quelli che conosce, presso i vicini, saccheggia e devasta; portano via nelle pieghe delle vesti tutti gli oggetti preziosi, gettano via o bruciano le cose senza valore. Si sarebbe detta una città presa e saccheggiata dal nemico... I pagani presero poi l'ammirabile vergine Apollonia,le colpirono le mascelle e le fecero uscire i denti".

Grazie ad Eusebio di Cesarea che nella sua "Historia Ecclesiastica" riporta un brano di una lettera (dell'anno 249) del vescovo DIONIGI di Alessandria indirizzata a FABIO, vescovo di Antiochia, abbiamo questa drammatica testimonianza del martirio di Sant'Apollonia.

Questa narrazione è ancora oggi più attuale e terrificante perché è recente il grido di monsignor Georges Casmoussa, arcivescovo siro-cattolico di Mosul, che dice che per la comunità cristiana è una vera catastrofe umana e religiosa dopo aver celebrato i funerali dei due sacerdoti uccisi insieme ad altre 56 persone nell'attacco alla chiesa della capitale irachena.

Apollonia fu fatta santa e la sua festa è il 9 febbraio. Il culto di Sant'Apollonia si sviluppò rapidamente per il fatto che le affezioni dentarie erano molto diffuse. Fu subito invocata come la protettrice contro il mal di denti ed è la patrona dei dentisti.

È rappresentata generalmente in aspetto giovanile,con gli attributi generici del martirio e con quello specifico delle tenaglie e di un dente che alludono alla sua passione. Fra le sue rappresentazioni più significative ricordiamo: un dipinto del 1400 dove è raffigurata con Santa Chiara presso il museo di arte antica a Lisbona, un dipinto di Piero della Francesca al National Gallery of Art di Washington, un altro di Antonio Vivarini all'Accademia di Belle Arti di Bergamo, un dipinto di Horenbault presso l'Osterreichische Nationalbibliothek di Vienna, un altro ancora di Zurbaran al Louvre, un Flaminio Torre al Staatliche Kunstsammlungen a Dresda, un Guido Reni al museo del Prado a Madrid, un Caspar de Crayer al Musée Royaux des Beaux-Arts di Bruxelles. La particolare popolarità della Santa è provata dalle sue numerose rappresentazioni nell'arte grafica dagli incunaboli silografici e calcografici fino alle immagini di devozione settecentesche.

A Bologna presso la Pinacoteca Nazionale possiamo ammirare uno splendido dipinto di Ambrogio Saraceno raffigurante Sant'Apollonia che regge le tenaglie nella mano destra. Il dipinto, databile negli anni 1488-1490, si trovava nella chiesa di San Giuseppe di Galliera.

Sempre a Bologna esiste una chiesa di Sant'Apollonia in via dell'Osservanza. A mezza salita (mezza ratta) salendo verso il colle sulla destra troviamo appunto la chiesa di Sant'Apollonia di Mezza Ratta. La chiesa risalente al 1400 era vicina a una postazione d'appoggio che serviva ad accogliere i condannati a morte la cui esecuzione avveniva nelle vicinanze. Accanto alla chiesa c'era un edificio dove i confratelli della Compagnia del Buon Gesù si dedicavano al sostegno e conforto dei condannati.

Quasi di fronte alla Chiesa, precisamente al numero 66, ha abitato fino alla sua scomparsa uno dei più grandi docenti di odontoiatria dell'ateneo bolognese: il professore Aimone Brunetti, autore alla fine degli anni Cinquanta del libro "Elementi di Protesi Dentaria Mobile".

Lo studio della iconografia della Santa ci ha anche informato sulle pratiche dentistiche nella storia. Apollonia è infatti rappresentata con pinze assai diverse: alcune non molto differenti dalle attuali, altre rassomiglianti alle tenaglie di un fabbro.

Chiarimenti sulla Circolare Ministeriale n. 124 del 29 maggio 2010 sull'impiego di apparecchiature TC volumetriche "Cone Beam"

Gino Ghigi

Con stupore leggo sul numero 10 del Bollettino Notiziario di ottobre dell'Ordine dei Medici chirurghi e degli odontoiatri di Bologna la nota sulle raccomandazioni ministeriali per l'impiego corretto delle apparecchiature TC volumetriche "Cone beam".
Lo stupore nasce dal contenuto dello scritto che riferisce considerazioni personali e anche critiche della Circolare ministeriale senza che questa venga portata a conoscenza ed il tutto al fine di incentivare una nuova tecnologia radiologica nell'ambito dei propri studi professionali.
Il documento ministeriale è stato sollecitato dalla SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica) ed è stato messo a punto da un'apposita commissione a cui hanno dato il proprio contributo le principali società scientifiche al fine di razionalizzare l'utilizzo di queste nuove apparecchiature radiologiche. Recentemente infatti sotto la spinta dell'industria alcuni studi odontoiatrici si sono dotati di apparecchiature TC cone beam per eseguire direttamente indagini radiologiche. Tali indagini che sono normalmente prerogativa del radiologo possono, in taluni casi, essere eseguite anche da medici non specialisti in radiologia nell'ambito dell'attività complementare. Tale attività tuttavia richiede, come noto, alcune condizioni e requisiti temporali e funzionali tali da risultare l'indagine contestuale, integrata ed indilazionabile rispetto alla visita clinica.
Le apparecchiature cone beam erogano certamente una dose di Raggi X ridotta rispetto alle apparecchiature TC tradizionali anche se recentemente le ultime macchine spirali e multislice hanno ridotto notevolmente tempi di esposizione e dose avvicinandosi alle cone beam. Nel confronto dosimetrico occorre inoltre tener conto delle radiazioni diffuse prodotte dal fascio a cono rispetto a quello a ventaglio.
Attualmente esistono in commercio molte apparecchiature che si differenziano soprattutto per il FOV cioè il campo di visualizzazione: ciascuno di questi apparecchi eroga una differente dose a livello degli organi critici e può essere impiegata per diversi utilizzi nell'ambito delle varie patologie. In definitiva la problematica proteximetrica appare assai più complessa di quanto possa apparire dalle considerazioni riportate sulla nota apparsa sul Bollettino. Trovo anzi scorretto riportare considerazioni dosimetriche basate su un solo articolo scientifico del 2006 a scopo divulgativo e con l'intento di minimizzare l'effetto potenzialmente nocivo delle radiazioni ionizzanti.
Per ultimo vorrei sottolineare che l'utilizzo di apparecchi di II livello quali le TC deve prevedere un'adeguata preparazione professionale degli operatori medici al fine di realizzare indagini di buona qualità e di interpretare in modo corretto patologie, anche al di fuori dell' apparato dentario, che possono evidenziarsi sulle immagini di TC.
Con queste premesse riporto di seguito il contenuto integrale della circolare ministeriale apparsa sulla G.U. il 29 maggio 2010, frutto di intenso ed equilibrato lavoro, affinché un'attenta lettura faccia comprendere il significato del documento e serva da guida al comportamento nei confronti dei nostri pazienti la cui salute dovrà essere sempre l'obiettivo primario.

Raccomandazioni per l'impiego corretto delle apparecchiature TC volumetriche "Cone beam" (10A06042) (G.U. Serie Generale n. 124 del 29 maggio 2010)

Premesse

L'obiettivo delle seguenti raccomandazioni è di fornire indicazioni per assicurare ai pazienti appropriate e adeguate prestazioni connesse all'uso della tecnologia TC volumetrica "Cone beam", in attuazione delle previsioni del comma 1 dell'art. 6, del decreto legislativo n. 187/2000, al fine di evitare la possibilità di esecuzione di esami inappropriati o non ottimizzati.

Descrizione della tecnologia

La TC volumetrica "Cone beam" è una particolare apparecchiatura Tomografica Computerizzata caratterizzata dall'acquisizione di tutto il volume da indagare in un'unica rotazione del complesso sorgente radiogena-rivelatore, grazie a un rivelatore ad ampio sviluppo bidimensionale, che in passato era costituito da un IB (intensificatore di brillanza) sostituito in seguito, in quasi tutte le apparecchiature, da un rivelatore allo stato solido.

Il rivelatore può avere una superficie rotonda o rettangolare di varie dimensioni; sono ora in uso apparecchi con campi di acquisizione che variano da un diametro massimo di circa 30 cm fino a pochi cm quadrati di superficie.

Questo tipo di apparecchiatura è stata all'origine sviluppata in ambito radio-terapico, ma ha avuto una concreta applicazione clinica e una recente rapida diffusione nel campo della diagnostica odonto-maxillo-facciale. Altre applicazioni sono state sviluppate su sistemi radiologici con "arco a C" in ambito ortopedico o angiografico-interventistico.

Attualmente le TC volumetriche «cone beam» hanno la loro principale applicazione e diffusione come apparecchiature dedicate allo studio delle strutture odonto-maxillo-facciali.

