



BOLLETTINO

ANNO XXXV - Agosto 2004 N° 8

notiziario



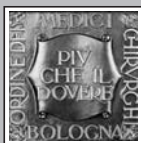
IN QUESTO NUMERO

- PIANO SANITARIO REGIONALE
- AGGIORNAMENTI SU PRIVACY E AUTORIZZAZIONI

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

Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 Bologna - Tel. 051.399745 - Pubblicazione mensile - Spedizione in A.P. 45% - articolo 2 comma 20/b legge 662/96 Filiale di Bologna

www.odmbologna.it



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

BOLLETTINO NOTIZIARIO 08/04

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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Paolo Cernuschi

DIRETTORE DI REDAZIONE

Dott. Fabrizio Scardavi

COMITATO DI REDAZIONE

Dott. A. Stefano Crooke
Dptt. Carlo D'Achille
Dott.ssa Mohamed-Alamin Munita
Prof. Gianfranco Morrone
Dott. Sergio Scoto
Dott. Mauro Voza
Dott. Marcello Zanna

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 4
Telefono 051.399745
Contiene I.P.

*I Colleghi sono invitati a collaborare
alla realizzazione del Bollettino.*

*Gli Articoli sono pubblicati a giudizio
del Comitato di Redazione*

*Pubblicazione Mensile
Spedizione in A.P. - 45%
art. 2 comma 20/b - legge 662/96
Filiale di Bo*

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

In copertina:

*Osservatorio astronomico dell'Università
di Bologna frequentato da Copernico
e da Galileo Galilei. Visto da via Belmeloro*

Il Bollettino di Luglio 2004 è stato
consegnato in posta il giorno 15/07

INDICE

EDITORIALE

La triade di Saint

2

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

Assemblea ordinaria iscritti 24 giugno 2004

Approvazione bilancio consuntivo 2003

Commissione Odontoiatri 30 aprile 2004

4

7

DALLA FEDERAZIONE

Del Barone: l'area del convenzionamento un patrimonio da salvaguardare

Proroga scadenza predisposizione Documento programmatico
sulla Sicurezza 31.12.2004

Decreto 5 luglio 2003, n. 388 - Disposizione sul pronto soccorso aziendale

Del Barone: "Una sanatoria discutibile, un ennesimo attacco
alla professione"

Del Barone: l'ordine dei medici riconferma il suo

"NO" alla sanatoria per l'accesso ai Corsi di Laurea

Del Barone riceve un'ampia rappresentanza delle

associazioni delle medicine non convenzionali

Il Senato approva una inqualificabile sanatoria

8

10

10

11

12

13

13

ENPAM

Borse di studio per Orfani di Medici Chirurghi ed odontoiatri

Le novità Enpam sui riscatti nel fondo generale

Le novità Enpam sui riscatti nel fondo generale

dei medici di medicina generale

I riscatti nel fondo speciale Enpam degli ambulatori

L'Enpam ha introdotto nuove forme di riscatto al fine

di assicurare agli iscritti una maggiore tutela previdenziale

Riscossione dei contributi dovuti al Fondo della

Libera Professione Quota B del Fondo Generale

15

16

17-18

19

20

22

I COLLEGHI SCRIVONO

Salvatore è innocente

24

NOTIZIE

Medici disponibili per attività professionali

Aggiornamento normativo in materia di pubblicità sanitaria

Scuola di Formazione in Psicoterapia Transpersonale

Richiesta di patrocinio e utilizzo sala riunioni

Ambulatorio di Oftalmoplastica

La Fimmg, ricorda Roberta Zedda

Non basta l'EBM per evitare una condanna

Bando di concorso al premio Francesco Schiassi per l'anno 2004

Piano Sanitario Regionale 1999-2001

25

27

28

28

29

29

30

30

32

GIURISPRUDENZA

Le trattenute sui compensi da parte dell'Asl sono indebite

54

CONGRESSI CONVEGNI

Notizie sulla residenza Montebello dell'ONAOI per sanitari anziani

Problematiche ONAOI

Le emergenze e le urgenze odontoiatriche, il contenzioso e la
responsabilità professionale

Il diabete mellito un approccio integrato

Seminari di Neuroscienze dell'Ospedale Bellaria

Presente e futuro del trattamento delle metastasi ossee

da mammella, prostata e mieloma

14° Conferenza Annuale di Ecografia Muscoloscheletrica

55

56

57

58

58

59

60

ASSOCIAZIONI E SINDACATI

Decennale dell'Associazione di Volontariato Iniziativa Parkinsoniani I.P.

10° Anniversario AMFI Associazione Medici Fotografi Italiani

Regolamento V° Concorso Fotografico AMFI

61

62

62

PICCOLI ANNUNCI

64

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

Presidente

Dott.ssa NICOLETTA LONGO

Vice Presidente

dott. FRANCESCO BIAVATI

Segretario

Dott. SERGIO SCOTO

Tesoriere

Dott. MICHELE UGLIOLA

Consiglieri

Dott. PAOLO CERNUSCHI

Dott. FABRIZIO DEMARIA

Dott. MARIO LIPPARINI

Dott.ssa PAOLINA MISCIONE

Dott.ssa MUNIRA MOHAMED-ALAMIN

Dott. ALVISE PASCOLI

Dott. FABRIZIO SCARDAVI

Dott. GIOVANNI ATTILIO TURCI

Dott. MASSIMO VALENTINO

Dott. FERNANDO VITULLO

Dott. MAURO VOZA

Consiglieri Odontoiatri

Dott. FEDERICO BONI

Dott. MAURO VENTURI

Collegio Revisori dei Conti

Dott. ANTONIO CURTI (Presidente)

Dott. NICOLA ANGELINO (effettivo)

Dott.ssa PATRIZIA BARILE (effettivo)

Dott. ANDREA BONFIGLIOLI (supplente)

Commissione Odontoiatri

Presidente: Dott. ALESSANDRO NOBILI

Segretario: Dott. CARLO D'ACHILLE

Componenti: Dott.ssa LIA RIMONDINI

Dott. FEDERICO BONI

Dott. MAURO VENTURI

La triade di Saint

Come è ben noto, in ambito medico esistono delle condizioni cliniche ricorrenti e ben definite di cui, tuttavia, non è noto il fondamento scientifico fisiopatologico.

Saint, chirurgo sudafricano, constatò che alcuni suoi pazienti erano portatori di ernia iatale, colelitiasi e diverticolosi colica pur in assenza di un chiaro fondamento fisiopatologico comune.

Il fatto che la Scienza Medica, quand'anche questa sia unica, non riesca a trovare una spiegazione universalmente accettata di questa sindrome, come di molte altre condizioni, non significa necessariamente che se ne debba negare l'esistenza o la necessità di affrontarla in maniera ragionata e consapevole.

Al Medico, indipendentemente dal contesto clinico o normativo nel quale è inserito, capita di constatare condizioni patologiche e socio assistenziali abnormi nella presentazione e nel trattamento rispetto a quanto previsto dal protocollo.

Anche in questo caso le Erinni punirebbero se "trasgredisse la sua misura andando oltre il compito a lui assegnato" (Eraclito)?

Forse, di fronte a un caso strano e apparentemente non perfettamente riconducibile a un *unicum* scientifico, è opportuno che si conceda una certa autonomia di giudizio che, comunque, deve essere riconducibile al benessere del paziente, nel rispetto del Codice Deontologico e dei limiti posti dalla normativa vigente.

Il Direttore
Dr. Paolo Cernuschi

Assemblea ordinaria iscritti 24 giugno 2004 Approvazione bilancio consuntivo 2003

→ Il giorno 24 Giugno 2004 alle ore 21,00, presso la Sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri di Bologna, Via Zaccherini Alvisi, 4, si è tenuta l'Assemblea Ordinaria degli iscritti per l'approvazione del bilancio consuntivo 2003.

Il Presidente, Dott.ssa Nicoletta Longo, saluta gli intervenuti e da lettura della propria relazione morale:

BILANCIO CONSUNTIVO 2003

Grazie ai presenti, ai Colleghi, al Rag. Borghi, allo studio legale, ai membri del Consiglio tutto e soprattutto alle segretarie, Alessandra, Annalisa, Cristina, Paola e Patrizia per l'attenzione, la serietà e l'abnegazione dimostratici. Un grazie anche al Sig. Nicola Sansubrino per la sua collaborazione.

Abbiamo vissuto quest'ultimo anno 2003 in un costante clima di rinnovamento e di riorganizzazione, in un dinamismo di attività e di nuovi servizi offerti ai colleghi, affrontando importanti sfide con serietà e impegno.

Nel periodo di mandato che si concluderà nel 2005 i nostri obiettivi hanno fatto leva su una linea guida centrale:

fare del nostro ordine provinciale il riferimento, in cui fosse primaria la centralità del Medico.

In ogni progetto, in ogni strumento di cui ci siamo dotati, abbiamo tenuto conto della sostenibilità economica e delle compatibilità etica e deontologica; nelle scelte ci siamo posti l'obiettivo dell'equilibrio inteso come risposta diffusa ai bisogni dei Medici.

È Stata mantenuta inalterata la quota associativa nonostante l'aumento richiesto come percentuale dalla FNOMCeO che è del 23.4% con un incremento del 7% negli ultimi 3 anni.

Il risultato di bilancio, che dovrà passare alla ratifica dell'Assemblea Generale, è caratterizzato principalmente dai seguenti capitoli:

Entrate di competenza; Spese di competenza; Residui attivi; Residui passivi e dal Conto economico.

Come dal prospetto che avete ricevuto. Si può verificare il risultato positivo finanziario di 31.519 €.

L'andamento economico è di 46.564 €. La liquidità è senza problemi.

Gli investimenti mobiliari: Nel 2003 l'andamento dei mercati finanziari è stato insoddisfacente. Tale situazione si è riflessa sull'attività degli investimenti, che si è conclusa con un rendimento netto del 2,1%, come nel 2002.

Sono state nel 2003 investiti 12.000 € in borse di studio.

Le indennità ai componenti degli Organi Istituzionali sono rimaste inalterate nel 2003 come del resto è avvenuto nei tre anni precedenti.

Il Consiglio si è riunito per 23 volte nel 2003.

Le commissioni hanno tenuto globalmente 6 incontri nel 2003.

I costi ed i ricavi sono stati contabilizzati, come lo scorso esercizio, secondo il criterio della competenza economica.

Il bilancio consuntivo del 2003 che viene presentato alla Vostra discussione ed approvazione è stato da noi esaminato. In particolare abbiamo verificato la corrispondenza dei dati di bilancio con i documenti giustificativi delle diverse voci.

Grazie a tutti voi che siete intervenuti a questa assemblea.

RELAZIONE AL RENDICONTO 2003

Il rendiconto per l'esercizio 2003, comprende il rendiconto finanziario, il conto economico e la situazione patrimoniale e dimostra i risultati della gestione dell'anno 2003, conformemente a quanto disposto dalle norme di legge e dal regolamento dell'Ordine.

Il rendiconto finanziario dimostra per titoli e capitoli, le risultanze della gestione autorizzatoria contenuta nel bilancio annuale rispetto alle previsioni e si chiude con un avanzo di gestione di euro 31.518,69, determinato da:

entrate accertate euro 816.055,04

spese impegnate euro 784.536,35.

La gestione dei residui presenta un avanzo di euro 10.265,27, determinato da:

maggiori residui attivi riaccertati per euro 10.160,74

minori residui passivi riaccertati per euro 104,53.

Tali risultati sommati agli avanzi degli esercizi precedenti non utilizzati per euro 929.560,97, portano ad un avanzo d'amministrazione al 31/12/2003 di complessivi euro 969.344,93.

L'avanzo d'amministrazione complessivo alla chiusura dell'esercizio 2003, di euro 969.344,93, come accennato in precedenza, riassume l'avanzo della gestione 2003 e gli avanzi delle precedenti gestioni non utilizzati.

Il conto economico evidenzia i componenti positivi e negativi dell'attività dell'Ordine, rilevati secondo criteri di competenza economica e comprende

gli accertamenti e gli impegni del conto finanziario, rettificati in termini economici.

Il risultato economico positivo di euro 46.564,24, evidenzia che anche nel 2003 i proventi della gestione dell'Ordine pari ad euro 758.685,19 sono stati superiori ai costi gestionali di euro 712.120,95.

Gli ammortamenti compresi nel conto economico, sono rilevati per euro 35.503,97 applicando i coefficienti fiscali al costo dei beni utilizzati nell'esercizio, come disposto dal regolamento di contabilità.

Il valore dei beni al netto del relativo fondo, alla loro residua possibilità di utilizzo.

Il conto del patrimonio riassume la consistenza del patrimonio dell'Ordine al termine dell'esercizio 2003, ed evidenzia i seguenti valori:

ATTIVITÀ

Immobilizzazioni materiali	628.331,39
Immobilizzazioni finanziarie	89.924,45
Crediti	323.836,56
Disponibilità liquide	961.236,58
<i>Totale attività</i>	<i>2.003.328,98</i>

PASSIVITÀ

Debiti	156.421,05
Fondo T.F.R.	96.015,39
Fondo ammortamento immobilizzazioni	210.442,00
Netto patrimoniale	1.540.450,54
<i>Totale passività</i>	<i>2.003.328,98</i>

Le immobilizzazioni materiali corrispondono al costo dei beni acquisiti al netto dei relativi fondi di ammortamento come da dettaglio per tipologia e destinazione. Le immobilizzazioni finanziarie consistono in:

Libretti per TFR dipendenti	79.607,24
Libretti per fondo amm.to	10.317,21

Le disponibilità liquide corrispondono al saldo al 31/12/2003 del conto di tesore-

ria di euro 961.236,58. Nei crediti è compresa la somma di euro 258.228, pari al valore dei titoli per operazioni finanziarie a breve termine.

Il fondo TFR di euro 96.015,39 corrisponde al debito maturato nei confronti dei dipendenti per trattamento fine rapporto in base alle norme vigenti ed al contratto di lavoro.

Il patrimonio netto iniziale di euro 1.493.886,30 si incrementa con l'utile dell'esercizio per euro 46.564,24, per cui il nuovo valore è di euro 1.540.450,54.

L'avanzo d'amministrazione è stato applicato al bilancio di previsione dell'esercizio 2004 per la parte di euro 208.000, destinandolo

per € 73.000 ad investimenti

per € 135.000 a spese non ricorrenti

L'eventuale utilizzo della restante parte sarà successivamente valutata dal Consiglio per formare oggetto di una specifica proposta di variazione di bilancio.

Il Presidente chiede ai componenti del Collegio dei Revisori dei Conti di illustrare ai presenti la relazione al Bilancio Consuntivo 2003.

Il Dott. Nicola Angelino legge la relazione:

RELAZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Il Collegio, a seguito delle verifiche periodiche durante l'esercizio 2003 e dell'esame della situazione amministrativa finale e degli elementi che compongono il rendiconto

ATTESTA

che le risultanze del rendiconto corrispondono alle scritture contabili e sono così riassunte:

1) GESTIONE TESORERIA

Saldo di cassa all'1/1/2003	888.397,50
Riscossioni	807.377,14
Pagamenti	734.538,06
Saldo di cassa al 31/12/2003	961.236,58

2) RENDICONTO FINANZIARIO

Saldo di cassa al 31/12/2003	961.236,58
Residui attivi	323.836,56
Residui passivi	-316.728,21
Avanzo d'amministrazione	969.344,93

3) CONTO ECONOMICO

Ricavi e proventi	758.685,19
Costi ed oneri	-712.120,95
Risultato economico	46.564,24

4) CONTO DEL PATRIMONIO

Attività	2.003.328,98
Passività	-462.878,44
Patrimonio netto	1.540.450,54

5) che la gestione dell'esercizio 2003 non presenta irregolarità.

Terminata la lettura, il Presidente chiede ai presenti se ci siano domande da porre in merito alle voci di entrata e uscita del Bilancio.

Nessuna domanda.

Il Presidente pone in votazione il Bilancio Consuntivo 2003 che viene approvato all'unanimità dei presenti.

Il Presidente, ringrazie gli intervenuti e dichiara chiusa l'Assemblea ordinaria.

In seguito a Delibera del Consiglio Direttivo, per l'anno 2004 sono state istituite due borse di studio per giovani medici che intendono svolgere un'attività di ricerca all'estero.

Il bando scade il giorno 15 settembre e il colloquio di valutazione si svolgerà il giorno 15 ottobre.

Invitiamo i Colleghi interessati a rivolgersi alla segreteria dell'Ordine.

Commissione Odontoiatri 30 aprile 2004

→ **Presenti:** Dott. Federico Boni, Dott. Carlo D'Achille, Dott. Alessandro Nobili, Dott. Mauro Venturi, Dott.ssa Lia Rimondini.

Ordine del giorno

1. Approvazione verbale seduta precedente (20-02-2004)

Il Segretario fornisce copia del verbale relativo alla seduta del 20-02-2004. I presenti, dopo averla analizzata attentamente, l'approvano all'unanimità.

2. Comunicazioni del Presidente

Il Presidente comunica di avere convocato il Dr., a seguito di una segnalazione effettuata da un iscritto, a riguardo a un tariffario comparso sulla rivista (rivista di informazione sulle prestazioni mediche nei centri convenzionati Bologna). Il Dr. Nobili ha fatto presente al professionista che la visita gratuita, e quindi sotto minimo tariffario, è deontologicamente scorretta. Il Dr. si impegna a fare rimuovere dalla rivista tale voce.

Il Presidente comunica al CAO che il Dr. ha proposto ricorso in Cassazione avverso la decisione della C.C.E.P.S. che confermava la sua sospensione dall'esercizio della professione per un anno. Il CAO si pronuncia all'unanimità per proporre al Consiglio Direttivo di resistere con un contro ricorso.

3. Opinamento notule

Sono analizzate 8 notule, che vengono considerate congrue.

4. Varie ed eventuali

Il Presidente comunica che verrà organizzato, nel mese di novembre P.V., un incontro sul tema "Gli adempimenti dello studio odontoiatrico". Il CAO da mandato al Dr. Nobili di preparare una bozza del programma da sottoporre all'attenzione del prossimo consiglio.

5. Eventuale apertura procedimenti disciplinari

Il Dr. Nobili riferisce di avere convocato il Dr. a riguardo di reati per i quali risulta condannato dal Tribunale di Il CAO decide di aprire un procedimento disciplinare nei suoi confronti per presunta violazione del artt. 1, 2, 5 e 6 del Codice Deontologico 1998, nominando come relatore il Dr. xy.

Non vi sono altri punti in esame.

Non essendo emersi ulteriori argomenti di discussione la seduta è tolta alle ore 12,30.

Centro Odontoiatrico Grimaldi

Via Grimaldi 6/e -Bologna (adiacenze Paladozza)

Affitta Locale/i operativi odontoiatrici

in ambulatorio odontoiatrico autorizzato ai sensi della L.R. n. 34/98
e succ. modific. e norme delibere applicative

rif. Dott. Antonio Madera 051 555900 (LMMGV), 3358114518 (SD)

COMUNICATO STAMPA
UNA DELEGAZIONE DEI MEDICI PEDIATRI È
STATA RICEVUTA DAL PRESIDENTE
DELLA FNOMCEO

Del Barone: l'area del convenzionamento un patrimonio da salvaguardare

→ Una delegazione della Federazione Italiana medici Pediatri (FIMP) composta dal Presidente **Pier Luigi Tucci**, dal Segretario **Giuseppe Mele** e dal Tesoriere **Claudio Colistra** è stata oggi ricevuta dal Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri **Giuseppe Del Barone**.

Tema dell'incontro l'attuale situazione di stallo del rinnovo dei contratti dell'area medica e più in particolare il tentativo messo in atto dalla Parte Pubblica di smantellare le convenzioni a favore di forme di assistenza alternative.

Un problema questo – hanno aggiunto i rappresentanti della FIMP – che con la ventilata riforma del Servizio Sanitario nazionale interesserà non solo i pediatri ma tutta l'area del convenzionamento.

Una preoccupazione condivisa dal Presidente Del Barone convinto assertore del ruolo insostituibile ricoperto fino ad oggi dai medici di famiglia, dai pediatri di libera scelta e dai sanitari di continuità assistenziale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. *“Si tratterebbe senza dubbio, ove venisse attuato, di un tentativo di delegiferare il rappor-*

to di lavoro dei medici convenzionati” – ha dichiarato. *“Credo pertanto sia necessario intervenire per garantire in futuro ai cittadini quell'assistenza ormai divenuta insostituibile, che vede nel rapporto medico/paziente, basato sulla conoscenza e la fiducia reciproche, il suo momento più qualificante”*.

COMUNICAZIONE N. 70

Il Titolo V del D.Lgs 196/03 disciplina il trattamento di dati personali in ambito sanitario. L'art. 77 in deroga alla normativa generale del Codice in materia di protezione dei dati personali indica le modalità semplificate che dovranno seguire gli esercenti le professioni sanitarie per l'informativa e l'acquisizione del consenso.

I medici e gli odontoiatri ai sensi dell'art. 76 trattano i dati idonei a rivelare lo stato di salute:

- a) con il consenso dell'interessato, senza l'autorizzazione del Garante, se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire la finalità della tutela della incolumità fisica dell'interessato;
- b) anche senza il consenso dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante se la tutela della salute e dell'incolumità fisica riguarda un terzo o la collettività.

Nel caso in cui al comma 1) il consenso è prestato con le modalità semplificate. Sempre nelle fattispecie di cui al comma 1 l'autorizzazione del garante è rilasciata sentito il Consiglio Superiore di Sanità a meno che si tratti di particolare urgenza.

L'art. 81 del D.Lgs in questione disciplina la prestazione del consenso che può essere manifestato anche con una dichiarazione orale. In tal caso il consenso è documentato, anziché con atto scritto dell'interessato (assistito), con annotazione dell'esercente la professione sanitaria riferita al trattamento di dati effettuati da uno o più

soggetti e alla informativa all'interessato, nei modi indicati negli artt. 78 - 79 - 80.

Detta documentazione, anche al fine di renderla conoscibile ad altro professionista, può essere resa conoscibile dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta con apposita annotazione o apposizione di un bollino su carta elettronica o tessera sanitaria. In tutti i casi l'annotazione deve contenere il richiamo all'art. 78, comma 4.

La previsione dell'annotazione o dell'apposizione di un bollino sulla carta elettronica o sulla tessera sanitaria davorisce la circolazione del consenso dei dati che fa carico, nella fattispecie, esclusivamente al medico di famiglia.

Peraltro il medico di famiglia, il pediatra di libera scelta e il libero professionista medico e odontoiatra possono acquisire il consenso in forma scritta attraverso la sottoscrizione di un modello che si allega in copia.

Il modello dovrà essere custodito dal medico o dall'odontoiatra e potrà essere esibito in caso di contestazione dell'avvenuto consenso.

Gli esercenti le professioni sanitarie, al di là di ogni altra interpretazione, hanno l'obbligo di acquisire il consenso immediatamente.

