

# BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XXXIX - N° 8 AGOSTO 2008

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

## IN QUESTO NUMERO

- **Videosorveglianza e tutela della privacy nell'ambulatorio specialistico**  
Alberto Santoli, pag. 3
- **Coraggio bambini... non state poi così tanto male... e comunque c'è il Pronto Soccorso**  
Paolo Minelli, pag. 5

## DOSSIER al centro rivista

- **Regolamento Interno Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna**



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 CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI BOLOGNA

## DIRETTORE RESPONSABILE

Dott.ssa Rossana De Palma

## DIRETTORE DI REDAZIONE

Dott. Mario Lavecchia

## COMITATO DI REDAZIONE

Dott. Luigi Bagnoli  
Dott.ssa Giuseppina Bovina  
Dott. Francesco Cicognani Simoncini  
Dott. Carlo D'Achille  
Dott. Danilo Di Diodoro  
Dott. Flavio Lambertini  
Dott. Domenico Panuccio  
Dott. Paolo Roberti di Sarsina  
Dott. Stefano Rubini  
Dott.ssa Patrizia Stancari

I Colleghi Medici sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in terza di copertina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione. I testi dovranno essere inviati in cartelle dattiloscritte e in forma informatica, preferibilmente WORD.

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 luglio 2008  
è stato consegnato in posta  
il giorno 16/07/2008

**ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI BOLOGNA**

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

[www.odmbologna.it](http://www.odmbologna.it)

# SOMMARIO

ANNO XXXIX - AGOSTO 2008 N° 8

## ARTICOLI

Videosorveglianza e tutela della privacy nell'ambulatorio specialistico • 3

Coraggio bambini... non state poi così tanto male... e comunque c'è il Pronto Soccorso • 5

## NOTIZIE

Carta di Padova sulla Tutela dell'Ambiente e della Salute • 7

Convegno "Le decisioni di fine vita: quale il ruolo della desistenza terapeutica" - Relazione conclusiva • 9

Fiuggi: oltre 700 presenti.  
L'intervento di Sacconi. Il saluto di Berlusconi • 15

Addio ai certificati inutili • 16

Psichiatria e legge 180: 30 anni dopo. La formazione psicopatologica del Medico • 16

Tumori del cavo orale e Nomenclatore delle prestazioni • 18

Comunicato stampa FNOMCEO • 19

Relazione sullo svolgimento del seminario internazionale:  
"Bisogno di dominio e bisogno di condivisione nella relazione di coppia" • 19

Relazione conclusiva del Corso di Ecografia Clinica • 20

Relazione conclusiva del 23° Corso Teorico Pratico di Chirurgia Artroscopia ed il 18° Corso sulle Protesi di ginocchio • 21

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 24

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 25

LAVORO • 26

CONVEGNI CONGRESSI • 27

PICCOLI ANNUNCI • 32

\* \* \*

## Convegno “Le decisioni di fine vita: quale il ruolo della desistenza terapeutica” - Relazione conclusiva

---

Sabato 24 maggio si è tenuto a Mestre il **primo simposio nazionale “Le decisioni di fine vita: quale il ruolo della desistenza terapeutica”** organizzato dall’Omceo di Venezia e reso possibile

grazie all'intuizione e al grande lavoro profuso dal collega Cristiano Samuelli. La sala convegni dell'Hotel Michelangelo, gremita da un uditorio attento e partecipe, ha ascoltato dapprima l'intervento del Presidente Omceo, **Maurizio Scassola**. Questa relazione, come le altre, sono udibili integralmente sul nostro sito [www.ordinemedicivenezia.it](http://www.ordinemedicivenezia.it); di seguito trovate scritte le note salienti di ogni intervento.