Qualità radiologica e rischi di esposizione

La tecnica TC volumetrica "Cone beam", grazie alla maggior capacità di risoluzione dei rivelatori utilizzati e all'elevato contrasto intrinseco delle strutture ossee, consente di ottenere immagini di buona qualità di tali strutture con dosi al paziente inferiori a quelle somministrate abitualmente, con i parametri convenzionali, da apparecchiature TC tradizionali (a parità di volume irradiato da 5 a 20 volte inferiore). Correttamente, pertanto, la tecnica TC volumetrica "Cone beam" non risulta basata sull'utilizzo di apparecchiature a bassa dose, ma sfrutta piuttosto metodologie a bassa dose ovviamente limitate, in relazione al basso contrasto naturale, nell'effettuazione di misure della densità in modo accurato e nella loro possibilità di utilizzazione nello studio delle parti molli.

La dose efficace assorbita dai pazienti sottoposti ad esame odontoiatrico mediante TC volumetrica "Cone beam" (esame CBCT) risulta essere significativamente superiore a quella assorbita nel caso di esami con ortopantomografo o esami cefalometrici. Si veda a tale proposito la tabella in cui sono presentati i valori di dose efficace tipici per le procedure radiografiche dentali riportati dall'Agenzia Internazionale per l'Energia Atomica (IAEA).

Da quanto sopra esposto, risulta evidente come, al fine dell'utilizzo della tecnica "Cone beam" per le diverse situazione cliniche, sia richiesta un'attenta analisi dei suoi vantaggi e limitazioni, non potendo in nessuno caso essere minimizzati i rischi di esposizione alle radiazioni ionizzanti prodotti da tali sistemi, prendendo erroneamente a presupposto che la dose da essi impartita possa essere considerata trascurabile. Nei principi che stanno alla base della radioprotezione, infatti, nessuna dose è di per sé trascurabile, in quanto per ogni esposizione sussiste sempre il rischio di possibili lesioni per effetti di tipo stocastico, che sebbene in termini di probabilità di insorgenza presentano una relazione diretta con la dose, rispetto alla gravità degli effetti risultano indipendenti dalla stessa, potendosi manifestare dopo tempi molto lunghi, come avviene per gli effetti ereditari o per lo sviluppo di neoplasie.

L'accettabilità dei rischi può essere considerata tale unicamente in relazione al rapporto rischio/beneficio valutato, per cui, tenuto conto anche dell'ampia variabilità della dose efficace impartita dalle diverse tecniche utilizzate, diventa fondamentale una scelta ottimizzata della tecnica impiegata.

La TC volumetrica «cone beam» deve essere effettuata nel pieno rispetto dei requisiti di giustificazione e deve essere gestita solamente da personale qualificato, opportunamente formato e con

adeguata esperienza, come richiesto dall'art. 7 del decreto legislativo n. 187/2000, anche ai fini della ottimizzazione dell'esame.

Indicazioni operative procedurali

L'utilizzo delle apparecchiature TC volumetriche "Cone beam" è di norma prerogativa dell'attività specialistica radiologica.

Le specifiche competenze del medico specialista radiologo, coadiuvato dal tecnico sanitario di radiologia medica, garantiscono infatti:

• la corretta esecuzione dell'indagine (precisione nel posizionamento, scelta dei migliori parametri di esposizione e di volume indagato) con garanzia di applicazione delle norme di radioprotezione e di rispetto dei principi di giustificazione e di ottimizzazione;

• l'utilizzazione di conoscenze diagnostiche radiologiche specifiche nella elaborazione e nella strutturazione di un report professionale;

• una diagnosi strutturata e completa.

Nel caso di utilizzo delle apparecchiature TC volumetriche "Cone beam" in attività radiodiagnostiche complementari per lo svolgimento di specifici interventi di carattere strumentale propri della disciplina specialistica del medico o dell'odontoiatra, non possono essere effettuati esami per conto di altri sanitari, pubblici o privati, né essere redatti o rilasciati referti radiologici, in quanto l'utilizzo di apparecchiature radiodiagnostiche in via complementare risulta essere ammesso limitatamente alle sole condizioni prescritte dal decreto legislativo n. 187/2000.

In via generale, pertanto, sono esclusi dalla possibilità di esecuzione in via complementare tutti gli accertamenti diagnostici svincolati da esigenze funzionali di ausilio per specifici interventi di carattere strumentale propri della disciplina specialistica; l'uso di tecnologie di supporti utilizzanti radiazioni ionizzanti risulta essere ammesso esclusivamente a condizione che siano soddisfatte tutte le previsioni fissate alla lettera b) dell'art. 2 del decreto legislativo n. 187/2000.

Risultano ammesse, in attività radiodiagnostiche complementari, solo le pratiche che per la loro caratteristica di poter costituire un valido ausilio diretto e immediato per lo specialista, presentino i requisiti funzionali e temporali di risultare "contestuali", "integrate" ed "indilazionabili" rispetto allo svolgimento di specifici interventi di carattere strumentale propri della disciplina specialistica.

Si deve intendere a tal fine, secondo l'uso comune, per "contestuale" tutto quello che avviene nell'ambito della prestazione specialistica stessa e ad essa direttamente rapportabile. La "contestualità" rispetto all'espletamento della procedura specialistica interessa pertanto sia l'ambito temporale in cui si sviluppa la prestazione strumentale, sia l'ambito funzionale direttamente riconducibile al soddisfacimento delle finalità della stessa prestazione.

Per risultare "integrato" l'uso della pratica complementare deve essere connotato dalla condizione di costituire un elemento di ausilio della prestazione stessa, in quanto in grado di apportare elementi di necessario miglioramento o arricchimento conoscitivo, utili a completare e/o a migliorare lo svolgimento dello stesso intervento specialistico di carattere strumentale.

Sotto il profilo temporale la pratica complementare deve risultare non dilazionabile in tempi successivi rispetto all'esigenza di costituire un ausilio diretto ed immediato al medico specialista o all'odontoiatra per l'espletamento della procedura specialistica, dovendo come prescritto dalla normativa risultare sotto tale profilo "indilazionabile" rispetto all'espletamento della procedura stessa, per risultare utile.

L'utilizzo delle apparecchiature TC volumetriche "Cone beam" deve prevedere:

• piena giustificazione dell'esame.

Tutti gli esami effettuati in attività di radiodiagnostica di ausilio al medico specialista o all'odontoiatra devono risultare giustificati singolarmente, e pertanto devono risultare correttamente valutati i potenziali benefici al paziente rispetto ai possibili rischi; a seguito di tale valutazione i vantaggi devono risultare superiori ai rischi, tenendo anche conto del possibile uso alternativo di tecniche che comportino una minore o nulla esposizione a radiazioni ionizzanti. Obbligo di preventiva acquisizione del consenso informato scritto.

In tale documento devono essere in modo facilmente comprensibile e chiaro portati a conoscenza del paziente i rischi connessi all'esposizione a fronte dei benefici attesi; il documento deve altresì contenere una relazione clinica a motivazione dell'effettuazione dell'esame e le altre informazioni riguardanti la giustificazione della pratica e l'indicazione della dose che verrà somministrata. Una copia del consenso informato, sottoscritta dal paziente, dovrà essere consegnata, controfirmata

dal medico specialista o dall'odontoiatra, allo stesso paziente, quale utile promemoria in relazione ad altri possibili accertamenti radiologici; l'originale dovrà essere conservato agli atti dal medico specialista o dall'odontoiatra:
• deve essere assicurata adeguata archiviazione e conservazione cartacea e/o informatica del consenso informato per un periodo di almeno 5 anni;
• devono essere assicurate l'archiviazione e la conservazione per un adeguato periodo, non inferiore a 5 anni di tutte le immagini realizzate con l'apparecchiatura (anche se di prova o per i controlli di funzionalità, di qualità ecc.);
• devono essere assicurate la registrazione e archiviazione su apposito registro, anche su supporto informatico, di tutti gli esami eseguiti, al fine di consentire le valutazioni delle esposizioni ai sensi dell'art. 12 del decreto legislativo n. 187/2000, nonché i relativi controlli da parte degli organi di vigilanza. Il numero totale delle esposizioni registrate dovrà corrispondere alla somma delle esposizioni risultante dal contatore dell'apparecchiatura;
• deve essere effettuata la consegna al paziente dell'iconografia completa dell'esame (anche in formato digitale) necessaria per eventuale comparazione con esami precedenti o successivi, oltre che per valutazioni da parte di altri specialisti, nonché per motivi medico-legali;
• l'effettuazione dell'esame per l'attività radiodiagnostica complementare dovrà essere assicurata direttamente da parte del medico specialista o dall'odontoiatra, opportunamente formato ed esperto, o anche, per gli aspetti pratici di esecuzione dell'indagine, avvalendosi del tecnico sanitario di radiologia medica;
• deve essere assicurata la verifica periodica della dose somministrata e della qualità delle immagini, avvalendosi della collaborazione di un esperto di fisica medica nell'ambito del programma di garanzia della qualità;
• deve essere effettuata una specifica formazione nell'utilizzazione della tecnologia nell'ambito dell'aggiornamento quinquennale di cui all'art. 7, comma 8, del decreto legislativo n. 187/2000.
L'impiego sempre più frequente di apparecchiature radiologiche, anche da parte di medici non specialisti in radiologia, in attuazione delle previsioni dell'art. 8 del decreto legislativo n. 187/2000, richiede da parte degli organi territorialmente competenti del Servizio Sanitario Nazionale un'attenta e regolare vigilanza sulle sorgenti di radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche, con verifica puntuale in particolare sulla adozione di adeguati programmi di garanzia della qualità, sulla corretta informazione al paziente, sulla verifica periodica della dose somministrata, sulla avvenuta registrazione e conservazione dei dati, quale efficace deterrente preventivo per assicurare un uso sempre giustificato ed ottimizzato e per scoraggiare, attraverso le previste sanzioni, esecuzioni non giustificate e inappropriate di esami radiologici sanitari, che sono in grado di provocare indebiti rischi alle persone e alla collettività, oltre che rappresentare uno spreco inaccettabile di risorse.