Infatti la lett. e) dell'art. 181 del Codice in parola che prevedeva il 30 settembre 2004, quale ultima data per l'acquisizione del consenso per il trattamento dei dati personali, iniziato prima del 1° gennaio 2004, è stata abrogata dalla lett. d) dell'art. 2 bis della legge 26 maggio 2004 n. 138, ragion per cui essendo venuta meno la moratoria, l'obbligo stesso dell'acquisizione del consenso decorre dal 30 maggio 2004 giorno successivo a quello della pubblicazione sulla G.U.

Il medico o l'odontoiatra e in particolare il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta, acquisiranno il consenso, qualora non fosse già stato acquisito, alla prima visita del paziente.

In allegato trasmettiamo moduli distinti:

- a) per l'acquisizione del consenso da parte dei medici, degli odontoiatri e delle strutture sanitarie mediche od odontoiatriche associate e gli artt. 13, 7, 8 e 11 del D.Lgs 196/03;
- b) per la nomina di responsabile e di incaricato al trattamento dei dati personali e sensibili con le informazioni e le istruzioni;
- c) per la nomina di responsabile quale Titolare del laboratorio odontotecnico e dello studio commercialista.

Invitiamo gli Ordini a darne la massima diffusione con i mezzi ritenuti più idonei. I medici e gli odontoiatri potranno scaricare dal sito della Federazione i predetti moduli.

Giuseppe Del Barone

Cari Presidenti,

come potete notare dall'allegata nota del Segretario Generale del Capo dello Stato, il Presidente Ciampi ha accolto la mia richiesta di conferire la medaglia d'oro al valor civile alla memoria della collega Roberta Zedda.

Desidero portarvene subito a conoscenza perché è una cosa che tutti attendevano con ansia come giusto e meritato riconoscimento alla memoria della dottoressa sarda.

Fortunatamente qualche volta anche le voci dei medici giungono a buon fine.

Vi saluto tutti caramente a presto.

Giuseppe Del Barone

Proroga scadenza predisposizione Documento programmatico sulla Sicurezza 31.12.2004

→ Come preannunciato con la precedente comunicazione n. 69/04, il Consiglio dei Ministri, nella riunione del 23.06.04, ha approvato il D.L. concernente "la proroga dei termini in materia di... 'omissis... protezione dei dati personali'".

L'art. 180 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30.06.04, n. 196) al primo comma prevede che le misure di sicurezza che non erano previste da DPR 28.07.1999, n. 318, devono essere adottate entro il 30.06.04.

Con il D.L. approvato la data del 30.06 è stata prorogata al 31.12.2004.

Si ribadisce che è stato istituito un incontro tecnico tra il Garante e la Federazione per l'esame del documento programmatico sulla sicurezza sia per i medici e gli odontoiatri che per gli Ordini provinciali.

L'incontro avverrà sicuramente prima delle ferie estive e il documento concordato sarà inviato tempestivamente agli Ordini per una capillare diffusione agli iscritti.

Si invitano, pertanto, gli Ordini a tranquillizzare i medici e gli odontoiatri sulla non urgenza della predisposizione del documento programmatico sulla sicurezza e a rassicurarli che la Federazione fornirà loro detto documento in tempi brevi.

Giuseppe Del Barone

Decreto 5 luglio 2003, n. 388 Disposizione sul pronto soccorso aziendale

→ Il Comitato Centrale della Federazione, nell'esaminare le disposizioni relative al decreto 15 luglio 2003, n. 388 recante *Disposizioni sul pronto soc-*

corso aziendale, si è soffermato principalmente su quanto previsto dall'art. 3 concernente la formazione dei lavoratori addetti al pronto soccorso.

La formazione di detti lavoratori deve essere svolta dal personale medico in collaborazione, ove possibile, con il sistema di emergenza del SSN.

Il Comitato Centrale ha evidenziato che questo tipo di formazione, per ovvi motivi, non può riguardare i medici e gli odontoiatri, quand'anche fossero datori di lavoro negli studi o negli ambulatori.

L'unica perplessità può nascere dal 2° comma dell'art. 15 del Dlgs 629/94 il quale stabilisce che "*Il datore di lavoro qualora non vi provveda direttamente, designa uno o più lavoratori incaricati dell'attuazione dei provvedimenti in materia di pronto soccorso*". Anche in questo caso, però, un'interpretazione

logica porta ad escludere che gli iscritti agli Albi delle professioni sanitarie debbano essere soggetti agli obblighi di formazione nel campo degli interventi di pronto soccorso.

La Federazione chiede, pertanto, un gentile cenno di riscontro sull'interpretazione della normativa regolamentare per poterne dare atto ai propri iscritti.

Giuseppe Del Barone

Del Barone: “Una sanatoria discutibile, un ennesimo attacco alla professione”

→ “Un provvedimento che, se approvato, vanificherà l'attuale impianto della didattica e conseguentemente la qualità professionale dei futuri medici ed odontoiatri con gravi ricadute sulla salute dei cittadini”.

Così si è espresso il Presidente della Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri **Giuseppe Del Barone** alla vigilia della discussione in aula al Senato del disegno di legge n. 2005 sulla regolarizzazione delle iscrizioni ai corsi di diploma universitario e di laurea per l'anno accademico 2000-2001, licenziato dalla Commissione VII.

“Questa ennesima sanatoria infatti consentirebbe agli studenti che non hanno

superato le prove di ammissione ai corsi di laurea a numero programmato ma che a seguito di ricorso al TAR avevano ottenuto l'iscrizione sotto condizione, di ottenere l'iscrizione al secondo anno, scardinando di fatto ogni logica di programmazione proprio in quei settori dove, più di altri, la didattica necessita di strutture formative in grado di garantire la massima qualità professionale dei futuri operatori”. “Siamo costretti a registrare una discutibile inversione di tendenza” – ha aggiunto il Presidente della Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri **Giuseppe Renzo** – visto che nella prima stesura del d.d.l. approvato alla Camera dei Deputati era previsto che gli studenti ammessi dietro ricorso al TAR potessero iscriversi al secondo anno di un corso di laurea non a numero programmato, con il riconoscimento degli esami fino a quel momento sostenuti.

Questa ultima soluzione, come è stato sostenuto in una lettera ai Senatori, inviata dalle professioni intellettuali interessate, prime fra tutte quelle sanitarie e da tutti i sindacati medici, avrebbe avuto il merito di non consentire accessi indiscriminati negli atenei, in palese conflitto con le norme sulla programmazione, non avrebbe prodotto future ripercussioni negative sulla qualità dell'assistenza, e nel contempo avrebbe garantito agli studenti il riconoscimento degli esami sostenuti.

COMUNICATO STAMPA
IL PRESIDENTE DELLA FNOMCEO
INTERVIENE DOPO L'APPROVAZIONE DEL DDL
DA PARTE DEL SENATO

Del Barone: l'ordine dei medici riconferma il suo "NO" alla sanatoria per l'accesso ai Corsi di Laurea

→ La Federazione Nazionale dei Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha espresso la perplessità della categoria medica per l'approvazione, da parte

del Senato, del DDL che consente l'iscrizione ai corsi di laurea in medicina e odontoiatria agli studenti che pur non avendo superato la prova di ammissione hanno presentato ricorso ai vari TAR avverso la mancata iscrizione alla facoltà.

"Credo si tratti di un provvedimento non condivisibile – ha dichiarato il Presidente della FNOMCeO **Giuseppe Del Barone** – perché contrario alla vigente normativa che regola le iscrizioni alle Facoltà mediche, normativa ispirata a tenere nella giusta considerazione la qualità dei futuri professionisti, il numero degli operatori sanitari richiesti dal 'mercato' della salute, nonché le capacità didattiche dei vari Atenei".

"Senza dimenticare – ha aggiunto Del Barone – che se il decreto venisse approvato dall'altro ramo del Parlamento verrebbero ad essere premiati coloro che si sono posti in antitesi ad una legge dello Stato e nel contempo penalizzati tanti studenti che accettando il provvedimento hanno orientato il proprio futuro professionale verso altri settori".

"Non rimane – ha concluso il Presidente dei medici italiani – che sperare in un interessamento della Camera dei Deputati per scongiurare il perpetrarsi di questa grave ingiustizia".



Per gentile concessione Aboca Museum

COMUNICATO STAMPA

Del Barone riceve un'ampia rappresentanza delle associazioni delle medicine non convenzionali

→ Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri **Giuseppe Del Barone** ha ricevuto oggi una nutrita rappresentanza delle associazioni delle medicine non convenzionali. Tra queste l'ASSUM

(Associazione per l'Università in Medicina), la SIOMI (Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata), il Coordinamento Nazionale per la medicina Omeopatica e la SIA (Società Italiana di Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese).

L'incontro con il rappresentante istituzionale della professione medica è stata l'occasione per ribadire ancora una volta la validità e la piena condivisione dei principi espressi nel documento di Terni, approvato nel maggio 2002 dal Consiglio Nazionale degli Ordini dei Medici, a conclusione di un apposito convegno sulle medicine non convenzionali.

Punto centrale del documento è il considerare le suddette medicine e pratiche a tutti gli effetti *atto medico* e come tale di esclusiva competenza dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

I rappresentanti della MNC, a conclusione dell'incontro, hanno tenuto a precisare che la loro professionalità, ispirata alla ricerca medica ed al pluralismo scientifico non si pone assolutamente come alternativa alla medicina tradizionale dell'evidenza, ma si colloca in una posizione di integrazione con lo scopo di offrire ai cittadini il più ampio ventaglio di possibilità terapeutiche.

COMUNICATO STAMPA

Il Senato approva una inqualificabile sanatoria

→ dichiarazioni del Presidente della Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri della Fnomceo

"Scandalosa approvazione di un'ennesima sanatoria clientelare", così commenta Renzo, Presidente della Commissione Odontoiatrica della Fnomceo, appresa la notizia della recentissima approvazione, da parte del Senato, del Ddl 2005 concernente la sanatoria degli studenti che non supera-

rono le prove di ammissione ai corsi di laurea a numero programmato nell'anno accademico 2000-2001 e che avevano presentato ricorso ai Tar.

“Il parere contrario degli Ordini professionali è stato clamorosamente irriso e considerato soltanto un lamento corporativo, mentre è prevalsa la logica clientelare di tutelare solo pchi ‘figli di papà’ che non erano stati in grado di superare le prove di ammissione ai corsi di laurea”. Prosegue così l'intervento di renzo, indignato per le dichiarazioni che hanno accompagnato il dibattito parlamentare di ieri conclusosi con l'approvazione della sanatoria degli studenti.

“La salute pubblica non può essere considerata merce” – afferma ancora il

Presidente della Commissione Odontoiatrica – ***“con tale provvedimento saranno ammessi a frequentare i corsi di laurea per le professioni sanitarie come la medicina e l'odontoiatria, studenti che non hanno dimostrato la necessaria preparazione culturale e intellettuale”.***

“Continueremo la nostra battaglia con tutti i mezzi leciti” – ha concluso Renzo – *“affinché il provvedimento che dovrà passare alla Camera dei Deputati per la definitiva approvazione venga bloccato, nel rispetto delle regole dell'etica e del necessario senso di responsabilità che continuano ad essere calpestati in un paese abituato a premiare soltanto i più furbi”.*



Per gentile concessione Aboca Museum

Borse di studio per Orfani di Medici Chirurghi ed Odontoiatri

Anno scolastico ed Accademico
2003/2004

→ Nell'ambito degli interventi assistenziali previsti dalle norme regolamentari si comunica che il Comitato Esecutivo, nella seduta del 20-05-2004, ha deliberato la concessione di n. 285 sussidi di studio a favore degli Orfani di Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

I sussidi di studio saranno assegnati, come di consueto, in base alle norme contenute nell'apposito bando di concorso allegato alla presente ed in base alle risultanze delle certificazioni di studio prodotte dai concorrenti.

Si richiama l'attenzione sulla procedura prevista per la presentazione delle domande stesse allo scopo di evitare esclusioni per decorrenza dei termini: le domande relative ai sussidi di studio per le scuole secondarie di primo e secondo grado, nonché quelle relative ai sussidi di studio per studenti universitari, dovranno essere presentate direttamente all'ENPAM entro il 15 dicembre 2004, complete della documentazione prevista.

Le domande volte al conseguimento dei sussidi di studio costituiti da rette ONAOSI, dovranno tassativamente, essere presentate direttamente all'ENPAM e per conoscenza all'ONAOSI entro il 15 luglio 2004 per i Convitti, per i Collegi o Centri di studi universitari.

Le domande relative ad orfani minorenni dovranno essere debitamente sottoscritte dal genitore o da chi ne fa le veci.

Nel pregare le SS.LL. di voler dare la massima diffusione del suddetto bando di concorso in oggetto anche mediante pubblicazione sul bollettino dell'Ordine ed eventualmente sulla stampa di informazione locale, si ringrazia per la collaborazione e si porgono i più cordiali saluti.

Dr.ssa Angela Maria Guerrisi

VILLA BARUZZIANA

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE NERVOSE**

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo - Specialista in Psicologia

BOLOGNA - V. DELL'OSSERVANZA, 19

CENTRALINO: TEL. 051 580 395

AMBULATORI: TEL. 051 644 7852

UFFICIO PRENOTAZIONI RICOVERI:

TEL. 051 644 0324 - FAX: 051 580 315

e-mail: villabaruzzianafn@intervision.it

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

LE NOVITÀ ENPAM SUI RISCATTI NEL FONDO GENERALE

a cura di Marco Perelli Ercolini

Tipo di domanda	Chi riguarda	A chi va indirizzata	Tipo di modulo	Annotazioni
FONDO GENERALE QUOTA A				
Domanda di opzione per la retribuzione intera	- Medici o odontoiatri con età inferiore ai 40 anni - Medici o odontoiatri di età superiore ai 40 anni a contribuzione ridotta	Fondazione ENPAM Dip. Previdenza Serv. Previdenza Serv. Contributi Minimi del Fondo generale via Torino, 38 00184 ROMA	MOD. AD. CONTR. INT. QA	L'opzione è irrevocabile 3 tipi di opzione: - dal 1 gennaio dell'anno di presentazione della domanda - dalla data della domanda - dal 1 gennaio dell'anno successivo alla presentazione della domanda
Domanda di riscatto di allineamento	Medici o odontoiatri ultraquarantenni	Fondazione ENPAM Dip. Previdenza Serv. Previdenza Serv. Contributi Minimi del Fondo generale via Torino, 38 00184 ROMA	MOD. ALL. QA	Riscatto di allineamento per gli anni di attività nei quali la contribuzione risulta inferiore all'importo previsto per gli ultraquarantenni
FONDO GENERALE QUOTA B				
Domanda di riscatto di allineamento	Medici o odontoiatri ultraquarantenni	Fondazione ENPAM Dip. Previdenza Serv. Previdenza Serv. Contributi Proporzionali del Fondo generale via Torino, 38 00184 ROMA	MOD. ALL. QB	Riscatto di allineamento per gli anni di attività nei quali la contribuzione risulta inferiore all'importo del contributo più elevato fra quelli versati nei tre anni coperti da contribuzione antecedenti la domanda
<p>Il riscatto di allineamento può essere effettuato dall'iscritto che alla data della presentazione della domanda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. contribuisca al Fondo con l'aliquota del 12,50% 2. non abbia presentato domanda di invalidità permanente 3. abbia completato i versamenti relativi ad un riscatto analogo o vi abbia rinunciato da più di due anni 4. sia in regola con i pagamenti relativi ad eventuali riscatti in corso di ammortamento 5. abbia maturato una anzianità contributiva presso il Fondo della libera professione Quota B del Fondo generale non inferiore a 5 anni, di cui almeno uno maturato nel triennio immediatamente antecedente l'anno di presentazione della domanda 				

**LE NOVITÀ ENPAM SUI RISCATTI
NEL FONDO GENERALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**
a cura di Marco Perelli Ercolini

Tipo di domanda	Chi riguarda	A chi va indirizzata	Tipo di modulo	Annotazioni
RISCATTO DEI PERIODI CONTRIBUTIVI GIÀ LIQUIDATI				
Domanda di riscatto dei periodi contributivi già liquidati	I medici che, prima del 1996, cessari dal rapporto professionale prima del raggiungimento dei requisiti per la pensione di anzianità o di vecchiaia, avevano richiesto la restituzione dei contributi versati	Fondazione ENPAM Dip. Previdenza Serv. Previdenza Serv. Contributi Fondi Speciali via Torino, 38 00184 ROMA	MOD. RISC. REST. FS	<p>Può essere effettuato se alla data di presentazione della domanda l'iscritto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non abbia compiuto 65 anni - non abbia presentato la domanda di invalidità permanente - non abbia rinunciato da più di due anni ad un riscatto analogo - sia in regola coi pagamenti relativi a eventuali riscatti di allineamento in corso di ammortamento. <p>È consentito anche all'iscritto che sia in possesso di una anzianità contributiva effettiva o ricongiunta al Fondo Inferiore a 10 anni o al professionista non più iscritto.</p>
RISCATTO DEI PERIODI DI INTERRUZIONE				
Domanda di riscatto dei periodi di interruzione	I medici che hanno avuto interruzioni della attività non dovute a sospensioni per sanzioni disciplinari o provvedimenti restrittivi della libertà personale per sentenze passate in giudicato	Fondazione ENPAM Dip. Previdenza Serv. Previdenza Serv. Contributi Fondi Speciali via Torino, 38 00184 ROMA	MOD. INT. FS	<p>Può essere effettuato se alla data di presentazione della domanda l'iscritto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non abbia compiuto 65 anni o non sia cessato dal rapporto professionale col SSN - non abbia presentato la domanda di invalidità permanente - non abbia rinunciato da più di due anni ad un riscatto analogo - sia in regola coi pagamenti relativi a eventuali riscatti di allineamento in corso di ammortamento - abbia maturato una anzianità effettiva o ricongiunta presso il Fondo dei Medici di Medicina generale non inferiore ai 10 anni

LE NOVITÀ ENPAM SUI RISCATTI NEL FONDO GENERALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

a cura di Marco Perelli Ercolini

Tipo di domanda	Chi riguarda	A chi va indirizzata	Tipo di modulo	Annotazioni
RISCATTO DI ALLINEAMENTO				
Domanda di riscatto di allineamento	I medici che hanno anni (o frazioni di anno) di attività con contribuzione inferiore a quella media annua degli ultimi 36 mesi coperti da contribuzione effettiva	Fondazione ENPAM Dip. Previdenza Serv. Previdenza Serv. Contributi Fondi Speciali via Torino, 38 00184 ROMA	MOD. ALL. FS	Può essere effettuato se alla data di presentazione della domanda l'iscritto: - non abbia compiuto 70 anni, o non sia cessato dal rapporto professionale col SSN - non abbia presentato la domanda di invalidità permanente - abbia completato i versamenti relativi a un riscatto analogo o vi abbia rinunciato da più di 2 anni - sia in regola coi pagamenti relativi a eventuali riscatti in corso di ammortamento - abbia maturato una anzianità effettiva presso il Fondo dei Medici di Medicina generale non inferiore a 5 anni

I RISCATTI NEL FONDO GENERALE ENPAM

a cura di Marco Perelli Ercolini

Periodi riscattabili	A chi va indirizzata la domanda	Annotazioni
FONDO GENERALE QUOTA A		
Non è prevista alcuna possibilità di riscatto		
FONDO GENERALE QUOTA B		
<ul style="list-style-type: none"> - Per un periodo massimo di 10 anni: l'attività liberoprofessionale prestata nei periodi antecedenti l'iscrizione al Fondo generale - quota B e gli anni relativi alla durata legale del corso di laurea o di una specializzazione - Per i periodi a partire dal 1998: il riallineamento della contribuzione ridotta e il servizio militare 	Fondazione ENPAM Dip. Previdenza Serv. Previdenza Serv. Contributi Proporzionali del Fondo Generale via Torino, 38 00184 ROMA	Può essere effettuato se alla data di presentazione della domanda l'iscritto: - non abbia compiuto 65 anni - risulti ancora iscritto all'Albo - non sia titolare di una pensione ENPAM di invalidità - non abbia presentato la domanda di invalidità permanente - non sia iscritto ad altre forme di previdenza obbligatoria - non abbia rinunciato da meno di due anni allo stesso riscatto - abbia maturato una anzianità effettiva presso il Fondo di almeno 10 anni con almeno un anno di contribuzione nel triennio precedente l'inoltro della domanda - sia in regola coi pagamenti relativi a eventuali riscatti in corso di ammortamento
* per il riscatto di allineamento vedi tabella a parte		

I RISCATTI NEL FONDO SPECIALE ENPAM DEGLI AMBULATORIALI

a cura di Marco Perelli Ercolini

Periodi riscattabili	A chi va indirizzata la domanda	Annotazioni
<p>Gli anni relativi alla durata legale del corso di laurea o di una specializzazione (massimo 10 anni) e del servizio militare di leva o civile</p>	<p>Fondazione ENPAM Dip. Previdenza Serv. Contributi Fondi Speciali via Torino, 38 00184 ROMA</p>	<p>Non sono ammessi al riscatto gli specialisti ambulatoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con età superiore ai 65 anni - coloro che sono cessati dal rapporto convenzionale - coloro che abbiano una anzianità contributiva inferiore ai 10 anni - coloro che hanno inoltrato domanda per il riconoscimento di invalidità permanente - coloro che abbiano rinunciato da meno di due anni allo stesso riscatto - per il servizio militare o civile coloro che hanno fruito di tale beneficio presso altri enti di previdenza obbligatoria
<p>I periodi di servizio nei quali l'orario medio sia stato inferiore a quello medio tenuto durante l'intera attività coperta da contribuzione effettiva</p>		<p>Non sono ammessi al riscatto dell'allineamento gli specialisti ambulatoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - che sono cessati dal rapporto convenzionale - che abbiano una anzianità di contribuzione al Fondo inferiore ai 10 anni - che abbiano inoltrato la domanda per il riconoscimento di invalidità permanente - che abbiano rinunciato da meno di 5 anni allo stesso riscatto: <p>La domanda di riscatto per l'allineamento orario può essere ripetuta ogni 5 anni</p>

I RISCATTI NEL FONDO SPECIALE ENPAM DEGLI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

a cura di Marco Perelli Ercolini

<p>Gli anni relativi alla durata legale del corso di laurea o per i pediatri di libera scelta la durata legale del corso di specializzazione (massimo 10 anni) e del servizio militare di leva o civile ove non già riscattato presso altro ente previdenziale obbligatorio</p>	<p>Fondazione ENPAM Dip. Previdenza Serv. Contributi Fondi Speciali via Torino, 38 00184 ROMA</p>	<p>Non sono ammessi al riscatto i medici di medicina generale o pediatri di libera scelta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con età superiore ai 65 anni - che siano cessati dal rapporto convenzionale - che abbiano una anzianità contributiva inferiore ai 10 anni - che abbiano inoltrato domanda per il riconoscimento di invalidità permanente - che abbiano rinunciato da meno di due anni allo stesso riscatto - per il servizio militare o civile coloro che hanno fruito di tale beneficio presso altri enti di previdenza obbligatoria
<p>* per il riscatto di allineamento, dei periodi di interruzione e dei periodi contributivi già liquidati vedi tabelle a parte</p>		

L'E.N.P.A.M. ha introdotto nuove forme di riscatto al fine di assicurare agli iscritti una maggiore tutela previdenziale

→ È noto che il riconoscimento, a partire dal 1° gennaio 2001, della completa deducibilità dall'imponibile IRPEF dei contributi volontariamente versati alle forme di previdenza obbligatoria (art. 13, punto 1, lettera a, del Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 47) ha determinato un notevole incremento delle domande di riscatto. Il legislatore, con tale provvedimento, ha inteso infatti favorire la contribuzione volontaria al fine di assicurare una maggiore tutela previdenziale. All'uopo per soddisfare le aspettative di numerosi iscritti, il Consiglio di Amministrazione dell'Enpam, con provvedimento n° 41 del 25 luglio 2003, approvato dai Ministeri vigilanti il 10 febbraio 2004, ha deliberato alcune modifiche regolamentari che introducono importanti novità per quanto riguarda sia il Fondo dei medici di Medicina Generale sia il Fondo di Previdenza Generale.