Affrontando il tema "**Il concetto di desistenza terapeutica nel nuovo codice di deontologia medica**" il dottor Scassola ha così esordito: "Dobbiamo porci preliminarmente la domanda su che cosa oggi rappresenti, per la classe medica, il Codice di Deontologia. Desidero definire il Codice non tanto da un punto di vista giuridico ma da un punto di vista valoriale: uno strumento di condivisione attraverso il quale una categoria riconosce i propri valori e delinea i propri comportamenti; modello di riferimento per l'autodisciplina etico-comportamentale. Ma il Codice non è, e non deve essere, solo questo: deve rappresentare anche strumento di confronto con la nostra Comunità; è una occasione di relazione e di garanzia per il Cittadino che lo dovrebbe vedere e interpretare come ambito di confronto con la categoria medica. Il Codice è anche occasione di costante rivisitazione dei nostri valori e dei nostri comportamenti nel confronto con una cornice sociale, etica e politica "fluida" in costante divenire.

Quindi il Codice di deontologia è uno dei CAPISALDI DI RIFERIMENTO nella nostra cornice storica ed istituzionale insieme all'art. 32 della Costituzione "... nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge ... la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana" ed alla Convenzione di Oviedo "... nessun intervento in campo sanitario può essere effettuato se non dopo che la persona a cui esso è diretto vi abbia dato un consenso libero ed informato".

Anche il concetto di **Desistenza Terapeutica** è ben rappresentato nel Nostro Codice e viene individuato tra le attività di cura; un atto dovuto al paziente quando le procedure mediche si rivelano sproporzionate e senza una ragionevole speranza. Identifica un momento di non ritorno e di progressivo cambiamento degli obiettivi assistenziali: dal sostegno vitale all'accompagnamento di fine vita. Se un simile riferimento verrà fatto in maniera esplicita dal legislatore questo permetterà di non equivocare tra trattamenti da attuare come percorso di cura anche in assenza di direttive anticipate chiare, da quelli che invece si configurerebbero soltanto come accanimento terapeutico o peggio eutanasia.

Oggi pazienti, familiari e medici sono sostanzialmente soli nel gestire i momenti terminali della vita. È drammatico constatare come sia ancora profonda l'asimmetria informativa e relazionale tra il medico (ma anche gli altri operatori della salute), la persona e i suoi familiari! È proprio questa mancanza di relazione che crea disagio, sofferenza, senso di inadeguatezza, di abbandono; questi "sentimenti" permeano diffusamente l'ambiente assistenziale e coinvolgono non solo il paziente e i suoi cari ma tutti gli operatori i quali, non sono sostenuti da una organizzazione delle cure che crea empatia e condivisione delle scelte. L'organizzazione viene invece vissuta come l'ennesimo ostacolo relazionale-terapeutico; un contenitore che finalizza i propri interventi alla risoluzione di problemi non alla elaborazione di strategie e di decisioni per quella persona, per quel nucleo familiare, inserito in quel contesto sociale che ha a disposizione risorse certe.

Noi non vogliamo che "... il diritto delle persone all'assistenza nel morire diventi un 'problema' per l'organizzazione, per i costi, per la mancanza di accoglienza alla famiglia nei luoghi di cura ... per noi tutti non si tratta mai solo di morire ma di poter vivere quell'eccezionale momento del vivere che è il morire...".

È da questo cambiamento di prospettiva che dobbiamo porci la domanda se sia realmente necessaria una legge che regolamenti questa relazione e che identifichi i diritti ed i doveri o se invece abbiamo bisogno, almeno prioritariamente, di individuare insieme la riorganizzazione dei percorsi di cura con il coinvolgimento dei "portatori di interesse". Una Legge può creare il "cambiamento" o è prioritario il confronto all'interno delle comunità per individuare percorsi, procedure, strutture di accoglienza, standard organizzativi e formativi interdisciplinari, audit interni alle unità operative ed ai dipartimenti e tra questi soggetti ed i curanti per definire in questo tempo, in quel luogo, in quella cornice sociale e assistenziale quali siano i percorsi e le attività a sostegno della umanizzazione delle cure e della dignità della persona.

Noi crediamo che neanche la Politica debba essere lasciata sola a decidere ma che le nostre comunità debbano confrontarsi stabilmente su questi temi che rappresentano un indicatore della capacità di "accoglienza" e di "accompagnamento" della persona nel suo stato di fragilità più pro-