* * *

Elezione del Comitato di Indirizzo ONAOSI. Attivazione procedure elettorali

Gentile Presidente,
in conformità alle indicazioni del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, pervenute alla Fondazione con nota del 28/09/2010 prot. n. 24/II/18689, la Giunta Esecutiva O.N.A.O.S.I., ai sensi dell'art. 25 dello Statuto, con atto deliberativo n. 256 del 20.10.2010 ha attivato le **procedure elettorali** per l'elezione del Comitato di Indirizzo della Fondazione.
La presentazione delle liste dei candidati dovrà avvenire inderogabilmente entro il **12 gennaio 2011**. Il materiale di voto sarà inviato agli aventi diritto entro il **15 febbraio 2011**.
La scheda contenente l'espressione di voto dovrà pervenire alla Fondazione entro e non oltre le **ore 13.00 del 23 marzo 2011**.
Della attivazione e delle procedure elettorali è data notizia, oltre che sul sito www.onaosi.it, anche mediante comunicazione alle Federazioni Nazionali e alle Organizzazioni sindacali ammesse alla contrattazione per il rinnovo del CCNL della dirigenza medica veterinaria e della dirigenza sanitaria del SSN per il biennio 2008/2009 (ARAN) e di quelle ammesse alla contrattazione per il rinnovo

della Convenzione di Medicina Generale, di Pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale per il biennio 2008/2009 (SISAC), nonché con manifesti da inviare, per l'affissione nelle rispettive sedi, alle Pubbliche Amministrazioni tenute agli adempimenti relativi alla contribuzione obbligatoria alla Fondazione. Si allega copia di un manifesto, che riporta le notizie di cui sopra, con cortese invito a voler disporre l'affissione presso la rispettiva Sede e a dare, in ogni caso, la massima e capillare diffusione della presente tra i propri iscritti.
Nel ringraziare, si inviano di distinti saluti.

Il Presidente - Dr. Aristide Paci

* * *

Lo stress da lavoro diventa una malattia professionale

Lo stress da lavoro colpisce ormai quasi tutti e non è un fattore personale come alcuni credono, ma una vera e propria malattia professionale che riguarda ogni lavoratore, ma soprattutto ogni datore di lavoro che deve "monitorare" le varie situazioni per tutelare la salute dei propri dipendenti. Orari, turni, percorsi di carriera, la precarietà e anche i conflitti tra colleghi, sono tutti fattori a rischio che dal prossimo 31 dicembre dovranno essere monitorati in ogni luogo di lavoro per mettere in atto iniziative in grado di eliminare o ridurre al massimo situazioni a rischio: ogni datore di lavoro che non farà questo commetterà un reato. Lo prevede la circolare firmata giovedì scorso dal ministero del Lavoro in attuazione del "Testo unico sulla salute e la sicurezza nel lavoro": il procuratore Raffaele Guariniello ha spiegato che, se un lavoratore si ammala proprio a causa dello stress, si può incorrere nell'accusa di lesioni colpose o maltrattamenti a seconda del caso. Quindi dal 1 Gennaio 2011, tutti i datori di lavoro pubblici o privati, dovranno ottemperare alle disposizioni di legge emanate nel 2008, che in realtà dovevano già partire dal primo agosto scorso, ma una circolare ministeriale aveva dato proroga per il 31 dicembre 2010, indicando l'obbligo di avviare la procedura di valutazione del rischio stress: il datore di lavoro doveva monitorare i propri dipendenti scegliendo un campione da intervistare per valutare le situazioni di rischio.

* * *

Piani sanitari E.N.P.A.M./Unisalute per l'anno 2011

Caro Presidente, desidero informarTi che, dopo una complessa trattativa, l'Enpam ha sottoscritto con Unisalute (Gruppo Unipol) la Convenzione 2011 per una tutela sanitaria integrativa, confermando agli iscritti un servizio ormai decennale.
La Convenzione si sostanzia in un Piano sanitario base e in Piano sanitario integrativo al quale potranno aderire:
1) il medico e l'odontoiatra iscritto all'E.N.P.A.M. (in attività o pensionato);
2) i suoi superstiti con diritto a pensione indiretta o di reversibilità;
3) i componenti degli Organi Statutari dell'E.N.P.A.M. e della F.N.O.M.CeO.;
4) il personale in servizio all'E.N.P.A.M., alla F.N.O.M.CeO., agli Ordini Provinciali, all'ONAOSI e alle Organizzazioni Sindacali mediche firmatarie di contratti e convenzioni con diritto di rinnovo della polizza anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro;
5) L'insieme dei componenti il nucleo familiare dei soggetti indicati al punto 1), 2), 3), 4) che abbiano aderito alla presente assicurazione sottoscrivendo l'apposito modulo di adesione, a condizione che venga assicurata la totalità dei familiari.
Sul sito www.enpam.il troverai il modulo di adesione, i testi dei piani sanitari, le faq.
Sul numero 10 della rivista il "Giornale della Previdenza" è stato pubblicato il testo dei piani sanitari ed il modulo di adesione.
Infine in allegato, trasmetto una breve nota descrittiva dei Piani sanitari 2011.
La collaborazione degli Ordini ai quali gli iscritti potranno rivolgersi per eventuali informazioni è certamente preziosa.
Nel ringraziarTi fin d'ora per la collaborazione Tua personale e del Tuo Ordine, colgo l'occasione per inviarTi i più cordiali saluti.

Il Presidente - Eolo Parodi

La nuova Convenzione 2011 per la polizza sanitaria, con la Compagnia di Assicurazione UNISALUTE (Gruppo Unipol) prevede due piani sanitari:
A. **Piano Sanitario "Base"**: garantisce il ricovero per i "Grandi Interventi Chirurgici" e i "Gravi Eventi Morbosi" (come indicati nell'apposito elenco).
B. **Piano sanitario "Integrativo"**: previsto solo per chi sottoscrivere il Piano base, e vuole integrarlo con un secondo livello di protezione.
Entrambe queste coperture possono essere estese ai familiari.
Per tutti gli attuali assicurati, è confermato anche questa volta il riconoscimento dell'anzianità di adesione in relazione alle malattie pregresse (cioè manifestatesi e diagnosticate prima dell'ingresso in polizza).

I premi dei piani sanitari:
PIANO SANITARI BASE
UNDER 40 anni € 170,00
OVER 40 anni € 420,00

PIANO SANITARI BASE + INTEGRATIVO
UNDER 40 anni € 585,00 (170+415)
Da 41 a 79 anni € 1090,00 (420+670)

Il costo si articola per fasce di età, under 40 o over 40, per l'under 40 si intendono coloro che al 31/12/2010 non hanno ancora compiuto 41 anni. Il piano sanitario integrativo non è consentito a coloro che al 31/12/2010 hanno già compiuto 80 anni.
Il costo (sia per il solo piano base che per piano base più integrativo) prevede **sconti per i nuclei familiari**: il costo complessivo viene ridotto del 5% se l'assicurato aderisce per sé e un familiare; del 10% se aderisce per sé e per due familiari; del 20% se aderisce per sé e per tre familiari; del 25% se aderisce per sé e per 4 o più familiari.

MODALITÀ DI ADESIONE
Tutti gli attuali assicurati, riceveranno, assieme ad una lettera con le caratteristiche principali dei due piani sanitari proposti, il modulo di adesione, in parte pre-compilato (cognome, nome e codice Enpam), ove – dopo aver esaminato il testo delle polizze già pubblicato sulla Rivista e sul sito dell'Ente – dovranno apporre la propria scelta: se aderire solo alla polizza base (per se stessi o anche con il proprio nucleo familiare) o aderire sia alla polizza base che alla polizza integrativa (con o senza nucleo familiare, per entrambe le polizze). Il modulo dovrà essere spedito all'indirizzo ivi indicato entro il 31/12/2010 (in alternativa il modulo è compilabile sul sito www.enpam.it). Tutti coloro che hanno fornito all'Enpam un indirizzo di posta elettronica (sia già assicurati che non) stanno ricevendo la lettera con le caratteristiche principali dei piani sanitari ed un modulo di adesione compilabile, che potranno inoltrare all'Enpam direttamente via internet.
Successivamente, a tutti coloro che avranno aderito, verrà inviato il bollettino Mav per il pagamento del premio di importo corrispondente all'adesione espressa. Il bollettino Mav può essere pagato entro la data di scadenza indicata sul Mav stesso, sia in banca che alla posta, nonché on-line con carta della Banca Popolare di Sondrio (accedendo nell'area riservata del portale della Fondazione), sul sito wwww.scrignopagofacile.it o al telefono (chiamando il call-center della Banca Popolare di Sondrio tramite carta di credito), infine presso gli sportelli Sisal.