FONDI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

- La più rilevante è l'introduzione di una nuova forma di riscatto: **il riscatto di allineamento**. Tale forma di contribuzio-

ne volontaria, già prevista sia per il Fondo Specialisti Ambulatoriali che per la "Quota A" del Fondo Generale, consente ai medici concenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, che versano al **Fondo dei Medici di Medicina Generale**, di allineare alla media degli importi accreditati negli ultimi 36 mesi di contribuzione effettiva, i contributi versati in anni precedenti. Tale operazione determina l'incremento della media retributiva relativa all'intera vita contributiva e, conseguentemente, un trattamento pensionistico di importo più elevato. I requisiti per la presentazione della domanda sono i seguenti: avere un'età inferiore a 70 anni, non aver cessato il rapporto previdenziale e avere maturato almeno cinque anni di anzianità contributiva presso il Fondo (Mod. All. FS).

- Un'ulteriore modifica è volta consentire il riscatto dei periodi sprovvisti da contribuzione, per i quali si abbia diritto alla conservazione del rapporto convenzionale. Trattasi, a titolo esemplificativo, di malattia ed infortunio, astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio, esercizio di un mandato elettivo, servizio prestato all'estero, partecipazione a corsi di formazione e ad iniziative aventi carattere umanitario e sociale. I requisiti per l'ammissione ai riscatti di specie sono: età inferiore ai 65 anni, rapporto professionale in essere con il S.S.N., anzianità contributiva di almeno 10 anno, non aver presentato domanda di prestazione per invalidità permanente, non aver rinunciato da meno di due anni allo stesso riscatto (Mod. Int. FS).
- Inoltre, per gli iscritti che, sulla base di previgenti normative regolamentari, avevano ottenuto – a seguito della cessazione del rapporto professionale intervenuta prima del raggiungimento del 65° anno di età e dei requisiti per il pensionamento di anzianità – la restituzione dei contributi versati maggiorati degli interessi legali, è stato introdotto

l'istituto del **riscatto a fini previdenziali di periodi già liquidati**. La domanda di tale riscatto, in via eccezionale, può essere presentata anche dall'iscritto in possesso di una anzianità contributiva effettiva o ricongiunta inferiore a 10 anni e dall'iscritto non più attivo (Mod. Risc. Rest. FS).

A dette tipologie vengono estese le norme vigenti per le forme di riscatto già in essere in tema di: pagamento del contributo, rinuncia al beneficio, variazione del saggio di interesse legale, invalidità e premorienza dell'iscritto, interruzione o ritardo nei pagamenti.

FONDO DI PREVIDENZA GENERALE

- Presso la **“Quota A” del Fondo Generale**, è stata introdotta, per gli iscritti di età inferiore a 40 anni e per gli iscritti ultraquarantenni a contribuzione ridotta, la facoltà, di chiedere l'ammissione al versamento del contributo nella misura intera prevista per gli ultraquarantenni (Mod. Ad. Contr. Int. QA). Tali soggetti, nonché coloro che hanno già compiuto il 40° anno di età potranno chiedere di allineare al contributo intero in vigore nell'anno della domanda, la totalità ovvero una parte dei contributi di importo inferiore relativi agli anni precedenti. In sostanza, viene applicato estensivamente il principio già utilizzato nel Regolamento del Fondo rispettivamente per i contribuenti della fascia di età compresa fra 35 e 40 anni e per gli ultraquarantenni a contribuzione ridotta, già dotati di altra copertura previdenziale obbligatoria. I requisiti per l'accesso al riscatto di allineamento, sono identici a

quelli previsti per il Fondo della Libera Professione e le modalità di versamento del relativo contributo sono le medesime previste per le altre tipologie di riscatto (Mod. ALL. QA).

- In analogia a quanto previsto per il Fondo dei Medici di Medicina Generale e per la “Quota A” del Fondo, il **riscatto di allineamento** è stato introdotto anche per il **Fondo della Libera Professione – “Quota B” del Fondo Generale**. Presso questa gestione è possibile allineare gli anni di attività nei quali la contribuzione è risultata inferiore all'importo del contributo più elevato degli ultimi tre anni coperti da contribuzione. L'allineamento consente, su base volontaria, il superamento del limite di reddito previsto in ciascun anno per il pagamento del contributo con aliquota del 12,50%, garantendo quindi agli interessati un sensibile miglioramento delle prestazioni finali. È stato, altresì, previsto l'allineamento degli anni con contribuzione al 2%, che potrà essere effettuato soltanto dagli iscritti che siano, nel frattempo, passati alla contribuzione intera (12,50%). I requisiti per l'accesso alla domanda di allineamento sono identici a quelli previsti per gli altri riscatti del Fondo della Libera Professione, con l'eccezione del requisito di anzianità contributiva effettiva, che dev'essere non inferiore a 5 anni (Mod. all. QB).

Tutti i modelli sopracitati possono essere scaricati dal sito dell'Enpam www.enpam.it oppure ritirati presso la sede dell'Ordine nei giorni in cui viene attuato il Servizio Enpam (martedì - giovedì - sabato dalle 9.00 alle 12.00).

Riscossione dei contributi dovuti al Fondo della Libera Professione Quota B del Fondo Generale

→ Come è noto, la Fondazione E.N.P.A.M. ha introdotto, dallo scorso anno, una nuova modalità di riscossione del contributo previdenziale dovuto al Fondo della Libera Professione, che ha semplificato sia la compilazione della dichiarazione dei redditi professionali, sia le modalità di pagamento del relativo contributo.

Anche quest'anno, pertanto, l'attività del professionista sarà limitata alla comunicazione all'Ente, tramite il Modello D, del reddito derivante dall'esercizio della libera professione medica e odontoiatrica e, qualora ne ricorrano i presupposti, alla presentazione della richiesta di accesso alla contribuzione ridotta.

L'iscritto già ammesso a versare il contributo nella misura ridotta del 2%, qualora siano venute meno le condizioni che hanno consentito l'opzione per tale tipo di contribuzione, oltre alla dichiarazione reddituale dovrà compilare l'apposita dichiarazione relativa alla perdita dei requisiti prescritti.

Due importanti novità sono state, inoltre, deliberate dal Consiglio di Amministrazione dell'Enpam, con provvedimento n. 41 del 25 luglio 2003, approvato dai Ministeri vigilanti il 10 febbraio 2004:

– gli iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta da quest'anno potranno

optare per il versamento del contributo nella misura intera del **12,50%**. Tale opzione non è revocabile;

- i pensionati del Fondo Generale, anche se hanno prodotto redditi professionali nel corso dell'anno 2003, qualora non presentino il modello D/2004 saranno esonerati d'ufficio dal versamento del contributo proporzionale. Essi, tuttavia, compilando l'apposita sezione del modello D, potranno chiedere di conservare l'iscrizione al Fondo e di versare il contributo previdenziale nella misura del **2%**, ovvero del **12,50%**.

La dichiarazione dei redditi libero-professionali dovrà essere effettuata entro il **31 luglio 2004**, utilizzando i Modelli D/2004 che saranno recapitati al domicilio degli iscritti nelle prime settimane del mese di giugno. Tali modelli (oltre **345.000**) sono stati personalizzati in base alla posizione contributiva del singolo iscritto presso il Fondo della Libera Professione:

- iscritto infrasessantacinquenne con contribuzione intera (Modello D_CO);
- iscritto infrasessantacinquenne con contribuzione ridotta (Modello D_CR);
- iscritto che ha compiuto il 65° anno di età nel corso dell'anno 2003 (Modello D_65);
- iscritto di età superiore ai 65 anni (pensionato del fondo generale "Quota A") che non ha già optato per l'esonero contributivo (Modello D_P).

Coloro che non venissero in possesso di uno dei suddetti modelli o che lo smarrissero, potranno reperire il modello D/2004 non personalizzato sul sito Internet www.enpam.it, presso la sede dell'Enpam in Roma, via Torino n. 98 (Il piano), o presso l'Ordine dei Medici di appartenenza. In tal caso è necessario indicare sul modello i dati personali richiesti e, obbligatoriamente, il codice ENPAM. A partire dalla seconda metà di giugno 2004, inoltre, sarà possibile presentare la dichiarazione reddituale collegandosi via Internet al sito della Fondazione: www.enpam.it.

Le successive operazioni di calcolo del contributo verranno effettuate – sulla base dei dati indicati nei modelli D/2004 – a cura degli Uffici E.N.P.A.M. Al termine dell'elaborazione degli importi dei contributi dovuti, saranno inviati a tutti gli iscritti tenuti al versamento – per il tramite della Banca Popolare di Sondrio – appositi bollettivi MAV, da pagare in unica soluzione entro il **31 ottobre 2004**.

Unitamente ai MAV sarà inviato un prospetto esplicativo del calcolo effettuato per determinare l'importo del contributo. Il mancato ricevimento del bollettino MAV non esonera dall'obbligo del versamento del contributo dovuto. In tal caso è necessario contattare la Banca Popolare di Sondrio al seguente numero verde: **800.24.84.64**.

Si fa presente che il vigente regime sanzionatorio, in caso di ritardo nell'invio del Modello D, prevede l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a € 120,00. Qualora il pagamento dei relativi contributi venga effettuato oltre i termini fissati è prevista:

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2005);
- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R.) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo.

Si ricorda, infine, che i contributi previdenziali sono interamente deducibili dall'imponibile fiscale, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lett. e), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).

Per opportuna conoscenza si trasmette in allegato il fac-simile del modello G non personalizzato, corredato delle relative istruzioni.

Il Vice Direttore Generale
Dott. Viviani G. Troso

Casa di Cura
Ai Colli

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE NERVOSE**

Direttore Sanitario Responsabile: DR. RAFFAELLO BIAGI
Medico Chirurgo Specialista in Psichiatria

40136 BOLOGNA
VIA SAN MAMOLO 158 - TEL. 051 581073 - FAX 051 6448061

AMBULATORI:
TEL. 051 583013 - 051 580922 - 051 331998
051 6446234 - 051 6446916

P.G. 34219 - 26/02/2003

SALVATORE È INNOCENTE

Scriviamo sui muri, diciamolo alla gente, perché la notizia dell'assoluzione del dr. Salvatore Scandurra, insieme a due colleghe dalle gravi imputazioni loro contestate, **perché il fatto non sussiste**, oltre che tardiva ha dei toni troppo sommessi. Stona il silenzio assordante di tutti gli organi di stampa, che come obbedendo ad una regia occulta, hanno relegato ad un trafiletto interno la riabilitazione postuma di un collega morto suicida, vittima di una campagna di stampa denigratoria e giustizialista oltre che di lungaggini processuali indegne di un paese normale. Come si può accusare un medico, come all'epoca dei fatti si è letto più volte sui giornali, per non avere ritirato personalmente, addirittura a domicilio, le confezioni di Gemfibrozil che una sua assistita non doveva più assumere perché incompatibile con la cerivastatina? C'è da chiedersi se qualcuno sarà ora chiamato a pagare per i propri errori così com'è stato per questi tre colleghi che innocenti sono stati sbattuti in prima pagina come mostri; che innocenti sono stati trascinati con gran clamore in un processo dai contorni kafkiani e per lungaggini e per atmosfere da incubo, tanto che uno di loro è stato indotto dalla disperazione al gesto più estremo. Non correi che nel nostro paese un medico fosse da ritenersi più responsabile di un qualsiasi altro cittadino per i presunti errori commessi in buona fede nell'esercizio delle proprie funzioni. Dove sono ora quei cronisti che per vendere qualche copia in più dei loro giornali non hanno esitato a gettare fiumi di fango su chi ha sempre compiuto fino in fondo il proprio dovere, su chi viveva onestamente del proprio lavoro? Avrei voluto leggere almeno un rigo d'autocritica e di scuse, sia pur tardive, da parte di tutti i Torquemada di casa nostra dopo questa sentenza assolutoria. Avrei voluto leggere una nota di biasimo da parte del Ministro della Salute affinché una tragedia come quella che ha stroncato il dott. Salvatore Scandurra non si dovesse ripetere mai più. Io posso dire di non avere mai dubitato della limpidezza dell'operato di Salvatore. Ero all'Ordine dei Medici come Consigliere all'epoca dei fatti, e ricordo che, incontrando nella sede ordinistica il dott. Scandurra, affranto ma ancora combattivo, cercai di trasmettergli questa mia sicurezza con una forte stretta di mano. Purtroppo non sono riuscito nell'intento. Mi sento tuttavia onorato per avere stretto tra le mie la mano di un uomo tanto sensibile da pagare con l'estremo sacrificio per delle colpe non sue.

Dr. Marcello Zanna.

Il dott. Vinicio Berti autore dell'articolo "Il Training autogeno e la scoperta del se'" comparso nel numero di giugno del bollettino e didatta del Italian Committee for the study of Autogenetic Training, sarà a disposizione dei colleghi interessati il 12 Ottobre alle ore 21 per un incontro sul tema: Disturbo d'ansia generalizzata ed attacco di panico ed approccio

non farmacologico con il Training Autogeno e Psicoterapia Autogena, presso la sede dell'Ordine. Pertanto si pregano vivamente gli interessati a dare la propria disponibilità di massima, telefonando o scrivendo alla segreteria anche via e-mail fin da adesso, per ovvi motivi organizzativi.

Vinicio Berti

**MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI
AGGIORNATO AL 19/07/2004**

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ANCONETANI BRUNO	Via C. da Pistoia, 16 - Bologna	051/58.14.50 - 339/12.79.199
ANDALÒ FEDERICA	Via Calanco, 51 - Dozza Imolese	0542/67.90.51 - 338/90.31.414
BAIOCCHI MASSIMO	Via Montelungo, 6 - Bologna	347/44.32.960
BIANCHINI SILVIA	Via Mengoli, 20 - Bologna	051/34.12.65 - 347/74.04.654
BIAZZO DANIELA	Via Parisio, 6 - Bologna	349/56.64.115
BLANDINO SIMONA	Via G. Bentivogli, 77 - Bologna	051/63.60.983 - 333/34.40.836
BOLLETTA MAURA	Via Z. Alvisi, 5 - Bologna	051/39.14.58 - 328/22.27.766
BONAVINA GIUSEPPE	Via Mura di Porta Castiglione, 3 - Bologna	051/58.01.97 - 340/29.79.142
CARUSO LORELLA	Via Berti - Bologna	051/55.40.79
CASATELLO MARIAPIA	Via S. Donato, 136 - Bologna	051/63.31.353 - 339/46.91.165
CECILIATO ROSA	Via Battistelli, 10 - Bologna	051/55.13.05 - 338/72.28.882
CONCORDIA ALESSANDRA	Via Vezza, 24 - Bologna	051/19.98.06.72 - 347/29.98.754
CONTINI PAOLA	Via Venturoli, 1 - Bologna	347/66.29.912
CREMANTE GIULIA	Via L. Cipriani, 9 - Bologna	051/52.08.12 - 347/94.78.844
D'ECCLIESIA ANNA RITA	Via Orlandi, 3 - S. Lazzaro di Savena	329/71.26.175
DEL FAVERO VALENTINA	Via Broccaindosso, 71 - Bologna	349/40.01.920
DE TORAKI MARIA	Via Vizzani, 37 - Bologna	348/89.80.610
DI MARCO CHRISTIAN	Via Cremona, 90 - Pieve di Cento	349/84.49.981
FARNETI DESIDERATA	Via Solferino, 4 - Bologna	335/82.39.109
FOCARDI EMANUELA	Via S. Giuliano, 3 - Bologna	051/39.82.80 - 347/52.08.162
FUCXHI NEVILA	Via Spina, 3 - Bologna	339/13.34.507
GALLIERI SIMONA	Via E. Levante, 53/a - Bologna	339/18.65.361
GASPARRONI VERUSCA	Via Carducci, 20 - Bologna	051/39.74.15 - 348/72.84.362
GESSA GIUSEPPE	Via Enriques, 17 - Bologna	051/45.56.07 - 349/78.29.243
GIANNINI ENRICO	Via Murri, 80 - Bologna	335/81.02.481
GIORDANO MARIA CHIARA	Via Grossi - Torino	338/98.46.600
GROTTI SILVIA	Via M. Masia 2/3 - Bologna	
GUERNELLI BARBARA	Via Montelungo, 6 - Bologna	347/60.32.516
IORIZZO MATILDE	Via Massarenti, 50 - Bologna	335/50.67.313
LAZZARA CLAUDIO	Via Indipendenza, 22 - Bologna	051/23.33.77 - 347/61.78.566
LUBONJA PIRO	Via Lemonia, 33 - Bologna	339/53.25.942
LUCCHETTI PATRIZIO	Via Pizzardi, 6 - Bologna	051/34.39.36 - 349/28.93.126
MAIDONI DAVARIS VERENIKI	Via H. De Balzac, 7 - Bologna	051/61.95.81 - 347/87.03.191
MASCITTI MONICA	Via Pizzardi, 61 - Bologna	051/36.25.55 - 347/15.86.365
MIGLIETTA BARBARA	Via S. Felice, 116/F - Bologna	051/52.12.73 - 328/37.93.551
MIRONE MARCO	Via Ferri, 7 - Bologna	328/27.40.035
MONTANARI PAOLO	Via 2 Giugno, 11 - Castel Guelfo di Bologna	0542/53.534 - 348/88.25.984
MOSCARDELLI ELISA	Via Roma - Alba Adriatica	0861/71.45.20 - 320/30.09.747
MOSCONI PIER PAOLO	Via Broccaindosso, 40 - Bologna	051/23.53.17 - 349/46.75.888 0543/91.74.85
MURARIU IOAMA ADINA	Via Rizzoli - Granarolo Emilia	051/76.04.82 - 348/91.48.155
MUSIANI MARIA	Via Lombardia, 31 - Bologna	051/62.40.624 - 338/87.11.502
OZERI EITAN	VIA ZACCONI, 2	335/70.71.570
PALANDRI FRANCESCA	Via Micheli, 34 - Parma	349/71.16.012
PALMERINI EMANUELA	Via S. Rocco - Bologna	348/41.48.954
PARIS VIVIANA	Via Ravenna, 8 - Bologna	051/58.79.489 - 347/87.83.614
PEDRABISSI FABRIZIO	Via Caldara, 50/c - Soresina	333/36.67.883
PELLONI DILETTA	Via Montirone, 23/B - S. Giovanni Persiceto	051/82.34.91 - 333/83.10.383
PERRONE LILIANA GIGLIOLA	Via Zaccherini Alvisi, 10 - Bologna	328/21.68.981

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI AGGIORNATO AL 19/07/2004

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
PODETTI MARIO ANGELO	Via di Barbiano, 1/10 - Bologna	051/63.66.848 - 348/47.44.823
PRATI ANDREA	Via Morandi, 5 - Pianoro	347/83.94.839
PUGLIOLI EMILO	VIA B. CELLINI, 11 - Bologna	333/30.75.111 - 051/53.30.09
RAIMONDI MONICA	Via Cartoleria, 12 - Bologna	051/58.77.351 - 347/21.14.517
RAPAGNANI MARIA PAOLA	Via Napoli, 3 - Bologna	051/46.25.97 - 349/126.88.54
RIZZO ALESSANDRA	Via F. Rocchi, 20 - Bologna	051/39.89.31 - 347/62.72.570
SABETTI ANNARITA	Via O. Palagi, 25 - Bologna	051/39.31.82 - 328/33.92.178
SARTORI ELISABETTA	Via Ferrarese, 66/2 - Bologna	329/21.46.027
SIFAKI EVANGELIA	Via P. Loreta, 2 - Bologna	328/26.12.987
SINICROPI GIUSEPPE	Via Andrea Costa, 74 - Bologna	328/46.12.065
SPIGNARDO VINCENZO	Via Lame, 116 - Bologna	051/52.10.04 - 329/62.17.975
STAFÀ ALTIN	Via Barberia, 24 - Bologna	051/33.99.442 - 349/58.70.970
VENTURI ELISABETTA	Via Pasubio, 61 - Bologna	333/22.05.287
VERONESI MARCO	Via Morini, 35 - Prunaro di Budrio	051/69.20.436 - 339/32.88.927
VIOLA ANTONELLA	Via Malvasia, 18 - Bologna	051/55.66.16 - 340/59.08.330
ZANZANI CHIARA	Via De Nicola, 74 - Bologna	051/56.37.55 - 347/ 03.58.038

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione	Telefono
ANTONIONI MARCELLO	Gastroenterologia	333/53.69.458
CASELLA GIORGIO	Formazione Specifica in Medicina Generale	339/84.86.356 - 051/75.11.04
CRISCI CARMINE	Patologia Clinica	051/50.27.18 - 336/35.95.86
FERRARI MONALISA	Chirurgia Pediatrica	051/61.53.967 - 335/60.74.385
GAZZOTTI VALERIA	Medicina Fisica e Riabilitazione	347/76.28.388
GHERSI STEFANIA	Gastroenterologia	333/37.37.133
LEONE VINCENZA	Fisiatra	051/24.97.63 - 347/73.42.537
LIMONI PAOLO	Neurochirurgia e Neurologia	338/93.47.857
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MATTEINI PAOLA	Igiene e Med. Preventiva	051/44.32.41 - 339/48.19.676
MAZZOTTI VALERIA	Medicina Fisica e Riabilitazione	051/44.11.05 - 347/76.28.388
MONTANARI EVA	Medicina Fisica e Riabilitazione	051/23.18.97 - 339/36.23.750
PANTANI PATRIZIA	Cardiologia	348/93.02.036
PEDERZINI MONICA	Psichiatria e Psicoterapia	339/56.62.217
PELUSI CARLA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	335/75.52.183
SPETTOLI ELISA	Dermatologia e Venerologia	051/56.03.88 - 335/63.52.844
VACIRCA ANNA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	0542/41.990 - 347/46.41.307
VISENTIN STEFANO	Pediatria Preven. e Puer.	051/23.13.29

DAL MONTE DOTT.SSA DERNA Medico chirurgo Specialista in: STOMATOLOGIA MALATTIE DELLA BOCCA e PROTESI DENTARIE Aut. Sanitaria n° 108 del 21.03.2000	DAL MONTE MAZZOLI DOTT.SSA ALESSANDRA Laureata in: ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA Aut. Sanitaria n° 107 del 21.03.2000	BOLOGNA Via Emilia Lev. 80 Tel. 051 49 21 05	AZIENDA CON SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ CERTIFICATO DA DNV =UNI EN ISO 9001:2000=
		IMOLA Via Cavour, 104 Tel. 0542 24 212	

Attenzione: per tutti i Medici

È stato comunicato che la normativa relativa all'Autorizzazione degli Studi riportata nel numero di giugno 2004 sarà aggiornata nelle scadenze e nei requisiti richiesti.