CARATTERISTICHE PRINCIPALI DEI DUE PIANI SANITARI: PIANO SANITARIO BASE
• Rimborso per ricoveri a seguito di Grandi Interventi Chirurgici e per Gravi Eventi Morbosi, senza applicazione né di scoperti né di franchigie (se eseguiti presso strutture, e con équipe mediche, convenzionate con Unisalute);
• in caso di ricoveri presso strutture pubbliche (pertanto senza richiesta di rimborso spese a carico della Compagnia) viene corrisposta una indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (€ 120,00 al giorno fino ad un massimo di 90 giorni);
• nel caso in cui il ricovero per intervento chirurgico (o grave evento morboso) avvenga fuori della "rete" convenzionata Unisalute in strutture private, non convenzionate è previsto un rimborso spese con applicazione di uno scoperto del 30% (con il minimo non indennizzabile di 1.000 euro);
• garanzia della ospedalizzazione domiciliare: nei 120 giorni, successivi alla data di dimissioni,

la Compagnia mette a disposizione la sua "rete" convenzionata per servizi medici, infermieristici e farmacologici, tendenti al recupero della della funzionalità fisica, entro il massimale annuo di € 10.000,00;
• per gli "over 40 anni" ulteriore prestazione per assistenza infermieristica privata individuale: € 80,00 al giorno per un massimo di 30 giorni;

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO
• Chi ha sottoscritto il piano base (per sé o per sé e familiari), può sottoscrivere anche il piano integrativo. Al piano integrativo occorre iscrivere lo stesso numero di persone assicurate con la copertura base.
• Gli iscritti che al 31/12/2010 abbiano già compiuto 80 anni possono iscriversi alla polizza base (che non ha limiti di età), ma non alla polizza integrativa (per la quale il limite è di 79 anni per cui possono iscriversi solo coloro che al 31 dicembre 2010 non abbiano compiuto gli 80 anni);
• rimborso per tutti gli interventi chirurgici, anche ambulatoriali, non inseriti nella polizza base (tranne quelli esclusi dalle condizioni di polizza), senza applicazione né di scoperti, né di franchigie (se eseguiti in strutture, e con équipe mediche convenzionate con Unisalute);
• rimborso per parto alle condizioni indicate in dettaglio nel testo della polizza;
• prestazioni di alta specializzazione diagnostica fino ad un massimo annuo di € 5.000 per nucleo familiare;
• visite specialistiche, accertamenti diagnostici e cure per patologie oncologiche, fino ad un massimo annuo di € 8.500 per nucleo familiare;
• prestazioni odontoiatriche particolari (elencate nella Polizza);
• ricoveri senza intervento chirurgico (diverso dal Grave evento morboso di cui alla polizza base) senza applicazione né di scoperti né di franchigie (se eseguito in strutture, e con équipe mediche, convenzionate con Unisalute);
• in caso di ricoveri presso strutture pubbliche (senza richiesta di rimborso spese a carico della Compagnia) l'Assicurato percepirà l'indennità sostitutiva di € 65 per ogni giorno di ricovero (per un periodo non superiore a 30 giorni);
• ove il ricovero per intervento chirurgico (o evento morboso) avvenga fuori della "rete" convenzionata di Unisalute (in strutture private non convenzionate) il rimborso sarà decurtato dello scoperto del 30%, con il minimo (non indennizzabile) di € 1.000; le rette di degenza vengono rimborsate con una diaria di € 200,00 per ogni notte di ricovero;
• come avvenuto negli anni precedenti è istituita la "Commissione Paritetica" alla quale potranno rivolgersi gli iscritti in caso di controversie circa la liquidabilità di un rimborso o per eventuali contrasti interpretativi del contratto, prima di ricorrere all'arbitrato.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI
Sul sito della Fondazione verrà pubblicato il testo dei piano sanitario BASE e del piano sanitario INTEGRATIVO, i centri clinici convenzionati con Unisalute Spa, il modulo di adesione ed una serie di faq con le domande più frequenti.
Tutti gli iscritti potranno, inoltre, rivolgersi per ulteriori informazioni e chiarimenti al n. 0648294829 (tutto l'anno), via mail all'indirizzo di posta elettronica polizzasanitaria@enpam.it o al call-center 199168311 di Previdenza Popolare (attivo dal lunedì al venerdì esclusivamente per informazioni circa le modalità di adesione).
Per il numero 199168311, il costo al minuto da telefono fisso di telecom italia senza scatto alla risposta è di 14,26 centesimi di euro iva inclusa in fascia intera e di 5,58 centesimi di euro iva inclusa in fascia ridotta. La tariffa massima da telefono fisso di altro operatore è di 26,00 centesimi di euro e 12,00 centesimi di euro di scatto alla risposta; da telefono mobile è variabile a seconda dell'operatore e del piano tariffario prescelto.

* * *

ECM, fra incertezze e timori

Siamo ormai giunti al termine del primo triennio formativo 2008-2009-2010, non più sperimentale, ma ormai a regime, come chiaramente stabilito dalla Conferenza Stato Regione del 1° agosto 2007.

Sarebbe opportuno, prima di iniziare il nuovo triennio, fermarsi a riflettere un attimo per cominciare con il piede giusto la nuova avventura 2011-2013.
Sull'ECM è stato detto di tutto ed il contrario di tutto, con il risultato finale di ingenerare una grande confusione nel Professionista, una confusione talmente grande che invece di indurre il dentista alla formazione si è arrivati al risultato diametralmente opposto.
Vorrei ribadire alcuni punti perché risultassero chiari a tutti:
• L'ECM è obbligatoria per tutti gli esercenti una professione sanitaria, anche in regime libero professionale.
• Nel triennio formativo si devono ottenere 150 crediti, un minimo di 30 ed un massimo di 70 per anno.
• Nel triennio 2008-2010 si possono recuperare 60 crediti dal quadriennio precedente.
• È onere del Professionista raccogliere diligentemente i propri crediti.
• La formazione è un'obbligo deontologico, come chiaramente sancito all'Articolo 19 del Codice Deontologico.
• Non esiste un regime sanzionatorio stabilito dalla Conferenza Stato Regione, ma l'inottemperanza della formazione rimane, **per ora**, esclusivamente un illecito disciplinare di cui compete la vigilanza e la sanzione agli Ordini Professionali.
A questo riguardo, in qualità di Presidente della Commissione Albo Odontoiatri dell'OMCeO di Bologna, vorrei rassicurare tutti gli Iscritti. Sul bollettino ANDI notizie n. 169 dell'ottobre 2010 si riporterebbe la mia intenzione di avviare controlli e di sottoporre a procedimento disciplinare tutti i Colleghi inadempienti.
Vorrei tranquillizzare i Colleghi, non è intenzione di questa Commissione creare un regime di timore basato sulle sanzioni, **si desidera solamente che tutti i professionisti si aggiornino per il bene della propria professione e a tutela della salute pubblica**. Il continuare a sostenere l'inesistenza delle sanzioni ha tenuto lontano molti Colleghi dalla formazione, non solo, coloro che diligentemente hanno ottemperato ai loro obblighi deontologici hanno rischiato di diventare i più "fessi" e chi si è tenuto ostinatamente lontano dalla formazione "i più furbi".
Tale situazione, a mio avviso, oltre a costituire una profonda ingiustizia, rischiava di allontanare sempre più i Professionisti dall'aggiornamento, anche i più diligenti, con gravissime ripercussioni sul livello qualitativo della professione stessa. Personalmente, desidero semplicemente ricordare l'esistenza l'Art. 19 del Codice Deontologico, e l'Accordo Stato Regioni del 2007 sull'ECM non costituisce una norma incompleta che manchi di sanzioni, semplicemente le sanzioni sono delegate agli Ordini Professionali tramite il Codice Deontologico.
Alla luce dell'incertezza che è regnata sino ad ora, **è opinione radicata nella nostra Commissione che il procedimento disciplinare, e l'eventuale sanzione, non possano costituire gli elementi educativi alla formazione**, ma siamo altresì convinti che un'ipotetica sanzione futura possa spingere molti Colleghi ad iniziare il triennio 2011-2013 con il piede giusto.
La formazione rappresenta un bene comune nell'interesse di tutti, e l'ECM costituisce una prova documentale esigibile a tutela del Professionista per il bene dei Cittadini.

Il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri - OMCeO di Bologna

* * *

Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni "Misura Internet": avete la possibilità di reclamare o chiedere il recesso senza penali

Grazie a un progetto dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni (Agcom) ora è a disposizione di tutti il servizio "Misura Internet".
Questo è composto di un software certificato per misurare e verificare la qualità della vostra connessione ad Internet fissa, è scaricabile gratuitamente e si chiama "Ne.Me.Sys.".
È sufficiente installare il software ed eseguire il test di misurazione: consiste nel tenere acceso il computer per 24 ore (in modo da coprire 24 fasce orarie) nell'arco di un massimo di 3 giorni.
La cosa importante è che, a differenza di altri programmi che effettuano misurazioni sulla banda,

questa ha valore legale. Pertanto nel caso la vostra connessione Internet non rispetti i valori che erano stati promessi in fase di acquisto, avete la possibilità di reclamare o chiedere il recesso senza penali.
Il software si chiama Ne.Me.Sys, è completamente in italiano, funziona con Windows, Macintosh, Linux. https://www.misurainternet.it/

* * *

L'OMS prepara la prima classificazione della Medicina Tradizionale

Il progetto ha lo scopo di creare un sistema unico e condivisibile in tutto il mondo basato sulle prove di efficacia e su una comune terminologia e classificazione delle diagnosi e degli interventi terapeutici.
L'Organizzazione Mondiale della Sanità si appresta a sviluppare, per la prima volta, una classificazione dei benefici derivanti dai diversi metodi usati nella Medicina Tradizionale.
"Prendiamo atto che la Medicina Tradizionale è praticata in tutto il mondo", ha detto Marie Paule Kieny, della direzione generale per l'Innovazione, l'Informazione, l'Evidenza e la Ricerca dell'Oms. "Per molte persone, soprattutto nelle aree del Pacifico occidentale, nel Sud-est asiatico, in Africa e in America Latina, è la fonte primaria di sanità. Ma anche in Europa e nel nord America sta crescendo il ricorso ai rimedi naturali, all'agopuntura e ad altre pratiche tradizionali. Manca però terminologia e classificazione". "Molti Paesi - ha spiegato Kieny - hanno già creato degli standard nazionali per la classificazione di questo settore, ma non c'è una piattaforma internazionale che possa armonizzare i dati clinici, epidemiologici e statistici. Sono informazioni di cui c'è bisogno, per permettere ai clinici, ai ricercatori e ai decisori politici di monitorare la sicurezza, l'efficacia, l'uso, la spesa e il trend della medicina tradizionale nei sistemi sanitari".
La Classificazione internazionale della Medicina Tradizionale ha lo scopo di creare un sistema unico e condivisibile in tutto il mondo basato sulle prove di efficacia e su una comune terminologia e classificazione delle diagnosi e degli interventi terapeutici. Si svilupperà come una piattaforma interattiva che permetterà agli utenti di tutti i Paesi del mondo di condividere i termini e i concetti usati nella medicina tradizionale.
Il progetto si focalizzerà inizialmente sulle Medicine Tradizionali praticate in India, Cina, Giappone e Corea, nazioni dove la Medicina Tradizionale è nata e da cui si è poi diffusa in tutto il mondo.

* * *

Gran Bretagna, il Governo risponde ad una petizione che chiedeva maggiore supporto alle MnC

Nel documento allegato, il responso del Governo del Regno Unito ad una petizione che chiedeva proprio al Governo britannico un maggiore supporto alle Medicina Complementare ed Alternativa. Ribadendo che il Ministero della Sanità non revocherà i finanziamenti per l'Omeopatia e le altre MnC, né fermerà la concessione di licenze ai farmaci omeopatici, il documento sottolinea che ogni decisione riguardante approvigionamento e finanziamenti per le Medicine non Convenzionali rimarrà sotto la responsabilità del Servizio sanitario pubblico a livello locale.
La petizione era stata presentata dal professor Joseph Chikelue Obi.
http://www.hmg.gov.uk/epetition-responses/petition-view.aspx?epref=CAMSupport

* * *

Paracetamolo, per bimbi rischio asma
Antidolorifico forse causa allergie se assunto in primi 15 mesi

Il paracetamolo, antidolorifico molto diffuso, potrebbe essere una causa dell'insorgenza di allergie e asma nei bambini.

Lo rileva una ricerca dell'Otago University di Wellington (Nuova Zelanda) condotta su 1500 bambini e pubblicata sulla rivista Clinical and Experimental Allergy.
I bambini del campione che hanno usato il paracetamolo nel tempo osservato, pari al 90%, hanno mostrato il triplo delle probabilita' di diventare allergici e il doppio delle possibilita' di sviluppare l'asma.

* * *

OpenAIRE apre l'accesso ai risultati scientifici dell'Unione Europea

I ricercatori, le imprese e i cittadini dell'UE possono accedere gratuitamente e liberamente ai documenti relativi alle attività di ricerca finanziate dall'UE grazie al progetto OpenAIRE (Open Access Infrastructure for Research in Europe), che la Commissione europea ha lanciato, presso l'Università di Gand in Belgio. OpenAIRE costituirà una rete di archivi aperti in grado di offrire gratuitamente un accesso on line alla conoscenza prodotta da ricercatori che hanno ottenuto sovvenzioni da parte del Settimo programma quadro (7°PQ) e dal Consiglio europeo della ricerca (CER), in particolare nei settori della salute, dell'energia, dell'ambiente, della tecnologia dell'informazione e della comunicazione, delle infrastrutture di ricerca, delle scienze sociali, degli studi umanistici e della scienza nella società. Si tratta di un passo importante verso un pieno e libero accesso a documenti scientifici che potrebbero, ad esempio, offrire ai pazienti che soffrono di malattie rare la possibilità di accedere agli ultimi risultati della ricerca medica o fornire ai ricercatori aggiornamenti in tempo reale sugli ultimi sviluppi nel loro settore di competenza. Lo sviluppo delle infrastrutture di ricerca e delle infrastrutture elettroniche, incluse quelle relative ai risultati della ricerca scientifica, allo scopo di dare un impulso decisivo alla competitività dell'Europa, costituisce una priorità sia della Agenda europea del digitale che dell'iniziativa "L'Unione dell'innovazione".
Neelie Kroes, vicepresidente della Commissione europea e commissaria responsabile per l'Agenda digitale, ha dichiarato: "Il lancio di OpenAIRE segna un concreto passo in avanti verso la condivisione dei risultati della ricerca finanziata dall'UE per il nostro comune vantaggio. L'informazione scientifica ha il potere di migliorare la nostra esistenza ed è troppo importante per essere tenuta sotto chiave. Inoltre, ogni cittadino dell'UE ha diritto di accedere e trarre vantaggio dalla conoscenza prodotta utilizzando fondi pubblici".
Máire Geoghegan-Quinn, commissaria responsabile per la Ricerca, l'innovazione e la scienza, ha dichiarato: "Gli scienziati devono poter accedere ai risultati della ricerca per massimizzare il potenziale di ulteriori sviluppi negli stessi settori. Le industrie, non ultime le PMI, devono sapere dove trovare i risultati della ricerca se vogliono avvalersene per creare posti di lavoro e migliorare la qualità della vita. OpenAIRE rappresenterà un importante contributo per migliorare la circolazione della conoscenza scientifica in Europa e sviluppare in tal modo una vera Unione dell'innovazione".
Ogni anno in tutto il mondo vengono pubblicati circa 2,5 milioni di articoli scientifici in 25.000 riviste e atti di conferenze oggetto di "peer review". Attualmente, circa il 15%-20% di questi articoli sono accessibili in depositi open access o in riviste open access. Gli altri sono accessibili unicamente a pagamento attraverso programmi di lettura o sottoscrivendo a pagamento un abbonamento alla pubblicazione. L'infrastruttura OpenAIRE finanziata dall'UE e lanciata oggi presso l'Università di Gand in Belgio, potrebbe a termine permettere l'accesso a tutti i documenti e dati scientifici prodotti da ricercatori finanziati dal Settimo programma quadro dell'UE per la ricerca (7°PQ), inclusi i ricercatori che ottengono sovvenzioni attraverso il Consiglio europeo della ricerca (CER), e oltre. Dall'inizio del 7°PQ nel 2007, sono stati finanziati circa 10.000 progetti.
In base alle condizioni di finanziamento previste dal 7°PQ, i ricercatori che ricevono finanziamenti UE nei settori della salute, dell'energia, dell'ambiente, della tecnologia dell'informazione e della comunicazione, delle infrastrutture di ricerca, delle scienze sociali, degli studi umanistici e della scienza nella società, devono depositare il testo completo delle loro pubblicazioni di ricerca in un archivio open access, che sarà permanentemente a disposizione del pubblico in tutto il mondo. Si tratta di circa il 20% di tutti i progetti finanziati dal 7°PQ. Anche i ricercatori che operano in altri settori possono scegliere di rendere disponibili i loro testi nell'archivio open access.