In particolare **la scadenza** per la presentazione delle domande di autorizzazione **è stata prorogata al 31-12-2004**.

Non appena la Redazione sarà in possesso delle nuove norme queste saranno immediatamente pubblicate sul Bollettino Notiziario.

Aggiornamento normativo in materia di pubblicità sanitaria

→ Si ritiene opportuno segnalare che, a seguito della legge 3 Maggio 2004 n. 112 (art. 7, comma 8), l'art. 1, comma 1, della Legge n. 175/1992, come precedentemente modificato dall'art. 3 della Legge n. 42/1999 e dall'art. 12, comma 1, della Legge n. 362/1999, risulta oggi vigente nella seguente formulazione:

“La pubblicità concernente l'esercizio delle professioni sanitarie e delle professioni sanitarie ausiliarie previste e regolamentate dalle leggi vigenti è consentita soltanto mediante targhe apposte sull'edificio in cui si svolge l'attività professionale, nonché mediante inserzioni sugli elenchi telefonici, sugli elenchi generali di categoria e attraverso periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie, attraverso giornali quotidiani e periodici di

informazione e le emittenti radiotelevisive locali”.

Parimenti l'art. 4, comma 1, della Legge n. 175/1992 e successive modificazioni, è oggi vigente nella seguente formulazione: **“La pubblicità concernente le case di cura private e i gabinetti e ambulatori mono e polispecialistici soggetti alle autorizzazioni di legge è consentita mediante targhe o insegne apposte sull'edificio in cui si svolge l'attività professionale nonché con inserzioni sugli elenchi telefoni e sugli elenchi generali di categoria, attraverso periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie, attraverso giornali quotidiani e periodici di informazione e le emittenti radiotelevisive locali, con facoltà di indicare le specifiche attività medico-chirurgiche e le prescrizioni diagnostiche e terapeutiche effettivamente svolte, purché accompagnate dalla indicazione del nome, cognome e titoli professionali dei responsabili di ciascuna branca specialistica”.**

Si intendono pertanto modificati anche gli articoli 48 e 50 del vigente Regolamento d'Igiene del Comune di Bologna, includendo “le emittenti radiotelevisive locali” tra i mezzi ammessi per la pubblicità sanitarie sia dell'esercizio professionale sia delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Prof. Antonio Faggioli

Scuola di Formazione in Psicoterapia Transpersonale

CORSO DI SPECIALIZZAZIONE QUADRIENNALE

→ Sono aperte le iscrizioni per l'anno accademico 2004-2005 alla Scuola di Formazione in Psicoterapia Transper-

sonale, corso di specializzazione quadriennale per medici e psicologi riconosciuto dal MIUR con Decreto Ministeriale in data 30 maggio 2002.

Il titolo abilita all'esercizio della psicoterapia ed è equipollente alla specializzazione universitaria per i concorsi pubblici.

Per informazioni:

Om associazione per la medicina e la psicologia transpersonale
tel.-fax 02.8393306
transpersonal@fastwebnet.it
info@biotransenergetica.it

Ambulatorio di Oftalmoplastica presso il Policlinico S. Orsola- Malpighi

→ Nella palazzina oculistica (Padiglione 23, vicino all'ingresso dell'Ospedale da viale Ercolani) del Policlinico S, Orsola Malpighi, Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna, è stato attivato, nell'ambito dell'Ottica Fisiopatologica (Direttore: Prof. Renato A. Meduri), un Ambulatorio di Oftalmoplastica. L'Oftalmoplastica è una nuova disciplina, di confine, che richiede le competenze dell'oculistica e del chirurgo plastico-ricostruttivo. In questo Ambulatorio vengono visitate, per poi programmare l'intervento chirurgico, tutte le patologie della regione orbitaria e delle vie lacrimali (ad eccezione

CENTRO DIAGNOSTICO «S. DONATO»

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO PRIVATO

Direttore Sanitario: Prof. Giovanni GOLFIERI - Medico Chirurgo - Libero Docente in Radiologia
40127 BOLOGNA - VIA DELL'ARTIGIANO, 4 - TEL. (051) 51.22.38 - 51.53.42- FAX 63.32.033

LE CONSULENZE

andrologia Dott. Giorgio Isgrò - Medico Chirurgo - Spec. in Ostetricia e Ginecologia	endocrinologia Dott.ssa Anna Maria Ferraro - Specialista in Endocrinologia	Dott. Giacomo Garagnani Specialista in Medicina del Lavoro	ostetricia ginecologia colposcopia Prof. Giovanni Gentile - Professore Associato di Ginecologia e Ostetricia
cardiologia ed angiologia Dott. Claudio Vincenzi - Specialista in Cardiologia e Angiologia	gastroenterologia - endoscopica Prof. Giancarlo Caletti - Specialista in Gastroenterologia	neurologia - EMG Dott. Lino Pasquale Marchello - Specialista in Neurologia Dott.ssa Marcella Pedrelli Specialista in Neurologia e Psichiatria	ortopedia e fisioterapia Dott. Valerio Orlandi Specialista in Ortopedia e Traumatologia Dott. Fedele Giannone Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione
chirurgia e piccola chirurgia ambulatoriale Dott. Lucio Montone Specialista in Chirurgia	medicina dello sport Dott. Enrico Drago - Specialista in Medicina dello Sport	oculistica Dott.ssa Luisa Mazza Specialista in Oculistica	otorinolaringoiatria Dott.ssa Silvia Giacchini Specialista in Otorinolaringoiatria
dermatologia Dott.ssa Marcella Melino - Specialista in Dermatologia e Venerologia	medicina del lavoro Dott.ssa Grazia Guiducci Specialista in Medicina del Lavoro Dott. Maurizio Montesi Specialista in Medicina del Lavoro	oncologia Prof. Franco Pannuti Libero Docente in Patologia Speciale Medica e Metodologia Clinica	urologia Dott. Massimo Fini Specialista in Urologia

P. G. 65729 - 17/04/2001

quindi del bulbo e dei muscoli estrinseci dell'occhio): si tratta quindi di un ampio ventaglio di patologie che interessano i disturbi funzionali delle palpebre (ptosi, entropion, ectropion), i tumori palpebrali ed orbitari e le patologie delle vie lacrimali (infiammazione ed ostruzione delle vie lacrimali), l'esoftalmo, le paralisi del facciale in regione orbitaria, il blefarospasmo.

L'ambulatorio ha il seguente orario: giovedì e venerdì, dalle ore 08,15 alle 13 e le visite vengono effettuate su appuntamento.

La prenotazione di una visita può essere fatta al CUP, numero verde 848884888,

richiedendo una **visita di Oftalmoplastica**. La prenotazione può anche essere fatta direttamente allo Sportello Prenotazioni della palazzina oculistica, presentando la richiesta del Medico di famiglia o dello Specialista, oppure anche telefonicamente, al numero 0516364583, dal lunedì al giovedì dalle ore 14,30 alle 16, riservandosi poi di passare dallo Sportello di Accettazione prima dell'appuntamento, per il pagamento del ticket.

Prof. Gian Luigi Zigiotti
 Ottica Fisiopatologica
 Policlinico S. Orsola-Malpighi

La Fimmg, ricorda Roberta Zedda

→ La Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg - settore continuità assistenziale) ricorda Roberta Zedda, medico uccisa in Sardegna l'estate scorsa durante il suo turno di guardia medica. Nel primo anniversario della morte della dottoressa, il 3 luglio, l'associazione di categoria, "per non dimenti-

care", si è data appuntamento a Solarusa (Oristano), luogo dell'omicidio. I medici parteciperanno ad un incontro-dibattito. Obiettivo "richiamare l'attenzione di tutti, cittadini, politici, amministratori, sui problemi del servizio di Guardia medica - si legge in una nota - che continua ad essere svolto con abnegazione, professionalità e sacrificio personale, ma nel disinteresse generale e nell'assoluta insicurezza che può addirittura sconfinare, come avvenuto in passato, nella perdita della vita". All'iniziativa partecipa l'esecutivo nazionale generale della Fimmg, rappresentanti delle istituzioni di livello nazionale e regionale.

Doctor News 11/06/2004

CENTRO DIAGNOSTICO «S. DONATO»
 POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO PRIVATO

Direttore Sanitario: Prof. Giovanni GOLFIERI - Medico Chirurgo - Libero Docente in Radiologia
 40127 BOLOGNA - VIA DELL'ARTIGIANO, 4 - TEL. (051) 51.22.38 - 51.53.42- FAX 63.32.033

EQUIPE MEDICA

LABORATORIO ANALISI

analisi cliniche	allergologia
Dott. Massimiliano STANTE	Dott.ssa Camilla MASCAGNI
Chimico	Specialista in Diagnostica di laboratorio

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Radiologia/Ecografia total body	TAC elicoidale/Ricostruzione 3D
Mammografia - Ortopantomografia	Denta-scan - Densitometria
Prof. G. GOLFIERI - Libero Docente in Radiologia	

P.G. 65729 - 17/04/2001

Non basta l'EBM per evitare una condanna

→ “Il medico è proprio tra l'incudine e il martello, tra Asl, Regioni e ministero della Salute da un lato e i giudici dall'altro”. È questo il commento di Snamì ad una notizia di cronaca secondo la quale negli Usa l'Evidence Based Medicine (EBM) non è servita ad un ospedale né al medico che lì prestava servizio per evitare una condanna e 1 mln di dollari di risarcimento. In questo ospedale si era recato un paziente di 53 anni per uno

screening. Il medico, che aveva preso in carico il paziente, correttamente aveva impostato il suo iter diagnostico generale sull'EBM. Peccato che il paziente abbia sviluppato, nel frattempo, un tumore della prostata.

La morale, secondo il sindacato Snamì, è che al primo posto c'è sempre il paziente, poi i costi. “Curare il malato e la sua patologia sottolinea in una nota – con tutti i mezzi a disposizione o, nel caso specifico fare diagnosi con le metodiche che si posseggono. Attenzione quindi a seguire ottiche di risparmio: se l'Asl è felice di non spendere, i giudici invece saranno inflessibili quando scoprissero negato il diritto alla salute per motivi di risparmio, anche se si sono seguiti i dettami dell'EBM”.

Medicinae Doctor 21 Aprile 2004

Bando di concorso al premio Francesco Schiassi per l'anno 2004

→ La Società Medica Chirurgica di Bologna bandisce il presente bando di concorso secondo lo statuto disposto con R.D. del 21.6.1942 e pubblicato sulla G.U. il 25.7.1942 e modificato con D.P.R. del 25.2.1968 e pubblicato sulla G.U. del 19.4.1968.

Il Premio, inteso ad onorare la memoria dell'illustre Socio Prof. FRANCESCO SCHIASSI, Professore ordinario di Patologia Speciale Medica dell'Università di Bologna, scomparso nel 1941, è costituito dalla rendita di capitali elargiti all'uopo dalla famiglia.

Il Premio è costituito dalla somma di € 2.582,28 (Euro Duemilacinquecentototantadue e ventotto centesimi) e relativo diploma.

Possono concorrere al premio i laureati in Medicina e Chirurgia nell'Università di Bologna da non oltre cinque anni dalla data del presente bando.

Sono esclusi dal concorso i Soci ordinari della Società Medica Chirurgica di Bologna.

La Commissione giudicatrice, nominata dal Presidente della Società giuste le disposizioni statutarie, è composta da cinque membri, Soci Onorari ed Ordinari, del Sodalizio, scelti fra i Professori, docenti e cultori della Medicina Interna.

La Commissione, sulla base della valutazione globale delle attività universitarie e post-universitarie dei concorrenti, aggiudicherà il premio con motivata relazione scritta, al candidato o ai candidati che ne risulteranno più meritevoli e avranno mostrato di possedere particolari attitudini allo studio dei problemi della Medicina Interna.

Nel caso che la Commissione giudichi più candidati meritevoli al premio, que-

sto verrà suddiviso in parti uguali fra i vincitori. Il Premio sarà consegnato direttamente al vincitore nel corso di una adunanza della Società.

I concorrenti devono presentare alla Segreteria della Società entro il 15.10.2004 la domanda, il curriculum degli studi universitari percorsi e tutti gli altri titoli e pubblicazioni atti a dimostrare particolari attitudini allo studio dei problemi attinenti la medicina Interna, compreso attestati di Direttori di Dipartimento di Medicina, di Dirigenti di Unità operative Universitarie od Ospedaliere di Medicina o di discipline affini, quali Cardiologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Ematologia, Nefrologia, Geriatria, Neurologia, Pediatria, Psichiatria, Endocrinologia, Oncologia, Medicina

d'Urgenza etc., attestati di esito favorevole di concorso ufficiali Universitari od Ospedalieri in quelle materie, diplomi di specializzazione in Medicina Interna o discipline affini, attestati di corsi di perfezionamento con allegato piano di studio indicante anche la durata del corso, esiti di Stage effettuati presso Univesità, Istituto di ricerca o Ospedali italiani o stranieri, attestato di iscrizione o diploma a dottorato di ricerca in Medicina Interna o disciplina equivalente, ecc.

Per eventuali chiarimenti è possibile rivolgersi alla Segreteria della Società.

Il Segretario Il Presidente
Prof. E. Manzini Prof. R. Bazzocchi

CKF POLIAMBULATORIO PRIVATO

CENTRO KINESI FISIOTERAPICO DI GIORNO s.a.s.

Direttore Sanitario: Dott. **LUCIO MARIA MANUELLI** - Medico Chirurgo Specialista in FISIOKINESITERAPIA - ORTOPEDICA e in ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

• ONDE D'URTO • LASER NEODIMIO: YAG • LASER CO2 • TECAR • IPERERMIA • MAGNETO T.E.N.S. • T.E.N.S. ACUSCOPE
• ELETTROSTIMOLAZIONI • ELETTROSTIMOLAZIONI COMPLEX • CORRENTI DIADINAMICHE • CORRENTI INTERFERENZIALI • CORRENTI FARADICHE • CORRENTI GALVANICHE • IDROGALVANO • IONOFRESI • INFRAROSSI • ULTRAVIOLETTI • ULTRASUONI • PARAFFINA • RADAR • MASSAGGIO • MASSAGGIO LINFODRENAGGIO MANUALE • TRAZIONI VERTEBRALI • KINESI • RIABILITAZIONE FUNZIONALE • RIEDUCAZIONE NEUROMOTORIA • RIABILITAZIONE RESPIRATORIA • MANIPOLAZIONI VERTEBRALI MANU MEDICA • R.P.G. RIEDUCAZIONE POSTURALE GLOBALE • ISOCINETICA • PALESTRA GENERALE

Autorizzazione Comune di Bologna P.G. 84545 del 21.05.2001

P.ZZA MARTIRI, 1/2 - 40121 BOLOGNA - ☎ 051 24 91 01 - 25.42.44 r.a. - Fax 051 42 29 343
e-mail: poliamb@ckf-digiorno.com - www.ckf-digiorno.com - Partita IVA 04141560377

continua dal numero precedente

Piano Sanitario Regionale 1999-2001

4. Il Piano Sanitario Regionale 1999 – 2001

4.1. Le scelte strategiche

Il PSR 1999-2001 è un'agenda integrata di impegni per la salute e di modernizzazione del sistema dei servizi, aperta al potenziale contributo di tutti i soggetti che assumono impegni per la salute e per i servizi sanitari. Questa agenda comprende anche, ma non si esaurisce nella, programmazione e nella organizzazione dei servizi sanitari. In quanto oggetto di intervento del PSR sono tutti e tre i settori strettamente interdipendenti delle politiche per la salute: a) contrastare le condizioni di vita e di lavoro di ostacolo per la salute; b) diffondere comportamenti individuali e stili di vita che favoriscano la salute; c) definire modelli di funzionamento e criteri di organizzazione dei servizi che favoriscano programmi di intervento dei servizi sanitari, integrati fra di loro e orientati al paziente e alla popolazione.

Le esigenze dettate dalla dispersione territoriale, dalla crescita quantitativa e, soprattutto, dalla differenziazione qualitativa della domanda a fronte delle ragioni della sostenibilità economica e della qualità tecnica dell'offerta di servizi individuano una evoluzione del sistema dei servizi della Regione Emilia-Romagna secondo due traiettorie potenzialmente conflittuali: la concentrazione e la centra-

lizzazione della produzione dei servizi, per garantire qualità tecnica ed economicità gestionale oppure la loro diffusione, per garantire accessibilità, cooperazione e responsabilità locale.

La composizione di queste due tendenze impone di passare dalla ricerca della omogeneità degli ambiti territoriali come equicapacità produttiva ad un assetto organizzativo che garantisca sia equità di accesso della popolazione a servizi di qualità adeguata sia cooperazione e responsabilità sui risultati nei confronti delle comunità locali. La risposta programmatica a questi due obiettivi è principalmente ricercata nella realizzazione di un sistema diffusivo di servizi integrati in rete, sostenuto da una robusta infrastruttura regionale che funga da supporto tecnico attuativo e da elemento di coesione e di congruenza fra i territori e fondato su un forte sistema delle cure primarie.

La scelta di fondare il nuovo SSR sulle cure primarie risponde a tre obiettivi specifici:

a) garantire la pronta e conveniente accessibilità ai servizi, la tempestività degli interventi e la continuità dell'assistenza, attraverso la varietà delle sue forme, dei suoi livelli e delle sue intensità; b) valorizzare le risorse di solidarietà presenti nelle famiglie e nelle comunità locali; c) limitare l'uso dei servizi specialistici di secondo e terzo livello alle condizioni di effettiva necessità e appropriatezza clinica, anche attraverso un allargamento delle competenze professionali e lo sviluppo delle innovazioni tecnologiche.

Nella organizzazione del sistema dei servizi sanitari in funzione di questi obiettivi si esprime essenzialmente il ruolo della "nuova" programmazione sanitaria regionale.

4.2. La programmazione negoziata

La pluralità dei soggetti interessati alla salute e la evoluzione delle forme delle loro relazioni richiede che la programmazione sanitaria abbandoni illusioni dirigtiche e tentazioni particolareggiate per

assumere i caratteri di una programmazione "negoziata" che garantisca sia la selezione competitiva delle priorità sia la verifica e la contestabilità delle scelte e dei risultati raggiunti da parte di tutti i soggetti che hanno interessi nella salute. Questa constatazione è il significato essenziale e l'implicazione operativa del patto di solidarietà per la salute proposto dal PSN e la conseguenza della scelta di un approccio intersettoriale ai problemi di salute, che impegni e responsabilizzi tutti i soggetti titolari di competenze e portatori di interessi pertinenti all'obiettivo della salute.

Il confronto fra le priorità di tutti i soggetti interessati, pubblici e privati, e la concertazione dei programmi di intervento sono gli strumenti più efficienti e trasparenti per far emergere conoscenze, attivare opportunità ed attribuire responsabilità.

La negoziazione delle scelte di priorità e la valutazione comparativa dei programmi e dei risultati sono gli strumenti essenziali per garantire le condizioni della competizione fra soggetti e fra programmi e la contestabilità dei risultati. La verifica sistematica dei risultati ottenuti di natura esplicitamente comparativa, rispetto ad altri interventi simili o agli obiettivi concordati, realizza invece la responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti.

Obiettivo ultimo del PSR è di definire l'ambito della concertazione e individuare gli strumenti per realizzare le condizioni di reciprocità degli impegni e delle responsabilità fra tutti i soggetti negoziali, rappresentati principalmente da Aziende sanitarie, Enti locali, privato accreditato, privato sociale, volontariato.

4.3. Gli obiettivi specifici

Obiettivo del PSR è realizzare un sistema sanitario regionale che, in armonia con le indicazioni del PSN e coerentemente alle scelte strategiche della Regione Emilia-Romagna, sia: Orientato alla promozione della salute, non solo alla erogazione

dei servizi sanitari.

Questa scelta individua la priorità di programmi di intervento verso i determinanti sociali e strutturali della salute, ed evidenzia il valore strategico della cooperazione fra SSR, Enti locali e le diverse forme di organizzazione della società civile. In particolare, individua il ruolo preminente degli Enti locali nella selezione delle priorità e nella elaborazione e gestione di politiche per la salute, in aggiunta alla loro funzione di indirizzo e di verifica dell'attività svolta dalle Aziende sanitarie e ben oltre il loro ruolo diretto in quanto titolari di competenze e responsabilità amministrative nella gestione dei servizi sociali.

Orientato alla offerta di un servizio alla popolazione e ai singoli utilizzatori, non semplicemente alla erogazione di prestazioni.

Questo obiettivo comporta la assunzione della duplice priorità di sviluppare le competenze e le capacità relazionali del sistema e dei suoi operatori nei confronti delle preferenze e delle aspettative della popolazione e dei singoli utilizzatori dei servizi e della valutazione del loro gradimento. Sul versante della organizzazione dei servizi, indica come prioritaria la riorganizzazione dei processi assistenziali verso l'integrazione orizzontale fra- ed entro i servizi e Dipartimenti, orientata alla definizione di programmi di intervento per categorie e sottogruppi significativi di popolazione.

Regionale nella definizione delle garanzie e nel modello di funzionamento, locale nella scelta degli assetti organizzativi e della distribuzione delle responsabilità.

La funzione di programmazione regionale nei confronti del sistema delle Aziende sanitarie si esprime nella definizione delle relazioni fra le Aziende e fra queste, la Regione e gli Enti locali, nel disegno del profilo generale di organizzazione dei servizi e nella articolazione delle responsabilità. Alla autonomia aziendale è affidata la responsabilità delle scelte rispetto agli assetti organizzativi interni ed alla

distribuzione ottimale dei servizi in rapporto alla popolazione di riferimento. Questo comporta la necessità di definire modelli di riferimento per la distribuzione dei servizi nei diversi ambiti territoriali e per la articolazione delle responsabilità cliniche e finanziarie all'interno delle Aziende, nonché un sistema di monitoraggio dei risultati raggiunti, al fine di garantire l'attuazione delle indicazioni fornite.