Il progetto potrebbe portare inoltre a nuove modalità per creare repertori, introdurre commenti, effettuare ordinazioni e collegare risultati di ricerca, nonché a nuovi sistemi per automatizzare queste operazioni. Il che potrebbe innestare lo sviluppo di nuovi servizi in aggiunta all'infrastruttura informatica offerta da OpenAIR. Il progetto gestisce 27 helpdesk in altrettanti paesi europei, consistenti in una rete di esperti ed un portale con strumenti che permettono ai ricercatori di rendere accessibili on line i loro articoli.
Contesto
OpenAIRE nasce da un'iniziativa pilota della Commissione europea sull'open access, lanciata nell'agosto 2008. Per i progetti finanziati nell'ambito del 7°PQ è previsto il deposito di documenti "peer-reviewed" in archivi on line e la successiva disponibilità in open access entro 6 o 12 mesi dalla pubblicazione a seconda dell'area tematica.
Esso completa altre infrastrutture di ricerca finanziate dall'UE come GÉANT, che offre ai ricercatori europei una rete di ricerca ad alta velocità e PRACE che sviluppa elevate capacità di calcolo per applicazioni estremamente esigenti. Risultati e relazioni relativi alla ricerca finanziata dall'UE sono reperibili anche su CORDIS, il Servizio comunitario di informazione in materia di ricerca e sviluppo. http://www.openaire.eu/

* * *

L'Unione Europea emana linee guida su pubblicità dei farmaci

L'Unione Europea ha emanato le nuove linee guida sulla pubblicità dei farmaci. Restano vietate tutte le forme di advertising sui media, ma sono concesse informazioni non promozionali ai pazienti, simili a quelle contenute nei foglietti illustrativi in versione semplificata, che dovranno essere sempre approvate in via preventiva dalle autorità sanitarie nazionali. I malati avranno il diritto di chiedere delucidazioni ai produttori, mentre i medici dovranno sempre denunciare eventuali conflitti di interesse prima di prescrivere.

* * *

Permessi per assistenza ai disabili: ecco le circolari del ministero e dell'Inps

Due circolari, una della Funzione Pubblica e l'altra dell'Inps, sintetizzano le nuove norme sui permessi per l'assistenza ai familiari con disabilità grave. Si restringe il campo delle persone che possono richiede i tre giorni mensili di assenza dal lavoro: il grado di parentela dovrà essere al limite di secondo grado e non più terzo, come previsto precedentemente. Salvo eccezioni.

09 DIC - Con l'entrata in vigore, lo scorso 24 novembre, della legge n.183/2010 (Collegato lavoro), il regime dei permessi per l'assistenza ai portatori di handicap in situazione di gravità è stato parzialmente modificato. Chiarimenti sulle nuove norme arrivano da due circolari, rispettivamente del Dipartimento della Funzione Pubblica (n. 13 del 6 dicembre 2010), e dell'INPS (n. 155 del 3 dicembre 2010).
Le circolari si soffermano, in particolare, sulle disposizioni relative ai soggetti legittimati a fruire dei permessi, all'eliminazione dei requisiti della convivenza, continuità ed esclusività dell'assistenza prestata dal lavoratore, alla disciplina del diritto di trasferimento, alla decadenza nel caso di insussistenza dei requisiti. Prevista l'istituzione di una banca dati presso il Dipartimento della Funzione Pubblica.
Oggetto di ampio dibattito è stato anche quello della terminologia da utilizzare per indicare le persone con disabilità, per "evitare espressioni o definizioni che possano recare insitamente un'idea di disvalore, promuovendo invece l'uso di termini e concetti che consentano di mettere in risalto il valore derivante dalla diversità". A livello internazionale, è ormai diffuso il concetto di "persona con disabilità", ma "ragioni di chiarezza" hanno indotto a utilizzare ancora l'espressione "persona in situazione di handicap", già presente nei testi legislativi del nostro Paese.

Quanto alle novità, la principale riguarda i **soggetti legittimati a fruire dei permessi** per assistere una persona in situazione di handicap grave, che spetta al coniuge e ai parenti ed affini entro il secondo grado. Rispetto alla normativa previgente, la nuova disposizione da un lato ha menzionato espressamente il coniuge tra i lavoratori titolari della prerogativa, dall'altro ha posto la limitazione dei parenti ed affini entro il secondo grado (sono parenti di primo grado: genitori, figli; sono parenti di secondo grado: nonni, fratelli, sorelle, nipoti figli dei figli; sono parenti di terzo grado: bisnonni, zii, nipoti figli di fratelli e/o sorelle, pronipoti in linea retta. Sono affini di primo grado: suocero/a, nuora, genero; sono affini di secondo grado: cognati; sono affini di terzo grado: zii acquisiti, nipoti acquisiti).
Data la regola generale, la legge ha però previsto alcune eccezioni. Ad esempio i casi in cui i genitori o il coniuge della persona da assistere abbiano compiuto i **sessantacinque anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti**. In questo caso la legittimazione alla titolarità dei permessi può essere estesa anche ai parenti e agli affini entro il terzo grado.
La legge non ha definito la nozione di "patologie invalidanti". Come punti di riferimento è stato quindi scelto l'art. 2, comma 1, let. d), del decreto 21 luglio 2000, n. 278, che cita: "1) patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche; 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario".
Si può passare dal secondo al terzo grado di parentela anche nel caso di decesso o assenza del coniuge o del genitore della persona in situazione di handicap grave.
Il diritto alla fruizione dei permessi, comunque, "**non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente** per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità". Però, sottolineano le circolari, le nuove norme non precludono espressamente la possibilità per lo stesso dipendente di assistere più persone in situazione di handicap grave, con la conseguenza che, ove ne ricorrano tutte le condizioni, il medesimo lavoratore potrà **fruire di permessi anche in maniera cumulativa per prestare assistenza a più persone disabili**.
Altra eccezione nel caso di **genitori che assistono un figlio in situazione di handicap grave**. Fermo restando il limite complessivo dei tre giorni mensili, è riconosciuto il diritto è ad entrambi i genitori, anche adottivi, di **usufruire dei permessi alternativamente**. Ma **la fruizione dei benefici dei tre giorni di permesso mensili, del prolungamento del congedo parentale e delle ore di riposo dovrà essere alternativa e non cumulativa** nell'arco del mese.
Uno dei requisiti essenziali per la concessione dei permessi lavorativi è l'assenza di ricovero a tempo pieno della persona con grave disabilità. Abrogati invece convivenza, continuità ed esclusività.

* * *

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 9 dicembre 2010

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
AURINI LUCIA	Via Massarenti, 424 – Bologna	333/45.60.166
AVVENIENTE ANNALISA	Via Savena Vecchia, 42 – Baricella	348/10.04.159
BARALDI CARLOTTA	Via Foscolo, 58 – Castel Maggiore	051/70.52.62 - 339/18.17.706
BARBERIO GIUSEPPE	Via Giambologna – Bologna	338/66.15.460
BERTONCELLI MARCO	Via Mondolfo, 9 – Bologna	051/45.26.17 - 339/22.98.893
BONIFACCI SILVIO	Via Bendini 1/A – Imola (BO)	333/48.60.987
BRUNETTO ESPEDITO	Via Pizzardi, 69 – Bologna	349/45.19.201
BUCCIONE DANIELA	Via del Ponte, 8 – Lanciano	339/19.93.798
CASTELLANI LUCIA	Via Agnesi, 13 – Bologna	335/65.78.182
CASTIELLO EMANUELA	Via de' Gombruti,3 – Bologna	328/13.61.422
CEPELI ERIONA	Via Murri, 114/3 – Bologna	320/49.12.919
CIUCA CRISTINA	Via Alidosi, 19 – Bologna	329/30.93.465
COSTANZO ELISABETTA	Via P.Pietramellara, 35 – Bologna	051/25.45.61 - 333/71.33.638
DI CIOMMO MARIA LUISA	Via Fondazza, 89 – Bologna	347/23.03.113
DI DONATO NADINE	Via Einaudi, 37 – Bologna	051/56.86.93 - 338/94.45.343
DI GIGLIO JUDIT	Via dei Lamponi, 43 – Bologna	051/44.46.
DI PIETRO GIAN CARLO	Via Paleotto 9/4 – Bologna	339/67.37.272
DUCA MADDALENA	Via S. Donato, 17 – Bologna	051/25.55.50 - 335/22.01.43
FATTI GIANLUCA	Via Luigi Pirandello, 16 – Arezzo	328/69.48.269
FERRARO GIULIA	Via S. Stefano, 43 – Bologna	051/09.70.351 - 328/21.12.823
GAGLIARDI CHRISTIAN	Via Zamboni, 4 – Bologna	333/88.46.881
GIUNCHI GIULIA	Via Zappoli, 4 – Bologna	340/59.14.124
GUCI ERVIN	Via S. Donato, 105/6 – Bologna	329/16.33.957
GUIDASTRI MONICA	Via da Palestrina – Bologna	051/47.63.42 - 334/25.96.951
JORDAN NIURKA	Via Lumachina, 13 – Budrio	051/69.20.074 - 333/26.40.839
KARAKACI FABIOLA	Via F. Venezia Giulia – Bologna	051/54.56.23 - 328/17.79.139
KASAPI EVANGELIA	Via Massarenti, 27 – Bologna	338/65.87.034
KINTRILI ARTEMISIA	Via Zamboni, 26 – Bologna	051/26.10.54 - 328/64.85.181
INDRIO CAMILLA	Via Nicolò da Fano, 11 – Fano	0721/80.96.45 - 333/49.56.276
LANZONI GIULIA	Via G. Nadi, 18 – Bologna	051/99.23.575 - 331/34.46.008
LEVADA FRANCESCO	Via Martiri Libertà, 26 – Massa Lombarda (RA)	349/71.83.699
LUCREZIO LAURA	Via Bentivogli, 13 – Bologna	349/13.85.468
MEREU GIUSEPPE	Via S. Isaia, 53 – Bologna	333/62.19.486
MILANI ANDREA	Via F.lli Musolesi, 5 – Monzuno	051/67.71.556 - 339/84.05.149
MULKO IRINA	Via Galliera, 59 – Bologna	051/85.53.504 - 338/19.95.250
NATALI FRANCESCA	Via Garibaldi,5 – Bologna	338/15.70.405
NYAMBIOH CLAUDE	Via F. de Pisis, 3 – Bologna	329/19.46.217
NIKOLLAU NIKOLETA	Via P. Fabbri, 107 – Bologna	320/67.75.921
PALAIA VINCENZO	Via Libia, 60/2 – Bologna	051/28.15.922 - 340/66.86.310
PAPADOPOULOS DIMITRIS	Via S. Donato, 30 – Bologna	328/311.53.78
PIRAZZINI PIERPAOLO	Via S. Donato, 21 – Bologna	333/46.29.799