4.4. Lo stile delle scelte di programmazione

Le soluzioni proposte dalla programmazione strategica regionale relativamente alla organizzazione del sistema devono essere:

a. informate dalla valutazione delle evidenze disponibili sulla efficacia clinica e sulla efficienza operativa dei diversi assetti organizzativi dei servizi. In assenza di queste, potranno essere considerate esperienze e soluzioni adottate in altri paesi per programmi di intervento e/o forme di organizzazione dei servizi.

b. Basate sulla valutazione della situazione attuale, relativamente al fabbisogno stimato di intervento, tenuto conto dei volumi di attività attuali e dei problemi emergenti.

c. Adeguatamente verificate, in quanto corredate da misure di risultato (intermedio e, quando possibile, finale) che permettano di valutare la progressione verso gli obiettivi definiti nel tempo previsto, garantendo anche la responsabilizzazione nei confronti dei cittadini e degli Enti Locali.

d. Adeguatamente sostenute, in quanto gli obiettivi indicati prevedono adeguate misure di supporto alla attuazione locale attraverso lo sviluppo delle competenze professionali e delle infrastrutture tecniche necessarie e il finanziamento delle soluzioni organizzative "ottimali" attraverso un fondo per la modernizzazione del SSR appositamente costituito.

4.5. Gli oggetti

Il PSR 1999-2001 contiene linee di indirizzo al sistema delle Aziende sanitarie relativamente a:

a. Definizione di un profilo regionale di organizzazione dei servizi secondo un modello generale di distribuzione territoriale, che garantisca le condizioni di accessibilità a servizi di buona qualità, uniformi a livello regionale ed economicamente sostenibili e definisca le condizioni per l'autosufficienza dei diversi ambiti territoriali.

b. Disegno di un sistema di governo aziendale che definisca le condizioni di reciprocità nell'ambito della programmazione negoziata; garantisca la produzione efficiente e la distribuzione equa dei servizi, e realizzi le condizioni per la contestabilità dei risultati sia all'interno del sistema sanitario sia ai diversi livelli istituzionali di governo e ai cittadini in generale.

La articolazione del sistema delle responsabilità si applica ed agisce a livello delle relazioni fra Aziende sanitarie, Enti locali e Regione nella elaborazione di Piani per la Salute (PPS), fra le Aziende attraverso la definizione degli accordi contrattuali per l'attuazione dei Piani annuali di attività (PAA), che rappresentano lo strumento di integrazione verticale e la condizione di contestabilità dei risultati; a livello intraaziendale, nei rapporti entro la Direzione Aziendale e fra questa, i servizi e Dipartimenti.

c. Elaborazione di un programma di modernizzazione del SSR, che valorizzi i punti di eccellenza e le aree di innovazione presenti in molti servizi estendendoli a tutto il sistema regionale. Particolare priorità assumono le politiche per la qualità, e la informazione la comunicazione con i cittadini e con gli utilizzatori dei servizi.

d. Creazione di una area logistica regionale, in termini di strutture di supporto e di politiche di sviluppo delle risorse umane e della informazione, a sostegno della attuazione delle politiche di piano e del progetto di modernizzazione del sistema.

4.6. Le priorità

a) Obiettivi di salute

L'orientamento generale per la programmazione degli interventi di promozione della salute è di valorizzare il ruolo preminente degli Enti locali, riservando alle Aziende sanitarie la funzione di proposta, supporto e consulenza tecnica. Il modello proposto prevede interventi intersettoriali e di durata poliennale, concentrati in aree geograficamente definite o orientati a gruppi significativi di popolazione nei quali il SSR svolge il ruolo di proponente, catalizzatore e di parziale finanziatore.

A questo tipo di interventi principalmente infrastrutturali e con effetti di lungo periodo, si accompagnano interventi di prevenzione primaria della incidenza di malattie e/o disabilità, principalmente orientati alla prevenzione di stili di vita e comportamenti dannosi per la salute e a contrastare le esposizioni professionali di collettività di persone in specifici ambienti di vita e di lavoro.

b) Organizzazione dei servizi

1) Riorganizzazione del SSR secondo un modello di reti integrate di servizi, orientate per settori di attività o gruppi di popolazione, a livello regionale, aziendale e di singolo servizio.

2) Sviluppo della articolazione distrettuale della organizzazione aziendale e istituzione del Dipartimento delle Cure Primarie, come strumento operativo per la gestione integrata dei servizi territoriali.

3) Programmazione regionale dei servizi a valenza sovra-aziendale, che comprende l'assistenza cardiologica e cardiocirurgica ed il sistema regionale dei traumi, nonché forme innovative di assistenza, a integrazione di programmi regionali già presenti, come l'hospice per l'assistenza ai pazienti in stadio di malattia avanzata.

4) Sviluppo di un programma per la modernizzazione del SSR, orientato alla promozione della qualità dell'assistenza e alla informazione, collaborazione e partecipazione degli operatori, degli utilizzatori dei servizi e dei cittadini.

c) Potenziamento dell'infrastruttura regionale del SSR

Il progetto di modernizzazione del SSR richiede lo sviluppo di una forte infrastruttura tecnica a livello regionale, che garantisca le risorse necessarie per lo sviluppo delle competenze richieste dalle nuove funzioni attribuite alle Aziende sanitarie e la coerenza delle strategie aziendali secondo gli indirizzi regionali.



OSPEDALE PRIVATO
SANTA VIOLA



Direttore Sanitario:

DOTT. GIUSEPPE GUERRA MEDICO CHIRURGO

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

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

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

PG. 38051 del 04/02/2003

Questa strategia comporta prioritariamente una politica per lo sviluppo delle risorse umane del SSR e per la diffusione delle tecnologie informative. A questo deve affiancarsi il rafforzamento dell'area logistica regionale, a sostegno e supporto delle Aziende sanitarie e la istituzione di un fondo per la modernizzazione del sistema, per incentivare lo sviluppo delle soluzioni organizzative ottimali.

5. La promozione della salute e la prevenzione delle malattie

5.1. I Piani per la salute

1. Le indicazioni nazionali

Il nuovo quadro di riferimento programmatico e normativo nazionale delinea un SSN che, mentre non si propone l'impossibile obiettivo di perseguire autarchicamente la promozione della salute, non si rassegna ad autolimitare il suo ruolo alla sola offerta efficiente di prestazioni sanitarie. Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 contiene, infatti, la indicazione di obiettivi di salute e di modifica di stili di vita che possono essere perseguiti soltanto attraverso interventi intersettoriali, in collaborazione con tutti i livelli istituzionali e con i cittadini, sui determinanti strutturali delle condizioni di salute dei singoli e delle popolazioni.

L'enfasi sulla natura intrinsecamente intersettoriale degli interventi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e della disabilità impone di identificare la specificità del contributo di tutti i servizi sanitari al raggiungimento degli obiettivi del Piano, all'interno di uno scenario in cui emergono esplicitamente vincoli e interessi diversi, competitivi e potenzialmente conflittuali con quelli riferibili all'ambito della salute. L'obiettivo ultimo del patto di solidarietà per la salute proposto dal PSN è di affrontare questi problemi al loro adeguato livello di complessità, riconoscendo il ruolo essenziale della collaborazio-

ne con tutti i soggetti interessati, interni ed esterni al sistema sanitario.

Questo obiettivo pone problemi nuovi alla organizzazione sanitaria, in quanto implica la sua capacità di conoscere e valutare le condizioni di rischio e lo stato di salute delle popolazioni, di orientare scelte e di sostenere comportamenti individuali e collettivi, in aggiunta alla più tradizionale funzione di offrire servizi e di erogare prestazioni.

2. Le strategie regionali

I programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e della disabilità rappresentano elementi essenziali della strategia aziendale per soddisfare il mandato di tutela della salute della popolazione che caratterizza le Aziende sanitarie, anche se il ruolo preminente o comunque essenziale è svolto da soggetti esterni al sistema sanitario.

Un ruolo primario nello sviluppo dei programmi di promozione della salute è svolto in particolare dagli Enti locali, rispetto ai quali le Aziende sanitarie hanno funzioni di proposta, supporto e consulenza tecnica, secondo un modello simile a quello realizzato nei programmi collegati al movimento delle "Città sane". Per concorrere efficacemente al processo di selezione dei rischi da affrontare prioritariamente e di scelta delle azioni da intraprendere per rimuoverli o controllarli, le Aziende sanitarie devono sviluppare in primo luogo adeguate capacità di analisi epidemiologica finalizzata alla sanità pubblica e di valutazione della efficacia dei programmi di intervento in base alle evidenze scientifiche.

Il raggiungimento degli obiettivi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie deriva dalle conoscenze e dalle competenze tecniche disponibili, ma è soprattutto condizionato dalla percezione, dai giudizi e dai valori di tutti i soggetti che, a vario titolo, fanno parte del problema. Occorre quindi che il servizio sanitario, nel promuovere la difesa

della salute, faciliti l'accesso all'informazione e crei le condizioni per un efficace processo di comunicazione del rischio tra tutti i soggetti interessati, sviluppando tutte le competenze necessarie.

Le funzioni di analisi epidemiologica e di valutazione degli interventi e di informazione e comunicazione del rischio hanno una valenza strategica per le Aziende sanitarie e rappresentano quindi compiti e responsabilità propri della direzione aziendale. Analogamente, i relativi piani di intervento devono rappresentare parte integrante dei programmi di attività di tutti i servizi, a tutti i livelli di assistenza.

3. Programmi di promozione della salute
La strategia per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie e delle disabilità è articolata su tre settori di intervento:

- 1) Prevenzione comunitaria dei problemi collettivi di salute.
- 2) Promozione individuale di stili e comportamenti sani e di abitudini adeguate al mantenimento della salute negli ambienti di vita e di lavoro.
- 3) Informazione e comunicazione del rischio.

I programmi elaborati su obiettivi specifici, trasversalmente a questi settori di intervento, dovranno comunque tendere a:

- a) Ridurre le ineguaglianze di fronte alla salute e alla utilizzazione dei servizi sanitari.
- b) Migliorare la qualità dei servizi.
- c) Produrre maggior valore sulla base delle risorse disponibili.

Per nessuno dei tre settori di intervento è possibile ottenere risultati apprezzabili impegnando esclusivamente le risorse e le strutture del Servizio Sanitario Regionale, per l'ovvio motivo che i problemi di salute non rispettano le competenze amministrative. Le azioni di piano dovranno quindi essere sviluppate puntando prioritariamente all'approccio intersettoriale e all'integrazione tra i livelli di governo e di gestione, sia in senso orizzontale, sia in senso verticale.

I piani di intervento per i programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie sono programmati su base poliennale nell'ambito dei Piani Per la Salute, elaborati e condotti di concerto con gli Enti locali ed in coerenza con gli indirizzi regionali. Le Aziende sanitarie hanno la responsabilità primaria di coordinare gli interventi dei propri servizi e di integrarli con i programmi attivati dai Comuni, sviluppando anche appropriate forme di collaborazione con le organizzazioni della comunità sociale.

A questo tipo di programmi principalmente infrastrutturali e con effetti di lungo periodo, si accompagnano interventi orientati agli stili di vita e alle esposizioni professionali in specifici ambiti di vita e di lavoro.

In entrambi i casi il Distretto rappresenta l'ambito di intervento ottimale, anche in ragione del suo ruolo nel garantire il collegamento e la collaborazione con gli Enti locali, mentre il Dipartimento di prevenzione (DIP) è lo strumento di intervento privilegiato. Il Dipartimento di prevenzione svolge sia funzioni di supporto alla elaborazione, al coordinamento ed al monitoraggio dei programmi aziendali ed eventualmente interaziendali, sia attività proprie, legate all'esercizio della funzione di vigilanza negli ambienti di vita e di lavoro e alla tutela della igiene pubblica. Il DIP può risultare la struttura tecnica più idonea a svolgere funzioni di riferimento metodologico e di coordinamento organizzativo per la elaborazione dei programmi di promozione della salute e di prevenzione della malattia, fornendo competenze specialistiche nel settore della epidemiologia, della tossicologia e della comunicazione del rischio, oltreché per programmi rilevanti per la sanità pubblica, che interessano più servizi aziendali, come ad esempio i programmi di screening o di vaccinazione.

Il DIP dovrà inoltre garantire, sulla base di prove scientifiche di efficacia, la scelta, l'applicazione e la valutazione delle

strategie e delle procedure relative alle aree di offerta relative alla profilassi delle malattie infettive e diffuse, alla salute e alla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, alla sanità pubblica e veterinaria, e alla tutela igienico-sanitaria degli alimenti e della nutrizione.

4. Prevenzione comunitaria dei problemi collettivi di salute

L'efficacia degli interventi di prevenzione comunitaria dei problemi collettivi di salute è principalmente condizionata dal fatto che essi derivano da cause che esulano dalla capacità di controllo e di intervento del Servizio Sanitario Regionale.

L'intersectorialità degli interventi rappresenta quindi una necessità che deve essere perseguita creando una rete di relazioni che permetta al maggior numero di soggetti, istituzionali e non, coinvolti in un determinato problema, di realizzare il più ampio spettro di collaborazioni e di esprimere la più ampia gamma di strategie e di forme di intervento.

Le Zone di Azione per la Salute (ZAS) sono ambiti territoriali definiti non in base ai confini amministrativi ma alla distribuzione di un problema di salute rilevante e alla rete di relazioni istituite fra soggetti pubblici (Comuni e loro articolazioni gestionali, Province, Aziende sanitarie, Consorzi, Comunità Montane, Agenzie, etc.) e privati (Associazioni di volontariato, Organizzazioni sindacali e rappresentanze delle Città Sane, etc.) a cui è riconosciuta la capacità e che riconoscono sé stessi capaci di poter contribuire alla promozione e alla conservazione della salute della popolazione a fronte di un problema riconosciuto e condiviso.

Le ZAS comprendono ambiti territoriali o gruppi di popolazione qualificati da uno specifico problema di salute, in cui l'attenzione e la capacità di iniziativa e di innovazione dei soggetti interessati consente di verificare la fattibilità di interventi risolutivi (anche attraverso la modernizzazione e la revisione logistica e orga-

nizzazione delle strutture del SSR) ed in cui le sinergie di intervento derivanti dai rapporti di collaborazione prospettano risultati migliori, servizi di maggiore qualità o un più efficiente uso delle risorse rispetto ad un intervento dei soli servizi sanitari.

Le ZAS rappresentano quindi la definizione operativa del Patto Per la Salute indicato dal PSN, con il compito di:

- a) sviluppare e attuare strategie comuni, concordate a livello locale fra tutti i soggetti interessati;
- b) coordinare le azioni assunte da tutti i soggetti partecipanti, a fronte dell'affidamento della responsabilità a soggetti, non necessariamente appartenenti al servizio sanitario, che dimostrino forza progettuale e attuativa trainante.

Per il triennio 1999-2001, si ritiene di avviare la costituzione di 8/10 ZAS individuate a seguito della valutazione e della selezione di progetti elaborati da gruppi intersectoriali nell'ambito delle seguenti tematiche:

- Alimentazione (in collaborazione con l'Assessorato all'Agricoltura)
- Incidenti stradali (in collaborazione con gli Assessorati ai Trasporti e alle Politiche Sociali)
- Città anziane
- Città giovani
- Zone socialmente degradate.

Le proposte di istituzione delle ZAS dovranno essere indirizzate a due obiettivi strategici principali:

1. identificare e affrontare i problemi collettivi di salute della popolazione di una determinata area territoriale, omogenea non per coerenza a vincoli connessi a responsabilità amministrative, bensì per la presenza comune di un problema di rilevante influenza sulle condizioni ambientali e/o sociali, attraverso: a) il coinvolgimento attivo della comunità e la messa a disposizione di quest'ultima di strumenti in grado di renderla maggiormente responsabile della propria salute; b) la definizione delle alleanze e delle

collaborazioni su cui puntare per raggiungere un livello accettabile di "sostenibilità" del progetto; c) l'identificazione delle cause e delle fonti di pericolo e dei rimedi per ridurre l'impatto sulla salute collettiva;

2. sviluppare la capacità di risposta, l'efficacia e l'efficienza dei servizi attraverso: a) la concertazione degli interventi prodotti a partire dai diversi punti di attacco; b) lo sviluppo di forme di partnership e la creazione di sinergie tra le attività espresse dai diversi attori; c) l'attribuzione delle responsabilità di coordinamento e supervisione al soggetto capace di esprimere innovazione e forza trainante.

L'individuazione delle ZAS sarà effettuata sulla base della elaborazione di programmi che evidenzino la rilevanza del problema e l'appropriatezza degli obiettivi sanitari, le modalità e gli strumenti di intervento, la intersectorialità delle collaborazioni previste, le forme di coordinamento e l'assetto delle responsabilità, la struttura economica della proposta, i risultati attesi a breve, medio e lungo termine.

5. Interventi sugli stili di vita

L'azione concertata tra soggetti pubblici e privati per la promozione della salute della collettività non può essere disgiunta da interventi diretti a promuovere stili di comportamento sani e abitudini adeguate al mantenimento della salute. Il PSN indica interventi prioritari nel settore della alimentazione, del fumo, dell'alcool e della promozione della attività fisica, che sono integralmente assunti come priorità dal PSR, anche in quanto coerenti con specifici programmi regionali già avviati.

Le esperienze fin qui condotte hanno evidenziato che uno degli elementi critici per il successo delle iniziative è rappresentato dalla capacità di penetrazione dell'intervento all'interno di gruppi coesi e socialmente significativi. Se l'adozione

di stili di vita "sani" è una opportunità essenzialmente individuale, la condivisione sociale del modello di comportamento è un forte stimolo alla adozione e un sostegno al suo mantenimento.

Gli ambienti di lavoro, a cominciare da quelli del SSR, rappresentano quindi uno dei luoghi elettivi di intervento per promuovere comportamenti e stili di vita per la salute, con l'obiettivo di integrare le attività di controllo dei fattori di rischio in ambiente di lavoro con gli interventi di prevenzione individuale, primaria e secondaria.

Le azioni più incisive finora condotte negli ambienti di lavoro hanno riguardato prioritariamente e principalmente i rischi connessi alle attività produttive. Le esperienze acquisite ed i risultati ottenuti nel controllo delle nocività ambientali nei luoghi di lavoro permettono di allargare l'ambito di questi interventi a fattori di nocività presenti negli ambienti di vita. Le persone in condizione lavorativa sono primariamente parte di una comunità e sono quindi esposti agli stessi rischi connessi ai comportamenti presenti negli ambienti di vita.

L'allargamento degli obiettivi di intervento negli ambienti di lavoro permette di affrontare globalmente problemi che, tranne casi specifici e peculiari, giocano a entrambi i livelli (ad esempio, l'ipertensione annovera tra i suoi fattori di rischio sia lo stress occupazionale sia la cattiva alimentazione) e consente di contare su un effetto moltiplicatore dell'azione preventiva, reso possibile dal ruolo di trasmettitore dell'informazione svolto da ciascun soggetto in condizione lavorativa almeno nell'ambito della propria famiglia.

Questo approccio aumenta inoltre l'efficacia degli interventi di prevenzione individuale, primaria e secondaria, sia in quanto permette di realizzare sinergie fra i servizi di medicina del lavoro e gli altri servizi sanitari, sia in quanto facilita la raggiungibilità della popolazione desti-

nataria degli interventi di comunicazione del rischio o con l'offerta di programmi di diagnosi precoce.

L'ambito lavorativo di intervento prioritario è rappresentato dalle strutture del Sistema Sanitario Regionale. Gli operatori sanitari rappresentano una parte significativa della popolazione regionale, dal punto di vista della numerosità e da quello della autorevolezza e della competenza, e rappresentano quindi una risorsa importante sia come destinatari dei programmi di intervento sia come soggetti privilegiati di disseminazione delle informazioni.

5.2. Il Dipartimento di prevenzione

1. Le indicazioni nazionali

Il PSN 1998-2000 riconduce i tradizionali sei macrolivelli di assistenza sanitaria a tre livelli, in riferimento alla assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. L'individuazione del livello dell'assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro risponde principalmente alla esigenza di sviluppare e valorizzare l'attività del Dipartimento di Prevenzione (DIP), in quanto il PSN indica esplicitamente che attività rilevanti di prevenzione primaria e secondaria debbano essere svolte a tutti i livelli del SSN. Al DIP sono invece confermate le competenze specifiche relative a:

- profilassi delle malattie infettive e diffuse;
- tutela dei rischi connessi con l'inquinamento ambientale;
- tutela dei rischi connessi con gli ambienti di vita e di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti.

Queste funzioni corrispondono alle attività svolte direttamente dal DIP, in aggiunta alle più generali funzioni di supporto tecnico alla Direzione strategica aziendale ed alla collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

A fronte del permanere dello statuto di peculiare autonomia attribuito al DIP all'interno delle Aziende sanitarie, stanno i profondi mutamenti della normativa nazionale e comunitaria, che regola compiti e responsabilità delle imprese commerciali e degli insediamenti produttivi e le innovazioni concettuali ed operative introdotte dal movimento culturale della "nuova" sanità pubblica.

La tendenza della normativa nazionale e comunitaria è decisamente orientata verso la ridefinizione delle relazioni fra la Pubblica amministrazione e le imprese commerciali volte a semplificare i rapporti e ad allargare la responsabilizzazione interna rispetto ai controlli esterni. Anche nella sanità, la più recente normativa di settore ha determinato un significativo spostamento dell'esercizio diretto delle attività di controllo da parte dei servizi della Pubblica amministrazione alla attribuzione ai singoli soggetti della responsabilità di prevenire le possibili ricadute negative sulla sanità pubblica delle proprie attività.

La cultura della "nuova" sanità pubblica ha riproposto il tema degli obiettivi e del ruolo della sanità pubblica, con particolare riguardo alle relazioni con i servizi clinici ed assistenziali. Le soluzioni possibili oscillano fra due estremi, identificabili con nettezza sia sul piano organizzativo che sul piano delle responsabilità, delle competenze e della formazione degli operatori. Da un lato, riconfermare il grande scisma fra la cultura della clinica e quella della sanità pubblica, organizzando servizi di sanità pubblica verticalmente integrati e finanziati con fondi a destinazione vincolata.

Dall'altro, elaborare strategie di sanità pubblica che ricerchino programmaticamente l'integrazione fra risorse e competenze tecniche proprie della sanità pubblica e della clinica a livello della comunità da servire.

La prima ipotesi garantisce la sopravvivenza della funzione di sanità pubblica,

sottraendola alla competizione di potere e di risorse con i servizi clinici, in perenne ricerca di espansione, ma a rischio del suo isolamento. La seconda tende a recuperare la ampiezza dell'ambito naturale di intervento della sanità pubblica, che non solo comprende anche attività cliniche, ma si estende oltre gli ambiti di intervento propri del sistema sanitario. Entrambi questi elementi impongono una revisione delle relazioni funzionali del DIP con le altre strutture aziendali, dei suoi assetti organizzativi e delle pratiche operative.