PLANTERA PAMELA	Via A. Saffi, 16/03 – Bologna	380/63.49.252
PORTUNATO ALESSANDRO	Via Mazzini, 82/3 – Bologna	328/42.13.573 - 051/30.75.52
RIETTI ELISA	Via L. Busi, 11 – Bologna	339/85.29.895
ROMANI PAOLO	Via L. Alberti, 81 – Bologna	051/39.33.23 - 328/60.17.959
SALAMON PETAR	Via Don L.Guanella, 11 – Bologna	320/83.64.002
SALCE CATERINA	Via Zamboni, 59 – Bologna	333/31.37.119
SARTINI ALESSANDRO	Via E. Mattei, 15/4 – Bologna	051/53.81.99 - 347/92.39.701
SCUTO LUDOVICA	Via delle Belle Arti, 28 – Bologna	339/44.61.838
SECLI' ROBERTO	V.le degli Studenti – Galatina (LE)	328/0019122
SERRA MAURO	Via Agnesi, 14 – Bologna	051/08.69.687 - 349/40.45.916
SHUKULLI ENRIGERTA	Via D. C. Gnocchi, 5 – Bologna	331/20.91.796
SGRO' FEDERICA	Via Gino Cervi, 13 – Bologna	338/74.87.968
SUPRESSA STEFANIA	Via F. Zanardi, 389 – Bologna	328/36.22.888
TAMBURINI MARIA VITTORIA	Via Battindarno, 35 – Bologna	051/38.31.77 - 349/50.27.064
TANKOH MBONGHU EVELYN	Via Don Gnocchi, 5 – Bologna	348/88.74.755
ULIASSI ELISA	Via L. Alberti,66/2 – Bologna	333/74.36.111

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	**Specializzazione/Annotazioni**	**Telefono**
BONIFACCI SILVIO	Ortopedia e Traumatologia	
	Fisiokinesiterapia Ortopedica	
	Medicina dello Sport	333/48.60.987
BRUN PAOLA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/52.30.16 - 340/85.50.870
CANTALUPO DELFINA	Anestesia e Rianimazione	348/75.65.674
DE CATALDIS ANGELO	Chirurgia Generale	051/24.05.69 - 347/13.49.603
FALZONE FRANCESCA		
MARIA ANTONELLA	Neurologia	347/24.57.144
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MASSA FLORINDO	Ostetricia e Ginecologia	338/50.62.768
MASSOUDIAN HABIBOLLAH	Ematologia	389/11.68.937 - 320/05.82.140
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente Medicina del Lavoro	051/44.32.41 - 339/48.19.676
NISTA MICHELE	Medicina del Lavoro	368/33.96.068
OSTI MARIA IRENE	Pediatria	333/21.39.377
PEGREFFI FRANCESCO	Ortopedia e Traumatologia	338/32.43.27
RUGHI MORENA	Dermatologia	333/47.48.242
SANGIORGI MATTEO	Odontoiatria	347/75.53.167 - 347/75.53.167
SETTI ALBERTO	Odontoiatra	334/85.47.749

56° Corso di Medicina Omeopatica LUIMO

Il 56° Corso Triennale di Medicina Omeopatica avrà inizio lunedì 31 gennaio 2011 alle ore 15.00 presso la sede storica della LUIMO, Associazione per la Libera Università Internazionale di Medicina Omeopatica "Samuel Hahnemann", in Napoli al Viale Gramsci n. 18.
Il Corso Triennale, organizzato in modo da alternare lezioni teoriche sui fondamenti della Medicina Omeopatica e della sua Materia Medica, a corsi pratici di clinica, è aperto a laureati e studenti in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria, Farmacia e Veterinaria e agli uditori laureati in Biologia e Psicologia.
È previsto un ulteriore IV anno di Metodologia e Pratica Clinica Omeopatica riservato ai soli medici.
Prosegue così la tradizione della LUIMO che, nel suo impegno pluridecennale, ha preparato, attraverso un corpo docente multidisciplinare altamente qualificato, migliaia di medici omeopati che operano in Italia e all'estero.

LUIMO
Libera Università Internazionale di Medicina Omeopatica "Samuel Hahnemann"
Viale Gramsci, 18 - 80122 Napoli NA
Tel. +39/081/7614707 - Fax +39/081/7613665
www.luimo.org - info@luimo.org

Bando di corso per l'ammissione al Corso di Formazione Permanente La Responsabilità e Contenzioso in Odontoiatria: aspetti clinici, medico-legali e giuridici

Bologna
24-25-26 febbraio 2011
24-25-26 marzo 2011

Presentazione introduttiva dei contenuti
La notevole crescita del contenzioso in ambito sanitario ha prodotto un rinnovato interesse per le problematiche legate alla responsabilità medica ed odontoiatrica, che coinvolge medici, odontoiatri e legali. L'abilità tecnica ed operativa non è oggi più sufficiente da sola a gestire correttamente la pratica clinica o una lite. Nasce l'esigenza di approfondimenti di natura clinica, medico legale e giurisprudenziale che coinvolgano non solo i sanitari, ma anche il mondo assicurativo e giuridico. La peculiarità dell'attività odontoiatrica, il suo crescente coinvolgimento legato a problematiche non solo funzionali, ma anche più estese e complesse rispetto al consueto sentire del rapporto di cura medico/paziente, sposta la valutazione e l'attenzione su aspetti solo apparentemente marginali, quali quelli dei molteplici approcci terapeutici, tecnicamente non sempre prevedibili, dell'estetica, degli aspetti merceologici e di consenso a terapie non essenziali e, magari, su minori. Difficile orientarsi per sanitari e giuristi tra errori, complicanze, tutele assicurative e diritti da tutelare, e quant'altro a fronte dell'utilizzo di linguaggi difformi e reciprocamente difficili da comprendere. Da qui l'esigenza di una formazione comune.
Obiettivo del corso è fornire elementi comuni di approfondimento, discussione e valutazione. Una formazione clinica, medico legale e giuridica per una migliore prevenzione, gestione e/o conciliazione delle liti in ambito odontoiatrico.
Durante gli incontri docenti con particolare e specifica competenza illustreranno aspetti teorici e pratici, mediante simulazioni, didattica frontale e gruppi di studio con possibilità di confronto e di crescita comune.

I PARTE
Giovedì 24 febbraio 2011 - ore 8,30-18,30
- Presentazione del Corso.
- Nozioni di Diritto Civile.
- Nozioni di Diritto Penale.
- Clinica e medicina legale.
- Danno alla persona.
- Accertamento e valutazione del danno.
- Reato di lesioni personali.
- Metodologia d'indagine.
- Causalità.
- Responsabilità medica ed odontoiatrica.

Venerdì 25 febbraio 2011 - ore 9,30-18,30
- Attività peritale e di consulenza.
- La Consulenza Tecnica d'Ufficio.
- La Consulenza Tecnica di Parte.
- Accertamento Tecnico Preventivo.
- ATP –696 bis cpc.
- La conciliazione (legge 28/2010).
- Aspetti giuridici e medico-legali della conciliazione.
- La professione odontoiatrica.
- Liceità dell'atto odontoiatrico.
- Consenso ed informativa.
- Errore e complicanze.
- Oneri accessori.

• Minori, Inabilitati, Stati di incapacità (permanente o transitoria), Stranieri.
• Trattamenti a valenza estetica.

Sabato 26 febbraio 2011 - ore 9,00-13,00
• Rapporti con i colleghi.
• Prevenzione e gestione della lite.
• Stato del contenzioso in odontoiatria.
• Documentazione.
• Concetti assicurativi.
• Polizze e coperture.
• Requisiti di una polizza.
• Il consulente assicurativo.
• Piccola casistica e simulazioni.

II PARTE
Giovedì 24 marzo 2011 - ore 9,00-13,00
• Traumatologia dentaria e Maxillo-facciale.
• Conservativa/Endodonzia.
• Ortodontia.
• Odontoiatria geriatrica.
• Protesi.
• ATM.
• Dispositivi medici su misura.

Venerdì 25 marzo 2011 ore 9,00-18,30
• Paziente a rischio.
• Chirurgia orale.
• Chirurgia dell'ottavo.
• Implantologia.
• Lesioni neurologiche.
• Lesioni del seno.
• Farmaci.

Sabato 26 marzo 2011 ore 9,00-13,00
• Rischio infettivo.
• Malattie professionali.
• Casistica e simulazioni.
• Questionario ECM- Prova finale.