2. Le strategie regionali

La scelta della Regione Emilia-Romagna è decisamente orientata a favorire l'allargamento dell'ambito di intervento della sanità pubblica, comprendendo programmaticamente all'interno dei suoi obiettivi il contributo dei servizi della medicina clinica.

Le decisioni strategiche orientate alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie e delle disabilità sono pertanto collocate a livello della Direzione Generale delle Aziende, in quanto, oltre ad implicare la partnership decisionale e la intersectorialità degli interventi con le rappresentanze istituzionali o spontanee delle comunità interessate, comportano necessariamente l'intervento coordinato di tutti i servizi aziendali che possono concorrere al raggiungimento degli obiettivi. In questo ambito, il ruolo delle peculiari competenze tecniche presenti nel DIP è di consulenza tecnica e di collaborazione operativa, in particolare nelle aree della informazione, educazione e comunicazione del rischio e della epidemiologia.

La autonomia funzionale e organizzativa del DIP si esprime nella responsabilità di organizzare la produzione e la erogazione delle prestazioni necessarie a soddisfare le funzioni relative ai suoi ambiti propri di attività, a livello aziendale e distrettuale, garantendo la necessaria

integrazione con i servizi aziendali ed in particolare con il Dipartimento per le cure primarie, a livello distrettuale.

Questa organizzazione richiede una ulteriore separazione fra le attività che possono trovare una collocazione sovradistrettuale e, in taluni casi, sovraziendale, e le prestazioni a valenza individuale, i cui punti di erogazione devono invece essere collocati il più possibile vicino ai loro destinatari, e quindi a livello distrettuale, per favorirne l'accessibilità.

3. Le funzioni di vigilanza

Le condizioni in cui si esercita la vigilanza attraversano una fase di profonda trasformazione, per la riduzione della rilevanza e dell'onere delle autorizzazioni preventive a carico della Pubblica amministrazione e l'aumento delle responsabilità dei cittadini e delle imprese nella progettazione e nel controllo dei rischi che vengono a determinarsi nei luoghi di produzione di beni e di servizi. Esempi paradigmatici sono il D.Lgs n. 626/1994 sulla salute nei luoghi di lavoro e il D.Lgs 155/1997 per la sicurezza igienica dei prodotti alimentari, che hanno portato mutamenti profondi nelle procedure e nelle responsabilità della prevenzione in questi due settori estremamente rilevanti per la sicurezza dei lavoratori e del pubblico.

Questa tendenza, destinata a svilupparsi ulteriormente per effetto delle norme comunitarie, ha determinato da un lato lo sviluppo di nuove figure professionali nel campo dell'igiene e della sicurezza, con specifiche responsabilità nella identificazione e nel controllo dei rischi presso i luoghi di produzione e dall'altro l'aumento della domanda di informazioni e di formazione da parte di cittadini e di imprenditori, singoli e associati, più direttamente coinvolti nelle attività e nelle scelte per la prevenzione.

La crescita della responsabilizzazione dei privati non comporta tuttavia la diminuzione delle responsabilità pubbliche,

ma richiede piuttosto una sua trasformazione. Occorre sviluppare un "nuovo" sistema di vigilanza coerente con le tendenze in atto, adeguato ai rischi esistenti e alla loro evoluzione, capace di intervenire sia sui prodotti, sia sulle procedure e sui processi di valutazione e gestione dei rischi.

Il rispetto dei ruoli e delle reciproche responsabilità richiede che la funzione di vigilanza coinvolga tutti gli attori e le parti sociali sulle priorità e sulle modalità di applicazione delle norme attraverso azioni di informazione e di assistenza preventiva, che rappresentano le aree emergenti di esercizio della nuova funzione di vigilanza.

Il nuovo sistema di vigilanza pubblico richiede in particolare:

- operatori competenti, capaci di identificare e selezionare i problemi, di programmare interventi secondo criteri di priorità e di promuovere le necessarie azioni;
- strutture tecniche qualificate, attrezzate e con competenze specialistiche (sulle malattie infettive, in epidemiologia, in tossicologia, in igiene industriale e ambientale, nelle tecniche produttive, nella sicurezza, nella normativa, nella comunicazione, ecc.) che conoscano la situazione dei rischi nelle aree di competenza, supportino tecnicamente le attività sul campo e siano capaci di intervenire sui problemi di salute più rilevanti;
- interventi coordinati tra i soggetti pubblici che hanno titolo ad adottare decisioni per la gestione dei rischi, in modo adeguato alla complessità e alla dimensione dei problemi. In questa logica è importante definire le competenze e le modalità di integrazione tra coloro che concorrono alla valutazione e alla gestione dei rischi, considerando che le attività ispettive e repressive sono solo un aspetto di tale processo.

4. Lo Sportello per la prevenzione

L'esercizio delle funzioni di prevenzione

è tradizionalmente caratterizzato da un elevato ricorso ad autorizzazioni preventive e interventi ispettivi, frequentemente percepiti come procedure burocratiche, inutilmente limitative della autonomia o, addirittura, delle libertà individuali.

Questa percezione deve essere interpretata come un invito alla semplificazione delle procedure e come una richiesta legittima di motivazioni che deve essere adeguatamente soddisfatta da chi ha il compito di tutelare la sanità pubblica.

Le relazioni con gli utenti e con i cittadini acquistano pertanto anche per il DIP una rilevanza critica come, e forse più che, nelle altre attività sanitarie. Il PSR intende assumere le relazioni con gli utenti e con i cittadini e la semplificazione burocratica delle attività di prevenzione come una priorità, sviluppando gli Sportelli per la Prevenzione. Tali strutture informative rivolte ai cittadini dovranno essere costituite attraverso la collaborazione tra i Dipartimenti di prevenzione, i Distretti e i Comuni, anche per rispondere alle esigenze determinate dalla recente istituzione degli Sportelli unici per le aziende. Gli Sportelli per la prevenzione dovranno essere il primo, ed eventualmente il principale, punto di incontro con i cittadini e dovranno collaborare con tutti gli operatori e i servizi interessati per orientare l'organizzazione in modo da:

- aiutare i cittadini nella utilizzazione dei servizi;
- raccogliere le lamentele e le critiche, sia relative a problemi esistenti sul territorio sia a disfunzioni interne;
- promuovere il ruolo e l'immagine della prevenzione, facendo conoscere gli obiettivi, le attività, i programmi e i risultati ottenuti;
- informare sui rischi per la salute, rispondere a quesiti sui temi della prevenzione e facilitare l'accesso alla documentazione;
- produrre strumenti informativi e di comunicazione.

In una visione integrata delle attività di

comunicazione gli Sportelli per la prevenzione dovranno inoltre collaborare a:

- gestire il rapporto con gli organi di comunicazione;
- progettare e organizzare iniziative di confronto pubblico su temi riguardanti la salute;
- realizzare progetti di educazione e di promozione della salute in particolare nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nei centri di aggregazione sociale e culturale, nei quartieri, utilizzando la rete capillare dell'insieme dei presidi sociosanitari pubblici e privati;
- realizzare progetti di formazione dei soggetti con responsabilità nella gestione della prevenzione (responsabili dei servizi di prevenzione e protezione, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, responsabili dei processi di HACCP, etc.).

Appropriate azioni di coordinamento e di supporto dovranno essere sviluppate nell'ambito dell'area logistica regionale al fine di garantire omogeneità nelle diverse aree della regione, realizzare economie di scala nell'uso delle risorse e nei costi di produzione dei prodotti e valorizzare le competenze presenti nei diversi DIP.

5. L'integrazione a livello dipartimentale e aziendale

Il processo di innovazione che deve coinvolgere anche i DIP prevede la riconversione, lo sviluppo di nuove competenze, strumenti e tecnologie con l'obiettivo di realizzare elevati livelli di integrazione entro e fra Dipartimenti di prevenzione, attività dei servizi territoriali a livello distrettuale e sistema regionale dell'ARPA.

Il DIP è una macrostruttura dell'Azienda USL dotata di autonomia funzionale e organizzativa, che collabora in modo sistematico e regolamentato con tutti gli altri presidi dell'Azienda USL.

A livello dipartimentale questo comporta lo sviluppo della più ampia collaborazio-

ne tra gli operatori dei diversi servizi nell'ambito di programmi di intervento comuni che porti al rafforzamento delle funzioni specifiche del DIP e delle competenze specialistiche in epidemiologia, tossicologia e comunicazione del rischio per aumentare la capacità delle Aziende sanitarie di rispondere alle nuove esigenze organizzative e agli obiettivi del Piano sanitario. In tal senso, il Dipartimento di prevenzione può rappresentare la struttura tecnica più idonea a svolgere funzioni di supporto metodologico e di coordinamento organizzativo per la realizzazione dei Piani per la salute che saranno sviluppati a livello locale.

L'innovazione organizzata ed il miglioramento della qualità delle attività di prevenzione dovrà essere operata secondo due criteri:

- programmazione e revisione delle attività svolte in base alla disponibilità di prove di efficacia delle tecnologie di prevenzione utilizzate. L'adozione di Linee guida per le attività di prevenzione e l'impegno degli operatori del DIP nella revisione critica sistematica e continuativa su attività svolta, risultati ottenuti e risorse utilizzate richiesto dal sistema di governo clinico aziendale, deve comprendere anche l'area degli interventi di prevenzione svolti dal DIP;
- sviluppo di modalità di organizzazione dell'offerta in funzione delle esigenze dei cittadini. L'integrazione fra DIP e Dipartimento delle Cure Primarie dovrà prevedere anche le modalità organizzative affinché l'erogazione di prestazioni individuali con finalità preventive possa essere affidata ad altri professionisti o settori sanitari, in ragione di condizioni di accessibilità e di opportunità per il cittadino. Tale integrazione dovrà avvenire assicurando in ambito regionale la maggiore omogeneità possibile nelle forme organizzative.

6. L'integrazione a livello regionale

La maggior parte dei problemi di salute e

molte attività preventive presentano una dimensione sovraziendale in quanto:

- presentano elevati livelli di complessità che richiedono l'integrazione di competenze specialistiche e di organizzazioni diverse (ad es. gli alimenti che provengono da manipolazioni genetiche, il rischio da campi elettromagnetici o il controllo dei cantieri per il Treno ad alta velocità);
- presentano ovvie economie di scala (ad es. il censimento regionale degli edifici e delle aziende con amianto);
- richiedono sistemi informativi comuni e capacità di coordinamento per garantire uniformità di valutazione e di interventi nelle varie aree.

In taluni settori, come quello dei rischi ambientali o della sanità pubblica veterinaria, l'esigenza di strutture tecniche specialistiche, intermedie tra il livello locale e quello nazionale, è stata soddisfatta con la costituzione delle ARPA e degli Istituti zooprofilattici.

I processi di innovazione nelle attività di prevenzione sottolineano la necessità di disporre, anche per questo campo, di un supporto tecnico regionale alle attività aziendali, che garantisca l'accesso a conoscenze e competenze specialistiche, l'integrazione tra sistemi informativi, lo sviluppo di una maggiore capacità epidemiologica, livelli adeguati di scambi e di coordinamento tecnico per uniformare strategie e migliorare l'uso delle risorse, formazione, possibilità di collaborazione a progetti di ricerca, ecc.

Questa risorsa dovrebbe trovare collocazione nella area logistica regionale, utilizzando e valorizzando le competenze e le esigenze già emerse a livello regionale con il Centro di documentazione per la salute (costituito presso le Aziende USL della Città di Bologna e di Ravenna), che svolge funzioni di rilevanza regionale nel campo della sanità pubblica, con un diretto collegamento con l'Assessorato regionale alla sanità, ed in collaborazione l'Agenzia Sanitaria Regionale, l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e

l'Ambiente (ARPA) e con le Istituzioni di ricerca regionali e nazionali.

7. Rapporti fra Dipartimento di Prevenzione e Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente

La costruzione di un sistema integrato delle attività di prevenzione coordinate, indirizzate e regolate dalla Regione si basa sui Dipartimenti di prevenzione istituiti in ogni Azienda sanitaria territoriale, sull'ARPA, sull'Istituto Zooprofilattico sperimentale, sul Centro di Documentazione per la Salute e sulle strutture di riferimento regionali per l'igiene e la sicurezza del lavoro.

Questa scelta organizzativa è ispirata dalla necessità di riordinare in un unico sistema le competenze ambientali e sanitarie affidate a distinte strutture operative. In tale sistema resta ferma la competenza della Regione sulle scelte di programmazione e di indirizzo mentre è affidata alle Aziende e all'Agenzia la responsabilità dell'attività gestionale ed organizzativa dei servizi preposti all'erogazione delle prestazioni.

Le Sezioni provinciali dell'ARPA erogano le prestazioni proprie dell'Agenzia e garantiscono l'esecuzione delle attività analitiche e l'erogazione delle prestazioni di supporto in materia di prevenzione collettiva richieste dalle Aziende sanitarie territoriali per lo svolgimento dei loro compiti di istituto.

I Dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie territoriali e le Sezioni provinciali dell'ARPA esercitano in modo integrato e coordinato le funzioni e le attività di controllo ambientale e di prevenzione collettiva che rivestono valenza sia ambientale che sanitaria ed assicurano:

- 1) la valenza unitaria delle attività e dei compiti espletati dal soggetto titolare della competenza primaria;
- 2) la realizzazione di modalità di rapporto con gli utenti, volte a evitare la frammentazione degli interlocutori pubblici e favorire l'univocità della comunicazione.

L'effettiva univocità degli atti tecnici è ottenuta mediante l'individuazione dei livelli di integrazione e coordinamento, necessari alla produzione dei diversi atti. A tal fine sono individuati congiuntamente, attraverso specifici protocolli:

- le attività e i compiti che, per i forti livelli di integrazione e coordinamento necessari, richiedono la costituzione di gruppi di lavoro permanenti, di norma provinciali. A tale gruppo di attività, rispetto alle quali la verifica periodica delle modalità di lavoro e dei risultati ottenuti è di competenza dei Comitati provinciali, appartengono in particolare:
 - le attività inerenti il funzionamento del sistema informativo;
 - l'informazione sullo stato dell'ambiente e la comunicazione del rischio;
 - l'espressione di pareri tecnici, nonché il supporto tecnico-scientifico agli Enti titolari delle funzioni amministrative, per la elaborazione/validazione degli strumenti di programmazione, pianificazione, gestione ed attuazione;
 - le attività inerenti i grandi rischi;
 - le attività e i compiti, il cui espletamento comunque richiede il concorso esplicito di ARPA e Aziende Usl, di norma attraverso atti tecnici unitari;
 - le attività e i compiti a basso livello di integrazione, che, per il loro svolgimento, non richiedono di norma il concorso di entrambi gli Enti.

8. La sanità pubblica veterinaria

La domanda interna e le esigenze internazionali poste dal nuovo mercato euro-

peo impongono una profonda innovazione nella sanità pubblica veterinaria.

L'accresciuta attenzione collettiva verso i problemi igienico-sanitari e ambientali legati alla convivenza uomo-animali, la costante domanda di sicurezza e integrità dei prodotti alimentari nonché di metodi di produzione ecologici, la maggiore sensibilità sociale per il benessere degli animali, esigono strategie di sanità pubblica veterinaria in grado di assicurare azioni efficienti ed efficaci che forniscano adeguate risposte ad una domanda interna sempre più sofisticata e complessa.

In questa prospettiva vanno privilegiate quelle attività e quegli interventi finalizzati alla tutela della salute del consumatore, ad elevare gli standard sanitari delle produzioni zootecniche ed a valorizzare il rapporto uomo/animale/ambiente.

L'attuazione del mercato unico, nel contesto dell'Unione Europea e gli accordi internazionali nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale del Commercio per la libera circolazione degli animali e dei prodotti alimentari, impongono che le azioni di prevenzione e controllo della salute degli animali e della salubrità degli alimenti di origine animale siano programmate e gestite prendendo a riferimento uno scenario di livello internazionale, che pretende adeguati livelli e standard igienico-sanitari, nonché il riconoscimento dell'affidabilità di tali azioni.

Il PSR 1999-2001 individua i seguenti obiettivi prioritari:

- a) innalzare i livelli sanitari delle popolazioni animali, con riduzione della inciden-

POLIAMBULATORIO PRIVATO

S. LUCIA

Direttore Sanitario:
Dott. A. Longhi
Medico Chirurgo Specialista
in Oculistica

P.G. n. 69914 del 6.4.2004

- **DIAGNOSTICA OCULARE COMPLETA**
- **TEST PER CHIRURGIA REFRATTIVA**
- **SCREENING GLAUCOMA COMPLETO**
- **GDX - ANALISI FIBRE**
- **MICROPERIMETRIA**
- **LABORATORIO DI IPOVISIONE**
- **ORTOTTICA**
- **LASER ARGON-YAG**

DOTT. LUCIA SCOROLLI

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

DOTT. SERGIO ZACCARIA SCALINCI

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

DOTT.SSA MARIACHIARA MORARA -

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

Bologna - Via Murri 164 - Tel. 051 440822 - Fax 051 470627

za delle infezioni zoonosiche e di quelle a maggiore rilevanza zoonosanitaria;

b) migliorare l'igiene degli allevamenti zootecnici, con particolare riferimento al benessere degli animali allevati, all'alimentazione degli animali e all'utilizzo dei medicinali veterinari;

c) garantire un elevato livello di sicurezza e di integrità dei prodotti alimentari di origine animale;

d) accreditare il funzionamento dei Servizi veterinari territoriali e dei Laboratori di sanità pubblica veterinaria secondo norme di assicurazione della qualità.

Per il conseguimento di questi obiettivi, si individuano le seguenti azioni prioritarie:

– istituzione di un sistema di reti di sorveglianza epidemiologica veterinaria, così come configurato dalla direttiva

97/12/CE, debitamente supportato da una base dati informatizzata di gestione dell'anagrafe zootecnica, dallo sviluppo del Centro epidemiologico presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale e dalla istituzione della figura del veterinario aziendale riconosciuto;

– attuazione di piani di monitoraggio, controllo e, ove possibile, di eradicazione delle zoonosi;

– attuazione di programmi di sorveglianza delle Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili degli animali (TSE);

– potenziamento qualitativo dell'attività di controllo ufficiale veterinario basato su una corretta analisi, valutazione e gestione dei rischi e su livelli operativi omogenei e accreditati secondo norme di assicurazione della qualità;

– riqualificazione organizzativa e rafforzamento operativo degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, con completamento del processo di adeguamento delle norme EN45000, al fine di assicurare, nell'espletamento dei compiti istituzionali, servizi tecnologicamente e scientificamente avanzati;

– sviluppo delle attività di formazione e aggiornamento degli operatori di sanità

pubblica veterinaria, anche mediante un coerente collegamento con i piani di studio delle Università;

– sviluppo di programmi di ricerca finalizzati a rendere più efficienti ed efficaci gli interventi e le misure sanitarie nel campo della sanità pubblica veterinaria.

9. Tutela degli alimenti

Garantire prodotti alimentari rispondenti a criteri di sicurezza e integrità è requisito preliminare per la tutela della salute pubblica e per la tutela degli interessi dei consumatori e degli operatori.

Tale esigenza assume particolare significato in Emilia-Romagna sia per l'importanza socio-economica delle produzioni alimentari regionali e il rilievo della ristorazione collettiva e pubblica, sia per effetto di una domanda di consumi più sofisticata e rivolta a prodotti alimentari garantiti sotto l'aspetto della sicurezza e dell'integrità e che soddisfino esigenze di qualità.

La crescente complessità della "filiera" alimentare, articolata in varie fasi che vanno dalla produzione primaria al consumo, attraverso la lavorazione, trasformazione, conservazione, distribuzione e somministrazione degli alimenti nonché la variabilità dei fattori, interni ed esterni alla stessa filiera rendono evidente che le garanzie, richieste e dovute, non possono essere soddisfatte unicamente dal controllo ufficiale svolto dai servizi del Dipartimento di Prevenzione.

Il coinvolgimento delle imprese alimentari, dei servizi addetti al controllo ufficiale, delle componenti istituzionali, sociali e tecnico-scientifiche interessate, rappresenta un elemento essenziale per organizzare un sistema nel cui ambito ciascuno, nel rispetto di ruoli e competenze, concorre a realizzare un'organica sinergia di interventi, coerentemente finalizzati a garantire la sicurezza e l'integrità dei prodotti alimentari. In particolare in tale sistema devono essere ricompresi:

- la puntuale attuazione, da parte delle aziende alimentari, di piani aziendali di controllo ai sensi delle vigenti normative;
- il controllo ufficiale da parte dei competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione;
- gli interventi finalizzati a favorire la riduzione e comunque il corretto impiego dei prodotti fitosanitari in agricoltura e delle sostanze farmacologiche in zootecnia, nonché le connesse attività di controllo;
- gli interventi per promuovere la certificazione volontaria di qualificazione dei processi produttivi e di prodotti mediante l'adozione di specifici disciplinari di produzione, nonché le connesse attività di controllo;
- gli interventi di formazione degli addetti, nonché di assistenza e supporto tecnico alle aziende;
- l'attività di istituzioni ed enti tecnico scientifici finalizzata alla ricerca scientifica e lo sviluppo tecnologico nel settore alimentare;
- la programmazione di interventi economici per il miglioramento strutturale delle imprese.

Il controllo ufficiale degli alimenti è assicurato dai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, da istituirsi ai sensi del Decreto Legislativo 7/12/93, n. 517 e del D.M. 16/10/98, e dai Servizi Veterinari per quanto riguarda gli alimenti di origine animale.

L'organizzazione e l'operatività di tali servizi deve essere fondata su:

- livelli di responsabilità chiaramente definiti;
 - sistematicità e uniformità d'intervento, così da assicurare un controllo sistematico e continuativo, secondo le azioni e le frequenze previste dalle norme speciali oppure programmate, con piani di lavoro elaborati sulla base delle priorità individuate, delle risorse disponibili, dell'affidabilità dei sistemi di verifica applicati dalle imprese, dai risultati acquisiti.
- In particolare, sulla base delle indicazioni regionali devono essere garantiti:

- l'avvio del processo di accreditamento dell'organizzazione e del funzionamento dei servizi secondo le norme di assicurazione della qualità;
- l'attuazione di organici sistemi di sorveglianza delle malattie trasmissibili con gli alimenti;
- l'attuazione di programmi integrati di controllo, tra Servizi Igiene, Alimenti e Nutrizione e Servizi Veterinari, sulla ristorazione collettiva;
- il potenziamento, qualitativo e quantitativo, del controllo sulla produzione primaria con particolare riguardo all'eventuale presenza degli alimenti di residui di farmaci, prodotti fitosanitari e contaminanti ambientali.

L'attività dei servizi addetti al controllo ufficiale è affiancata e supportata tecnicamente e scientificamente dall'ARPA e dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale. Il ruolo di questi enti non può essere circoscritto alla pur importante erogazione di prestazioni laboratoristiche. E' invece indispensabile sviluppare con i servizi territoriali una costante integrazione professionale e sinergia operativa, nella fase di programmazione delle attività e nelle azioni di controllo e valutazione.