Sede del Corso
Dip. di Scienze Odontostomatologiche
Via San Vitale, 59 - Bologna

Durata del corso: 40 ore

ECM: richiesto

Numero di iscritti:
Minimo 10 - massimo 50 - Le domande verranno accettate fino ad esaurimento posti.

Referente: Prof. Roberto Scotti
Informazioni Scientifico-Didattiche:
Dott. Maria Sofia Rini: Tel. 366-6783791
mariasofia.rini@unibo.it

Per informazioni:
Dott Maria Sofia Rini 366-6783791
mariasofia.rini@unibo.it

Requisiti d'ammissione:
Laurea in Medicina e chirurgia, Laurea in Odontoiatria e protesi dentaria e Laurea in Giurisprudenza.

Iscrizioni online:
Registrarsi entro le ore 13 del 10 febbraio 2011 utilizzando il servizio AlmaWelcome (www.almawelcome.unibo.it)
Completare l'iscrizione sempre entro il 10 febbraio 2011 con:
1. Domanda di iscrizione, stampata dal sistema Almawelcome, compilata e sottoscritta.
2. Ricevuta di pagamento.
3. Fotocopia documento di riconoscimento.
4. Certificato di laurea o dichiarazione sostitutiva.

Recapito postale:
Alma Mater Studiorum - Univ. Di Bologna, Settore Post-Lauream, Ufficio Master, Via Zamboni n. 33-40126 Bologna

Informazioni generali e aggiornamenti:
http:/www.unibo.it/Portale/AltaFormazione/default.htm

2° Meeting Interannuale CO.R.TE. La terapia rigenerativa tissutale: dalle medicazioni tradizionali all'ingegneria dei tessuti

Bologna
24-25-26 febbraio 2011

CO.R.TE. è stata insignita della medaglia da parte della Presidenza della Repubblica per l'apprezzamento per le finalità scientifiche dell'iniziativa, che si propone di contribuire alla diffusione e all'aggiornamento delle più moderne metodologie per la prevenzione, la cura e il trattamento delle lesioni cutanee, nell'intento di assicurare una sempre più efficace tutela della salute dei pazienti.

Giovedì 24 febbraio
1. La terapia rigenerativa tissutale
Tematiche comuni:
• Sorgenti cellulari nella terapia cellulare.

• Fattori di crescita naturali e ricombinanti nella terapia tissutale.
• Carrier e scaffold naturali e sintetici per l'impianto di cellule.

Tematiche specialistiche:
• Dermatologia: aggiornamenti studi preclinici, studi clinici.
• Ortopedia: aggiornamenti studi preclinici, studi clinici.
• Chirurgia maxillo-facciale: aggiornamenti studi preclinici, studi clinici.
• Chirurgia plastica: aggiornamenti studi preclinici, studi clinici.
• Chirurgia generale: aggiornamenti studi preclinici, studi clinici.
• Chirurgia vascolare: aggiornamenti studi preclinici, studi clinici.

Venerdì 25 febbraio
2. Dalle medicazioni tradizionali alle medicazioni avanzate
• Trattamento dell'infezione generale e locale.
• Il debridment: enzimatico, meccanico e chirurgico.
• Ruolo delle medicazioni tradizionali.
• Le medicazioni avanzate.
• La VAC therapy.
• Mezzi di stimolazione fisica per la riparazione dei tessuti: laserterapia, magnetoterapia, onde d'urto, fotodinamica, ecc.
• Mezzi di stimolazione chimica: carbossiterapia ed ossigenoterapia iperbarica.

3. Tavole rotonde
• Il piede diabetico.
• Le terapie avanzate rappresentano un costo aggiuntivo?
• Dalle medicazioni terapeutiche alle medicazioni avanzate in chirurgia della mano.

Sabato 26 febbraio
4. Workshop

Sede del Congresso
Istituto Ortopedico Rizzoli - Aula Magna
Via di Barbiano, 1/10 - 40136 Bologna
Tel. 051/6366576

Segreteria Organizzativa
Jaka
Via della Balduina, 88 - 00136 Roma
Tel. +39 06 35497114 - Fax +39 06 35341535
corte@jaka.it - www.jaka.it

Causa trasferimento, medico odontoiatra offre a colleghi subentro in studio dentistico autorizzato in zona via Bellaria, canone di affitto conveniente, contesto signorile, libero da maggio 2011. Per informazioni tel. 328/5812566.

Affittasi ambulatorio medico presso poliambulatorio sito in Imola. Il poliambulatorio ha ottenuto l'autorizzazione comunale dal 1° febbraio 2010. È in zona comoda da raggiungere dalla città e dall'Autostrada. Possibilità di utilizzo segreteria e di parcheggio. Chi è interessato può contattare la Sig.ra Cristina, Poliambulatorio Pasquala, tel. 0542/641116, mail: info@medicalcpasquala.it o il sottoscritto Giancarlo Caroli.

Poliambulatorio autorizzato, non accreditato (C.D.O. s.r.l. via Ortolani 34/F Bologna) piano terra, a norma, accesso handicap, con fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Il Poliambulatorio è dotato di recentissimo ecografo Aloka Prosound alfa 7 4 sonde. Per informazioni tel. 051/547396. Vedi sito www.cdosrl.it

Poliambulatorio specialistico privato sito in Castel San Pietro Terme (BO) e dotato di ambulatorio chirurgico rende disponibili ambulatori per medici specialisti. Tel. 051/943330 - Fax 051/6942477.
E-mail: info@castellanomed.it

Poliambulatorio privato con ambulatorio chirurgico, autorizzato, in via Bondi (angolo Massarenti) offre, a medici specialisti, struttura e servizi per la libera professione medica (diagnostica e chirurgica) ambulatoriale. Tel. 051/2819792 - 338/9367856.

Poliambulatorio Bonazzi, sito in Cento (FE), via IV Novembre 11, autorizzato e certificato ISO 9001, con servizio di segreteria, accesso handicap e fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Per informazioni tel. 051/902236.

Affittasi a giornate studio dentistico a collega odontoiatra, oppure ambulatorio a specialista di altra branco della medicina. Via Lame, no ZTL, comodo parcheggio nelle vicinanze. Per informazioni tel. 335/5415205.

Affittasi ambulatorio medico sito in Bologna, via Mazzini n. 2. Cercasi assistente per reparto di ortopedia e traumatologia. Tel. 335/390860 - 051/6360566.

Affittasi ampia stanza luminosa e arredata in studio medico tranquillo sito al primo piano in via Dagnini. Comodo parcheggio, comodissima ferma degli autobus, ideale come studio per Psicoterapeuta. Tel. 051/6152171 - 335/6267507 - 339/4499136.

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

Vendesi zona Laura Bassi Mazzini ampio appartamento piano alto panoramico luminoso, in contesto signorile, adatto anche studio/ufficio, cucina, salone doppio, 2 camere, 2 bagni, cantina, posti auto/garage. Per informazioni tel. 337/570572 ore pasto serale.

Vendesi appartamento Murri alta via Molinelli, 120 mq. composto da: ingresso, sala doppia, cucina abitabile, lavanderia, 2 camere matrimonili, 2 bagni, 3 balconi, cantina grande, garage, porta blindata, ascensore, allarme, aria condizionata. € 460.000,00 + volendo garage. Tel. 335/7059281.

Studio medico ginecologico cerca collega ecografista per collaborazione. Telefonare al 333/2468817.

Vendesi garage con basculante di mq. 13 (520x250) adiacenze via Carracci, comodo alla stazione ferroviaria e a via Indipendenza € 32.000,00. Per informazioni tel. 339/3788815.

Vendo appartamento 75 mq. zona Mazzini (via Nadi) luminoso, al 5° piano con ascensore: tinello, cucinotto, 2 camere, bagno, balcone, cantina. Per informazioni tel. 339/3788815.

Affittasi studio medico a collega convenzionato dal 1° aprile 2011. Telefonare lasciando i propri dati in segreteria allo 051/471583.

Affittasi, studio medico avviato per cessazione attività mutualistica, anche a giornate in zona Borgo Reno, possibilità di parcheggio, impianti a norma, a medici e specializzandi area medica. Tel. 051/750427.

Offresi studio medico a professionista convenzionato USL. Posizione centrale, piano terra. Per info contattare tel. 333/3397199-348/7287477.

Affittasi ambulatori a medici, psicologi, laureati area medica, odontoiatri (Studio Attrezzato ed Autorizzato), in studio medico nel centro storico di Bologna, angolo P.zza Galileo, adiacente a garage pubblico con libero accesso Sirio autorizzato. Tel. 335/5431462.

Affittasi luminoso loale piano terra mq. 500 (anche frazionabile) vicinanze Piazza dell'Unità adatto struttura medica. Per informazioni tel. 335/6178801.

Norme editoriali

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

Articoli: formato word, times new roman 12, spazio singolo, giustificato, sono graditi gli articoli a carattere sanitario e a rilevanza locale. Gli articoli a carattere scientifico saranno inviati a referee nazionali scelti dalla redazione. Ogni articolo non dovrà superare di norma le 16.000 battute e contenere massimo 3 immagini in bianco e nero.
Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

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

Annunci: testo di massimo 500 battute

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