E' quindi necessario che il funzionamento di laboratori per il controllo ufficiale degli alimenti sia conforme alla norma europea EN 45001 e al D.Lgs 120/92 e, a tal fine, è opportuno procedere ad una debita razionalizzazione, sul territorio, delle strutture laboratoristiche.

5.3. Aree di intervento prioritario

Alimentazione

Una corretta alimentazione e la disponibilità di alimenti salubri e integri influenzano in modo positivo lo stato di salute e concorrono a prevenire e limitare molte patologie significativamente collegate ad un'errata alimentazione o conseguenti all'assunzione di alimenti igienicamente non rispondenti.

Una sana alimentazione rappresenta

per tanto uno degli obiettivi di salute da perseguire mediante strategie di intervento in grado di promuovere nei cittadini la capacità di fare scelte consapevoli, di fronte alla complessità dell'offerta e dei messaggi pubblicitari e orientate verso un apporto alimentare adeguato agli standard nutrizionali raccomandati, nonché volte ad assicurare prodotti alimentari sicuri ed integri.

Al riguardo, considerata la complessità del settore, per le implicazioni di ordine culturale, sociale e economico, è indispensabile che per il conseguimento di tale obiettivo di salute, si realizzino le necessarie collaborazioni e sinergie di intervento che coinvolgano le diverse Istituzioni nonché i molteplici Enti e soggetti che sono impegnati nel campo dell'alimentazione e nutrizione.

Ciò premesso si ritiene indispensabile che le strategie per promuovere la corretta alimentazione prevedano interventi volti a:

- realizzare programmi di educazione alimentare tesi a sviluppare orientamenti consapevoli per corretti comportamenti alimentari, promuovendo la piena integrazione tra i molteplici settori che intervengono in tali ambiti, nell'obiettivo di elevarne il grado di sistematicità e di continuità e di sviluppare un compiuto sistema di verifica della efficacia;
- attuare interventi per promuovere la trasparente e corretta informazione, alimentare e nutrizionale, ai consumatori, anche per sviluppare la conoscenza delle caratteristiche dei prodotti alimentari e delle tecnologie di produzione;
- sviluppare la produzione e diffusione di prodotti alimentari con caratteristiche di qualità e salubrità rispondenti ad una corretta alimentazione;
- promuovere programmi e intese volte ad introdurre l'utilizzo di alimenti prodotti con metodi biologici e di produzione integrata nella ristorazione collettiva pubblica;
- assicurare la raccolta e l'analisi delle

informazioni sui consumi alimentari ad attivare sistemi di sorveglianza nutrizionale.

Per la realizzazione di tali interventi sono indispensabili, nel breve periodo, azioni specifiche per porre in essere:

- protocolli d'intesa e operativi tra i diversi soggetti istituzionali (Giunta Regionale, Province, Comuni, Scuola) per definire e realizzare progetti condivisi e comuni in materia di alimentazione e nutrizione, con il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, associazioni dei consumatori, forze economiche e produttive interessate;
 - programmi di informazione ed educazione alimentare rispondenti a requisiti di sistematicità e continuità, nonché basati su "linee guida" che ne definiscano obiettivi, contenuti, strumenti e modalità di verifica;
 - modalità di accesso all'informazione da parte dei cittadini (linee telefoniche dedicate, sportelli informativi, ecc.).
- In tale contesto strategico è indubbio l'importante ruolo che il S.S.R. può e deve svolgere sia nell'esercizio delle specifiche competenze igienico-sanitarie che nel contribuire ad orientare le scelte alimentari della popolazione.
- A tal fine è indispensabile che il S.S.R. garantisca il contributo di idee ed interventi assicurando:
- la connessione degli interventi di prevenzione primaria e secondaria con quelli assistenziali;
 - la promozione di iniziative integrate coinvolgendo i diversi settori sanitari (Dipartimenti di prevenzione, Aziende e presidi ospedalieri, le strutture specialistiche per i disturbi dell'alimentazione, i Distretti, la Medicina Generale e la Pediatria di base);
 - l'attivazione, nell'ambito del Servizio di Igiene degli Alimenti della Nutrizione, dell'area funzionale Igiene della Nutrizione sviluppandone la disponibilità delle competenze professionali necessarie;

- l'attuazione di interventi informativi e formativi per il personale sanitario;
- la partecipazione e il confronto dei cittadini.

Infortuni e malattie correlate con il lavoro

1. Il problema

La salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro è un obiettivo prioritario per lo sviluppo della società e per assicurare attività lavorative produttive e competitive. Sebbene questo convincimento sia ampiamente consolidato e gli sforzi intrapresi siano significativi, gli effetti negativi sulla salute dovuti al lavoro risultano ancora elevati.

Secondo i dati di fonte INAIL, che peraltro non comprendono alcune aree lavorative e non tengono conto del fenomeno sommerso, in Emilia-Romagna ogni anno si verificano circa 70.000 infortuni con più di 3 giorni di assenza dal lavoro: 5-6 lavoratori ogni 100; di questi, moltissimi avvengono sulla strada. Nel 4% circa degli infortunati rimane un danno permanente. Nel 1996 in particolare si sono verificati 121 casi mortali e in 2.768 lavoratori sono rimasti danni permanenti. A questi occorre aggiungere 748 infortuni con esiti permanenti e 24 mortali in agricoltura. I comparti in cui si verificano il maggior numero di infortuni (in 10-11 lavoratori ogni 100 per anno) sono: le costruzioni (12.291 casi nel 1996), la metalmeccanica (8.715 casi) e la lavorazione del legno (2.089 casi). Per la gravità al primo posto è, invece, il comparto dei trasporti.

Per l'evoluzione tecnologica e dell'organizzazione del lavoro, e anche per i successi delle azioni preventive e di controllo dei rischi, le malattie professionali sono largamente in diminuzione: nel 1996 sono stati definiti 392 casi mentre nel 1994 erano stati 658.

Appaiono al contrario in crescita le cosiddette malattie "correlate con il lavoro" che possono essere determinate, cioè,

anche da cause professionali. Tali problemi riguardano soprattutto l'apparato osteo-articolare e la salute mentale, ma anche tumori, patologie cardiovascolari e altro. Il problema della compatibilità tra lavoro e disabilità interessa, inoltre, un crescente numero di persone anche a causa dell'allungamento del periodo lavorativo e delle nuove tecnologie.

Le attività di prevenzione nei luoghi di lavoro sono state rafforzate in campo nazionale dal recepimento delle Direttive europee del settore e, in particolare, dal D.Lgs 626/1994. Queste norme impongono un più diretto coinvolgimento delle imprese e introducono nuove figure addette alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione, Medico competente, Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza). L'attenzione per la qualità del lavoro, la valutazione dei rischi, la formazione e l'informazione, un sistema di comunicazione tra i soggetti interessati nell'azienda e con i servizi addetti alla vigilanza dovrebbero diventare elementi strutturali della nuova organizzazione del lavoro in sintonia con l'attenzione alla qualità del prodotto.

2. Obiettivi e strumenti operativi

Il PSN pone l'obiettivo di ridurre la frequenza degli infortuni del 10% in particolare nei settori produttivi a maggior rischio e di ridurre ulteriormente il numero delle malattie correlate con il lavoro.

Per migliorare la salute e la sicurezza dei lavoratori è necessaria l'interazione tra i diversi soggetti interessati. In tale contesto il PSR 1999-2001 pone, in particolare ai Dipartimenti di prevenzione, i seguenti obiettivi:

1. sorvegliare l'evoluzione dei rischi e dei danni da lavoro per mettere in luce gli aspetti e le tendenze epidemiologicamente più rilevanti;
2. promuovere e monitorare l'applicazione delle normative;
3. collaborare a migliorare il coordina-

mento delle Amministrazioni pubbliche deputate al controllo e alla promozione della salute nei luoghi di lavoro;

4. facilitare la informazione e la formazione nelle piccole aziende dei diversi soggetti interessati e, in particolare, dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
5. migliorare la qualità degli interventi di prevenzione nonché di quelli dei professionisti della salute nei luoghi di lavoro;
6. promuovere l'integrazione tra i servizi sanitari per facilitare l'accesso ai lavoratori con patologie professionali o correlate con il lavoro e garantire una migliore assistenza sia nella fase diagnostica che in quella della riabilitazione e del reinserimento lavorativo.

Secondo un modello di rete collaborativa e sulla base di criteri e modalità da concordare a livello regionale e locale gli strumenti operativi comprendono, tra l'altro:

- la organizzazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica su scala regionale con particolare attenzione al fenomeno infortunistico e alle patologie correlate con il lavoro;
- la valutazione e la sperimentazione di linee guida e di protocolli operativi per affrontare i principali rischi per la sicurezza, per le patologie osteo-articolari e per i rischi biologici in particolare in ambiente sanitario;
- l'avvio di azioni coordinate delle attività di informazione, formazione e vigilanza tra i soggetti pubblici deputati al controllo e alla prevenzione nell'ambito del Comitato di coordinamento regionale istituito ai sensi dell'art. 27 del D.Lgs 626/1994;
- la organizzazione di attività di informazione e assistenza per i Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e per gli altri soggetti interessati da assicurare in particolare attraverso gli Sportelli della prevenzione e sulla base di protocolli di intesa con le Organizzazioni sindacali e le Associazioni di categoria;
- la realizzazione del progetto interregio-

nale di monitoraggio dell'applicazione del D.Lgs 626/1994;

- il coordinamento degli interventi di sorveglianza, assistenza e vigilanza sui cantieri dell' "Alta Velocità";
- la realizzazione di piani mirati di prevenzione con il coinvolgimento delle aziende e dei professionisti della sicurezza, di programmi specifici di vigilanza soprattutto nei comparti delle costruzioni, della metalmeccanica, del legno, della sanità e dell'agricoltura;
- la realizzazione di piani di miglioramento delle condizioni di sicurezza, in particolare relativamente al rischio biologico, nelle strutture sanitarie.

6. Le Reti Integrate dei Servizi

6.1. Le necessità di programmazione

Anche nella nostra regione esistono differenze sostanziali fra aree geografiche in termini di accessibilità, livello di utilizzazione dei servizi, risultati finali e costi della medesima funzione.

I determinanti di questa variabilità sono attribuibili sia a tradizioni locali profondamente radicate, relative alla storia della offerta, dei servizi e alle abitudini e aspettative della popolazione, sia alle strategie assistenziali e ai comportamenti professionali degli operatori. Differenze nei profili dell'assistenza ricevuta da cittadini con problemi clinici simili, siano esse dovute a differenze nell'offerta dei servizi o ai comportamenti professionali degli operatori, rappresentano in ogni caso l'esempio manifesto di una non uniformità del sistema, che può nascondere problemi di equità ed è comunque indice di problemi di efficienza allocativa o di efficienza operativa della singola struttura. La necessità di garantire ai cittadini maggiore uniformità relativamente alla accessibilità e alla qualità dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del SSR, richiede quindi indicazioni esplicite sul profilo di distribuzione dei

servizi e dei relativi livelli di attività attesi in ciascun ambito territoriale.

Dal momento che la condizione di uniformità richiesta deve riguardare i servizi offerti ed effettivamente utilizzati, non semplicemente il numero e le dimensioni delle strutture presenti, il raggiungimento di questo obiettivo richiede interventi programmatori e gestionali che interessino sia l'offerta che la domanda di servizi sanitari, nonché le forme e i livelli della loro utilizzazione appropriata, da parte dei cittadini e degli operatori, secondo le rispettive responsabilità. Compito ed obiettivo della programmazione è la indicazione di criteri per la definizione dei livelli e delle forme dell'offerta, per la produzione efficiente dei servizi e per l'adozione di Linee guida per la loro utilizzazione appropriata.

Questi obiettivi soddisfano contemporaneamente:

- a) la esplicitazione delle garanzie offerte dal SSR attraverso i livelli essenziali di assistenza;
- b) le necessità operative delle Aziende sanitarie nella programmazione e nella organizzazione dei propri servizi;
- c) la definizione delle esigenze di conoscenze e competenze tecnico-professionali e relazionali degli operatori.

In armonia con le linee della "nuova" programmazione regionale, le indicazioni programmatiche sulla distribuzione dei servizi dovranno:

- a) riguardare i livelli di attività secondo volumi e tipologie di prestazioni offerte ai cittadini, non le dotazioni strutturali ritenute necessarie per la loro produzione [servizi, non letti];
- b) prevedere strategie di supporto alla attuazione locale e criteri di verifica del grado della loro realizzazione e dei risultati ottenuti, in modo da garantire che l'autonomia aziendale nella attuazione delle indicazioni regionali si associ alla responsabilizzazione nei confronti della Regione e degli Enti locali.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario avviarsi in un campo relativamente inesplorato della programmazione sanitaria, sommariamente riconducibile al disegno di reti integrate di servizi.

6.2. La programmazione funzionale

L'obiettivo di molta della programmazione sanitaria tradizionale è rivolto a definire per ciascun ambito territoriale l'insieme di servizi sufficiente per soddisfare localmente le necessità assistenziali della popolazione residente. Questo approccio conduce ad una presenza pervasiva di servizi, che rischia di ostacolare la piena utilizzazione delle risorse disponibili, creare inutili duplicazioni nella offerta e far decadere la qualità dell'assistenza, in quanto i servizi programmati non permettono volumi di attività sufficienti, e sufficientemente variati, da mantenere aggiornate le competenze e le conoscenze degli operatori ed adeguata l'offerta di servizi e gli assetti organizzativi delle strutture. D'altro canto la concentrazione dell'attività in grandi strutture autosufficienti se permette volumi di attività necessari per mantenere aggiornate le competenze individuali e sostenere la funzionalità delle strutture, può anzi essere disfunzionale rispetto alle esigenze di accessibilità di servizi e alla continuità della cura, soprattutto a fronte del moltiplicarsi delle forme e dei luoghi della assistenza e del numero delle professionalità coinvolte.

La programmazione sanitaria più recente ha invece esplicitamente assunto come elemento centrale la definizione delle relazioni funzionali entro e fra i diversi servizi, con l'obiettivo di combinare le esigenze di qualità e di efficienza operativa di ciascun servizio con le ragioni della efficienza allocativa del sistema, che deve tener conto delle economie di scala e di

gamma nella distribuzione delle risorse fra i diversi livelli.

Questo approccio pone come problemi centrali della programmazione i temi delle dimensioni complessive e della composizione ottimale delle unità produttive e dei criteri e delle soglie di riferimento e di rinvio reciproco fra servizi complementari, a diverso livello di complessità.

Un esempio di questo approccio è dato dai problemi e dalle opportunità derivanti dalla scelta di molte Aziende sanitarie di raggruppare stabilimenti ospedalieri diversi in un unico presidio, che, rappresentando la loro unità funzionale, riconosce implicitamente la complementarietà "obbligata" fra i servizi localizzati in sedi diverse di assistenza ospedaliera per acuti.

L'obiettivo della riprogrammazione funzionale del sistema dei servizi regionali è di operare una revisione dei modelli di distribuzione territoriale e di integrazione funzionale dei diversi livelli e forme dei servizi, al fine di:

- superare gestioni frammentarie di servizi, che si qualificano tendenzialmente come aggiuntivi e raramente come sostitutivi;
- garantire dimensioni e composizione ottimali delle unità operative dal punto di vista della funzionalità e della economicità;
- attivare processi di sussidiarietà fra le diverse forme e livelli di intervento.

6.3. Le Reti Integrate dei Servizi

Per comporre i requisiti programmatori della diffusione ottimale dei servizi e delle competenze professionali, i criteri tecnici della garanzia di alti volumi di attività, gli obiettivi clinici della continuità della assistenza e le esigenze economiche della sostenibilità dei costi, il PSR 1999-2001 avvia un processo di rimodulazione funzionale del sistema dei servizi regionali secondo il concetto

delle Reti Integrate dei Servizi. Questo processo integra, completandolo, il programma di rimodulazione della rete ospedaliera e di riorganizzazione della assistenza ambulatoriale e territoriale in corso nella Regione a partire dal 1997, focalizzando l'attenzione sulla composizione ottimale di servizi e sulle relazioni funzionali fra le diverse forme e livelli di assistenza introdotti con queste trasformazioni.

La programmazione secondo reti di servizi è una logica generale della organizzazione, che privilegia l'attenzione sulle relazioni funzionali (le maglie) rispetto alla organizzazione interna delle unità produttive (i nodi), che presenta livelli multipli di applicazione ed ha profonde implicazioni politiche e gestionali.

Dal punto di vista della programmazione dei servizi, il concetto di rete si applica a tutti i livelli del sistema dei servizi. A livello del sistema regionale dei servizi, enfatizzando la integrazione intersettoriale delle risorse necessarie per garantire equità di accesso a servizi di qualità adeguata alla popolazione residente in un definito ambito territoriale; a livello intra-aziendale, evidenziando la necessità di integrare i piani di attività delle diverse unità operative secondo programmi orizzontali, orientati a sottogruppi di popolazione e focalizzati sul servizio reso anziché sulla prestazione prodotta; a livello di singolo servizio, orientando l'organizzazione della produzione dei servizi secondo team multiprofessionali, ordinati per processo e orientati all'utilizzatore anziché secondo ambiti di competenza e linee gerarchiche proprie degli ordinamenti professionali.

La adozione del concetto di rete integrata per guidare le scelte sulla configurazione del sistema dei servizi regionali ha implicazioni profonde sia sul piano concettuale sia sugli strumenti gestionali:

- a) La omogeneità da garantire a livello regionale si misura e deve essere valuta-

ta in base alla garanzia di equità di accesso della popolazione ad una assistenza di qualità adeguata, piuttosto che in termini di equicapacità nella dotazione strutturale dei diversi ambiti territoriali.

b) Il concetto di rete mette in crisi il concetto di localizzazione della struttura operativa, e quindi anche il suo significato di proprietà esclusivo e di patrimonio della comunità locale. In una rete integrata, le sedi fisiche delle strutture si giustificano principalmente in funzione delle esigenze della rete, come luoghi di produzione di programmi integrati al servizio di comunità allargate. La logica di rete privilegia infatti l'efficienza allocativa del sistema sulla efficienza operativa della singola unità produttiva.

c) Dal momento che l'enfasi programmatica ed organizzativa a tutti i livelli è sulle relazioni funzionali multiple fra i singoli nodi di produzione, il problema centrale della funzionalità del sistema è dato dai criteri di scelta e dai livelli di soglia delle decisioni relative all'invio fra i diversi punti della rete (ad esempio, la decisione di ricoverare) e, più in generale, dalla estensione delle funzioni di confine fra i livelli di assistenza (ad esempio, le cure intermedie) non tanto dalla efficienza della organizzazione entro ciascun servizio.

d) L'attenzione sui nodi è principalmente centrata sulle caratteristiche che ciascuno di questi deve possedere per garantire la sua funzione nell'ambito della rete. Relativamente agli stabilimenti ospedalieri, ad esempio, il problema riguarda la individuazione della loro dimensione ottimale, tenendo conto delle esigenze di funzionalità complessive determinate dai servizi di supporto, generale e tecnico, e dalle economie di scopo originate dalle funzioni presenti, a fronte delle esigenze di rete, che si esprimono principalmente attraverso la accessibilità e le relazioni funzionali con le altre strutture ospedaliere.

e) L'adozione del concetto di rete inte-

grata per la programmazione della rete dei servizi del SSR ha una rilevante implicazione di politica sanitaria, in quanto questo concetto è incompatibile con la competizione fra le singole unità produttive e richiede invece la loro cooperazione all'interno della rete di cui fanno parte, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito.

6.4 Forme e significato delle Reti Integrate di Servizi

L'organizzazione dei servizi secondo il modello delle Reti Integrate di Servizi si basa sul presupposto che le competenze tecniche e professionali e le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi clinici della popolazione di riferimento debbano essere disponibili in qualsiasi punto della rete. In questo modo, il sistema delle relazioni programmato fra le unità produttive permette di fare l'uso più efficace delle risorse disponibili nell'ambito della intera rete, favorire l'equità territoriale attraverso la garanzia di uniformità delle condizioni di accesso a servizi di eguale qualità, sviluppare soluzioni in cui le potenzialità di assistenza sanitaria si estendono oltre ed esorbitano da quelle effettivamente presenti entro i confini di ciascuno dei singoli nodi della rete.

Questo modello di organizzazione adottata come modalità di relazione fra i punti di erogazione la mobilità degli operatori, in luogo della mobilità dei pazienti in funzione della centralizzazione delle competenze professionali e delle risorse strutturali; rafforza le interdipendenze funzionali fra i servizi presenti nello stesso ambito territoriale, facilitando l'integrazione e la continuità dell'assistenza.

segue nel prossimo numero

Le trattenute sui compensi da parte dell'Asl sono indebite

→ L'Asl può trattenere direttamente dai compensi somme di denaro a titolo di rimborso coattivo del costo di farmaci prescritti senza il rispetto delle note

CUF da parte dei medici di medicina generale?

Raimondo La Verde

Ai sensi dell'art. 15-bis del Dpr n. 270/2000, la segnalazione alle Asl di prescrizione improprie di farmaci comporta la valutazione della condotta del medico da parte di un'apposita commissione, che trasmette al direttore generale l'esito dell'accertamento per i provvedimenti di competenza. Questo articolo chiarisce che deve essere il direttore generale a inviare al medico una contestazione d'addebito sulla base di riscontri autonomi dell'Asl.

Medicinae Doctor 21 Aprile 2004



Per gentile concessione Aboca Museum

Notizie sulla residenza Montebello dell'ONAOSI per sanitari anziani

→ Martedì 8 giugno 2004, alle ore 19,00 a Montebello di Perugia (strada Montecorneo) si è svolta la Cerimonia d'Inaugurazione della nuova Residenza per Sanitari anziani dell'Onaosi, alla presenza del Presidente della Fondazione dr. Aristide Paci.

Si tratta di una moderna struttura ricettiva ubicata sulla collina di Montebello (Perugia), circondata da un verde parco di circa 30.000 mq. e che dispone di 41 camere doppie dotate dei più moderni confort. Vi sono poi aree attrezzate per svolgere attività di benessere fisico, quali palestra, saune, solarium, oppure per il tempo libero, come l'emeroteca e spazi di socializzazione.

La Residenza sorge, tra l'altro, nelle immediate adiacenze del Campus universitario, già attivo, della Fondazione e del prestigioso complesso della Villa Donini, sempre della Fondazione, in corso di ristrutturazione, e di un'area su cui sorgerà un centro sportivo polifunzionale dell'Onaosi. Tutte queste opere, come tanti tasselli, sono inserite in un progetto ambizioso e di ampio respiro: la realizzazione della "Città Onaosi".

Il tutto si inserisce in un contesto paesaggistico ed ambientale di notevole pregio, che si apre a perdita d'occhio sulla valle del Tevere ad est, verso

Assisi, e fa apprezzare le bellezze naturali dell'Umbria. Intorno, vi sono poi percorsi attrezzati per passeggiate all'aria aperta.

La località è facilmente raggiungibile e dista pochissimi chilometri dal centro storico di Perugia. Così come sono anche facilmente raggiungibili cittadine medievali, tra cui Todi, Spoleto, Assisi e Gubbio.

La prima ipotesi di realizzazione della residenza risale al 1996. Nel 1999 viene posta la prima pietra.

Dopo l'iter di progettazione e di affidamento dell'appalto, superati alcuni passaggi di tipo tecnico e burocratico, i lavori iniziano nel maggio del 2001 e si concludono nel mese di giugno di quest'anno. Giunge così a realizzazione una complessa opera che ha richiesto 30 mesi di lavori di costruzione per un investimento complessivo di undici milioni di euro circa.

La struttura, ispirata ai più avanzati standard di ricettività ed ospitalità, offre un nuovo servizio che l'Onaosi si appresta ad erogare direttamente ai propri Sanitari contribuenti, nello spirito di ampliamento della gamma dei servizi, anche alla luce dell'estensione della base contributiva a tutti gli iscritti agli Ordini professionali.

L'accesso al servizio, secondo criteri di priorità, basati sulla presentazione della domanda e sulla regolarità contributiva, è riservata a soggetti "over 60", Sanitari contribuenti e vedove degli stessi. Vi è poi la possibilità, per questi aventi titolo, di farsi accompagnare durante il soggiorno da una persona, sempre che abbia l'età minima richiesta.

La residenza di Montebello consentirà soggiorni da un minimo di una settimana ad un massimo di quattro settimane a medici chirurghi ed odontoiatri farmacisti e veterinari "over 60", contribuenti Onaosi.

Per eventuali disdette della prenotazione verrà trattenuto il 50% della caparra in caso di rinuncia pervenuta fino a 30 giorni prima della data di arrivo e verrà trattenuto il 100% della quota per rinuncia pervenuta da 1 a 30 giorni prima dell'inizio del soggiorno.

Regolamento interno

Al momento dell'ingresso i Sanitari riceveranno il materiale informativo che regola la vita interna alla Struttura.

DAL XLI CONGRESSO NAZIONALE
FEDER.S.P.EV.
CHIANCIANO, MAGGIO 2004

Problematiche ONAOSI

(Intervento sulla Relazione Paci)

→ Si dà atto che la contribuzione ONAOSI dovuta da parte dei Sanitari (anche pensionati) è un atto di solidarietà non disgiunto da un adeguato ritorno verso chi provvede alla contribuzione.

Da questo enunciato discende il paradosso che l'Istituto di Perugia, dedicato istituzionalmente agli orfani dei sanitari, non può venire incontro a chi è nell'impossibilità di definirsi orfano. Da ciò l'urgenza che le finalità dell'ONAOSI debbano allargarsi per statuto oltre che agli orfani anche ai sanitari (pensionati compresi) che si trovino in condizioni di bisogno. I sanitari infatti, iscritti all'Ordine, sono chiamati (per legge) a partecipare alla contribuzione ONAOSI. L'iniziativa poi, della Casa di Riposo a Montebello di Perugia, quantunque voluta in via sperimentale dalla Dirigenza ONAOSI, non corrisponde neppure ai bisogni dei sanitari dell'area perugina dal momento che oggi si tende a privilegiare l'ospedale domici-

liare (cioè assistenza in senso lato a domicilio): questo tipo di assistenza, tendenzialmente meno costoso, è assolutamente molto più efficace ancorché più gradito.

Si chiede che l'Ente, a complemento o in alternativa alla Casa di Riposo, allarghi l'intervento ai sanitari in difficoltà, ovunque siano, mettendo a disposizione sostanziali contributi anche attraverso il Fondo di Solidarietà della FEDER.S.P.EV. (Federazione Nazionale Sanitari Pensio-nati e Vedove) che già sostiene questa lodevole iniziativa con ridotte risorse.

I fondi dovrebbero essere disponibili anche in base ad elementari considerazioni che si vengono ad esporre. Il primo dato è che da alcuni anni la base contributiva a favore dell'ONAOSI è stata estesa a tutta la classe sanitaria iscritta agli ordini, portando a triplicare il numero dei contribuenti.

Il secondo dato, che nessuno cita, è che al momento della fondazione dell'Onaosi (oltre 100 anni fa) la famiglia (compresa quella dei sanitari) aveva una natalità pari a 4-5 figli per famiglia. Oggi c'è in media poco più di un figlio per famiglia. Dunque 1 orfano ipotetico oggi, contro 4-5 in passato. Ma c'è di più: ci vantiamo tanto, come sanitari, di aver contribuito ad aumentare grandemente la speranza di vita. Il che vuol dire, banalmente, che col tempo si è grandemente ridotto il rischio della premorienza e quindi della presenza di orfani.

Dagli archivi dell'ONAOI dovrebbe risultare, proporzionalmente al numero dei sanitari iscritti, una sensibile riduzione di orfani assistiti. Il presidente Paci (presidente Onaoi) farebbe cosa molto apprezzata se, rendendo noto

questo andamento nel volgere dei decenni, ne raesse incoraggianti conclusioni. Col che vorremmo molto ringraziarlo anche per le aperture già dimostrateci nel suo intervento al nostro Congresso Nazionale.

CENTRO CONGRESSI
ROYAL HOTEL CARLTON
VIA MONTEBELLO, 8

Le emergenze e le urgenze odontoiatriche, il contenzioso e la responsabilità professionale

**Bologna,
venerdì 5 - sabato 6 novembre 2004
con il Patrocinio di:**

Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna - Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna - CLOPD - Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche - Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi - Sumai - Sifop Bologna - Assessorato alla Sanità - Regione Emilia-Romagna - Assessorato alla sanità Provincia di Bologna -

Assessorato alla Sanità Comune di Bologna - SIMLA - SIOF - Associazione Melchiorre Gioia - AIPA - Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati - Collegio dei Docenti di Odontoiatria - COI - Fondazione Cassa di Risparmio - ADOI

Segreteria Scientifica

Dr. Prof. Giorgio Borea

*Istituto di Scienze Odontostomatologiche
Università di Bologna*

Dr. Maria Sofia Rini

e-mail: marioasofia.rini@ausl.bologna.it

Dr. Sebastiano Pantaleoni

e-mail: s.paltaleoni@libero.it

Segreteria Organizzativa

I&C Srl - Via A. Costa, 2

40124 Bologna

Tel. 051-6144004 - Fax 051-6142772

posta@iec-srl.it

Sede

Centro Congressi Royal Hotel Carlton

Via Montebello, 8 - Bologna

Tel. 051-249361 - Fax 051-249724

Attestato di Partecipazione

A tutti i partecipanti che ne faranno richiesta verrà rilasciato un attestato di frequenza al termine del Corso. L'attestato relativo all'assegnazione dei Crediti ECM verrà spedito ai partecipanti previa correzione del questionario di apprendimento.

Seminari di Oncologia Palliativa 2004

Presso Aula G. Giunti
dell'Istituto Oncologico F. Adarii
V.le Ercolani, 4/2
Az. Ospedaliera S. Orsola-Malpighi
Bologna dalle ore 15.00 alle 18.00

1. 28 settembre 2004 "Burn out
dell'equipe assistenziale in oncologia"
Dr.ssa Capotosto, Dr.ssa Fierro
Rivolto a Medici e Psicologi

2. 26 ottobre 2004
"Le neuropatie sensitive e motorie"
Dr.ssa Gabellini e Prof. Testoni
Rivolto a Medici

3. 30 novembre 2004 "L'assistenza domi-
ciliare in oncoematologia pediatrica"
Dr.ssa Burnelli e Dr.ssa Bosoni
Rivolto a Medici

Corsi di Aggiornamento 2004

1. 17-18 settembre 2004

"I tumori della prostata"

2. 6 novembre 2004 "Il controllo del
dolore nel paziente oncologico"

Presso l'Auditorium della Ditta Ducati-
Motor Holding, Via C. Ducati, 3 - Bologna
Segreteria Organizzativa:

Ufficio Formazione ANT

Via L. Berti, 4 - 40131 Bologna

Tel. 051-521999 - Fax 051-524824

Cell. 348-3102862

mail: formazione@antitalia.org

DIAGNOSI E TERAPIA DEL DIABETE MELLITO
9 OTTOBRE 2004

IL PIEDE DIABETICO
16 OTTOBRE 2004

*Il diabete
mellito
un approccio
integrato*

Sede: Sala Riunioni R.S.A. Via Asia 61
S. Pietro in Casale (Bologna)

Segreteria Scientifica:

Dott.ssa Miranda Flammini

Centro di Medicina Generale di S. Pietro
in Casale e galliera (Bologna)

Via Asia, 61 - S. Pietro in Casale (Bologna)

Tel. 051-6662761

La partecipazione è gratuita.

Il Convegno è a numero chiuso,
sono disponibili 50 posti.

È stato richiesto l'accreditamento ECM.

PROGRAMMA ANNUALE 2004

Seminari di Neuroscienze dell'Ospedale Bellaria

Martedì 19 ottobre ore 16-18.30

Trattamento riabilitativo della disfagia

Martedì 16 novembre ore 16-18.30

Il contributo del Bellaria alla donazione d'organi e ai trapianti

ISTITUTO NAZIONALE PER LO
STUDIO E LA CURA DEI TUMORI - MILANO

Presente e futuro del trattamento delle metastasi ossee da mammella, prostata e mieloma

28 Settembre 2004 - orario 8.30-18.30
presso l'Aula A dell'Istituto Nazionale
dei Tumori - Via Venezian 1 - Milano

Organizzatori: Franco De Conno e Carla
Ripamonti - Scuola di Formazione e
Aggiornamento in Medicina Palliativa

Accreditamento:

Per il Convegno è stato richiesto l'accredimento finalizzato all'attribuzione dei crediti formativi, secondo il programma per l'Educazione Medica Continua

Martedì 14 dicembre ore 16-18.30

Tecniche avanzate di Risonanza Magnetica

Il programma sarà completato da conferenze in corso di programmazione

È stato richiesto l'accreditamento ECM degli eventi.

Aula Magna Padiglione Tinozzi Ospedale
Bellaria Via Altura, 3 - Bologna
Segreteria Scientifica: dott. R. Michelucci
Tel. 051-6225734 - Fax 051-6225369
e-mail: roberto.michelucci@ausl.bo.it
Segreteria Organizzativa: sig.ra C. Giardini
Tel. 051-6225739 - Fax 051-6225369
e-mail: clementina.giardini@ausl.bo.it

**Informazioni logiche ed amministrative:
Scheda di adesione:**

Da fare pervenire per e-mail o fax compilata a macchina o in stampatello in **MODO LEGGIBILE** al seguente indirizzo: Scuola di Formazione e Aggiornamento in Medicina Palliativa Istituto Nazionale Tumori U.O. di Riabilitazione e Cure Palliative Via Venezian, 1 - 20133 Milano Tel. 02-23902554 - Fax 02-23903393 e-mail: sfamp@istitutotumori.mi.it

Per ragioni organizzative NON SI ACCETTANO ISCRIZIONI PER TELEFONO O LA MATTINA DEL CORSO.

Le iscrizioni verranno accettate in ordine di arrivo, fino ad un massimo di 280 posti. È necessario mandare un e-mail o telefonare per accertarsi circa la disponibilità dei posti. Gli iscritti devono raggiungere la sede entro le ore 8.30 per la registrazione di presenza e per la compilazione e riconsegna del questionario d'ingresso.

RESP. SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:
Yvonne El Masri
Tel. 02-23902554 - Fax 02-2390339
e-mail: sfamp@istitutotumori.mi.it

14° Conferenza Annuale di Ecografia Muscolo- scheletrica

17-21 Ottobre 2004

Sheraton Hotel

Promosso da: MSUS 2004

Saranno richiesti crediti ministeriali

Patrocini richiesti:

Commissione Europea - Università degli Studi, Bologna - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Bologna - S.I.R.M. - S.I.U.M.B. - Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bologna - Comune di Bologna

Comitato d'Onore:

Francesco dalla Palma

Presidente S.I.R.M., Trento

Paolo Busilacchi

Presidente S.I.U.M.B., Senigallia

Romeo Canini, Docente di Radiologia

Facoltà di Medicina e Chirurgia, *Bologna*

Enrico Drago, Direttore dell'Istituto di Medicina dello Sport, *Bologna*

Carlo Faletti

Presidente Sez. Diagnostica per Immagini in Medicina dello Sport - S.I.R.M., Torino

Giacomo Garlaschi

Presidente Sez. Muscoloscheletrica - S.I.R.M., Genova

Gianpaolo Gavelli, Docente di Radiologia - Facoltà di Medicina e Chirurgia, *Bologna*

Luigi Solbiati

Presidente Sez. Sez. Eco - S.I.R.M., Varese

Salvatore Squatrito

Preside della Facoltà di Scienze Motorie, *Bologna*

Claudio Tentoni

Docente di teoria e Metodologia del Movimento Umano - Facoltà di Scienze Motorie, *Bologna*

Marnix van Holsbeeck

Presidente Musculoskeletal Ultrasound Society, Detroit

Comitato Scientifico:

Carlo Faletti, *Torino*

Carlo Masciocchi, *L'Aquila*

Giuseppe Monetti, *Bologna*

Marnix van Holsbeeck, *Detroit*

Segreteria Scientifica:

Silvia Canova, *Bologna*

Paolo Pisi, *Bologna*

Giovanni Santoli, *Bologna*

INFORMAZIONI GENERALI

Sede della Conferenza

Sheraton Hotel - Via dell'Aeroporto 34/36, Bologna - Tel. (+39) 051 400056

Come Raggiungere la Sede

L'hotel dista 1 km dall'aeroporto "Guglielmo Marconi" e 7 km dal centro della città. A chi vi giunga in auto, si suggerisce di lasciare la tangenziale all'uscita n. 4 (Aeroporto).

Segreteria Organizzativa

Durante la conferenza la Segreteria sarà operativa presso i banchi di accoglienza della sede congressuale nei seguenti orari: dalle ore 7.00 alle ore 20.00 dal 17 Ottobre al 21 Ottobre 2004.

Iscrizioni

La partecipazione alla conferenza è a pagamento. Al proposito si prega di compilare e inviare la scheda d'iscrizione allegata alla Segreteria Organizzativa entro il 17 Agosto. Le schede pervenute oltre tale data saranno accettate in ragione della disponibilità di posti residua. Ad ogni effetto farà fede il timbro postale o la data di arrivo del fax.

CENTRO CIVICO QUARTIERE
MAZZINI-SAVENA - VIA FAENZA 4

Decennale dell'Associazione di Volontariato Iniziativa Parkinsoniani I.P.

PROGRAMMA

Giovedì 23/09/2004
ore 16 - sala polivalente

Conferenza dibattito:

**Il trattamento farmacologico e non,
del paziente Parkinsoniano**

Relatori:

Prof. P.E. Martinelli - Dipartimento
Scienze Neurologiche Università di
Bologna Centro Interuniversitario per lo
studio dei Disordini del Movimento

Aspetti Psicologici dei Parkinsoniani e dei loro famigliari

Prof. P.E.: Ricci Bitti - Professore ordi-
nario di Psicologia Università di Bologna

Riabilitazione neuromotoria ed esercizi joga applicati ai pazienti Parkinsoniani

Relatori:

Dott.ssa Beatrice Miccoli del Policlinico
S. Orsola-Malpighi U.O. Medicina Fisica e
Riabilitazione

Sig. Lino Colombi - Direttore scuola oga
Melograno

Sig.ra Tiziana Sassoli - Insegnante joga
Melograno

Incontri psicologici a mediazione cor- porea nel morbo di Parkinson

Coordinatore:

Dott. Giorgio Matteuzzi, medico-psicolo-
go membro del Direttivo.

Relatori ed operatori:

**Dott.sse Candini Lorena, Carlini Ma-
nuela, Razzaboni Elisabetta, Ulisse
Laura** - Psicologhe del Dipartimento di
Psicologia dell'Università di Bologna

Ore 18 - salone d'ingresso

**Inaugurazione della mostra persona-
le di pittura del prof. Ralf Spalvieri e
di scultura della signora Elisabetta
Foresti.**



Per gentile concessione Aboca Museum

10° Anniversario AMFI Associazione Medici Fotografi Italiani

→ L'AMFI festeggia i suoi 10 anni di vita presso la Fondazione Alario di ASCEA MARINA (SA) sede già dell'incontro del 2003 che ha visto, fra l'altro l'intervento del maestro Romano cagnoni. L'evento prevede un concorso fotografico e un incontro-workshop. La manifestazione che si terrà in contemporanea alla setti-

ma edizione del MEDITERRANEO VIDEO FESTIVAL, è organizzata secondo il seguente programma:

18 settembre: workshop fotografico con i maestri: Giorgio Cutini (medico-fotografo, allievo del maestro mario Giacomelli e autore del libro "La vertigine del movimento" edito da Gribaudo), Mario Boccia (fotoreporter di guerra) ed il prof. Rino Mele (docente di storia del teatro e dello spettacolo presso la facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Salerno). È prevista una visione dei propri portfolii.

19 settembre: premiazione dei vincitori del V° concorso fotografico dal titolo "Mare Nostrum: popoli e paesaggi del mediterraneo"; assemblea annuale soci e simpatizzanti AMFI, nuove iscrizioni.

Per le adesioni al workshop e/o l'eventuale soggiorno è necessario contattare il dott. G. Volpe entro il 10 agosto 2004, ai seguenti recapiti:

Tel casa 0974-836105;

Tel. ospedale 0974-711335;

Cell. 3335399263;

e-mail: giampierovolpe@tiscali.it

Regolamento V° Concorso Fotografico AMFI

"MARE NOSTRUM: POPOLI E PAESAGGI DEL MEDITERRANEO"

→ È indetto dall'Associazione Medici Fotografi Italiani (AMFI) il V° Concorso Fotografico con tema: "Mare Nostrum: popoli e paesaggi del mediterraneo".

Il termine della presentazione delle opere è fissato per il **5 settembre 2004**.

La mostra fotografica si svolgerà dal 10 al 19 settembre 2004, in concomitanza della VII edizione del Mediterraneo Video Festival, che si terrà presso la fondazione Alario di ASCEA Marina (SA).

Le opere dovranno essere di formato 30x40 cm, con cartoncino di montaggio del formato 50x60 cm.

Sono previste due sessioni: B/N e colore (analogico e digitale).

Ciascun autore potrà partecipare con al massimo n. 4 fotografie (B/N, colore o stampa digitale); nel retro di ciascuna fotografia dovrà essere indicato: il nome e cognome dell'autore, l'indirizzo e l'eventuale e-mail di riferimento, il numero progressivo e il titolo.

Le opere dovranno essere inviate al seguente indirizzo: dott. Giampiero VOLPE, via Don A. Volpe, 17 - 84074 Sessa Cilento (SA). La partecipazione è aperta a tutti i medici - soci e non soci AMFI. Le opere selezionate non verranno restituite e comporranno un portfolio AMFI a disposizione per gli scopi no-profit dell'associazione.

La quota di partecipazione è gratuita. Le opere esposte verranno valutate e classificate - per l'assegnazione dei premi - dal pubblico che visiterà la mostra. Verranno premiate le migliori opere sia B/N che colore.



Per gentile concessione Aboca Museum

Centro Odontoiatrico Grimaldi

Via Grimaldi 6/e -Bologna (adiacenze Paladozza)

Affitta Locale/i operativi odontoiatriciin ambulatorio odontoiatrico autorizzato ai sensi della L.R. n. 34/98
e succ. modific. e norme delibere applicative

rif. Dott. Antonio Madera 051 555900 (LMMGV), 3358114518 (SD)

Medico offre a collega stanza in ambulatorio centrale.
Tel. 051 6490116 - 329 4153493.

Affittasi studio medico arredato, climatizzato, impianti a norma, doppi servizi (bagno handicap), Via Bondi (angolo via Massarenti) mattine e pomeriggi; servizio reception.
Tel. 338 9367856.

Affittasi locali in studio medico pressi Porta S. Vitale completamente ristrutturato a generici o specialisti. Possibilità medicina di gruppo. Tel. 051 6568336 - 338 1296868.

Concentratore di ossigeno per patologie respiratorie, marca "Mountain Medical Equipment U.S.A.", 220 Volt, montato su ruote, come nuove vendo € 150. Tel 051 333357.

Vendesi altitudine mt. 650 cascinale in sasso anni '60, area cortiliva mt. 950 circa con possibilità di innalzamento volendo per uso abitazione più terreno seminativo e bosco ceduo circa 1 ettaro. Località Montefredente San Benedetto Val di Sambro (BO). Tel. 051 946291 333 2207250.

In studio medico Via dei Mille, confortevole, climatizzato, con ampia possibilità di parcheggi in zona, affittasi 2 ambulatori con servizio di segreteria a medici specialisti (dietaologia, ecografisti, cardiologi, ecc.). Per informazioni telefonare allo 051 246824.

Affittasi app.to arredato ad.ze Viale della Repubblica (zona Fiera), composto da: ingresso, soggiorno, cucinotto, 2 ampie camere con 4 posti letto, bagno, cantina, Il piano con ascensore. Per informazioni: 051 242570.

Per mancanza spazio, svendo come nuovo lettino ginecologico con reggicocce e portarotolo. Urgente tel. 335 8139799.

Vendesi, come nuovo, ECOGRAFO GENERAL ELECTRIC Logiq 400 CL (CE 0459): M-Mode, PD, CFM, corredato di sonda convex 3,5 Mhz (C364) e sonda vaginale 7 Mhz (E721). € 24.000. Telefonare a: 051 397540 dal lunedì al giovedì ore 9.30 19.00.

Affittasi studio medico per singole giornate o mezze giornate in via dante nei pressi di Piazza Trento Trieste. Per informazioni telefonare allo 051 301977.

Affittasi a prezzo interessante (comprensivo di luce, acqua, riscaldamento, segreteria, telefono, ecc.) ambulatorio medico, impianti a norma, avviato, zona Marconi, anche per qualche pomeriggio settimanale. Tel. 051 229893 opp. 348 8732429.

Odontoiatra offresi per collaborazione in conservativa, endodonzia, igiene, piccola chirurgia. Cell. 338 4971855.

ELENCO INSERZIONISTI BOLLETTINO AGOSTO 2004

AMBULATORIO CFK	pag. 31
AMBULATORIO SANTA LUCIA	pag. 45
CASA DI CURA "AI COLLI"	pag. 23
CENTRO ODONTOIATRICO GRIMALDI	pag. 7-64
DAL MONTE DERNA	pag. 26
MEDICA SAN DONATO	pag. 28-29
OSPEDALE PRIVATO "SANTA VIOLA"	pag. 35
RIOLO TERME	pag. II ^a di cop.
TECNOBIOS	pag. IV ^a di cop.
VILLA BARUZZIANA	pag. 15

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: ASSOMNIA SAS DI DE BERNARDIS CLAUDIO E C.
17 VIA RANZANI - 40127 BOLOGNA - TELEFONO E FAX 051 241379