

BOLLETTINO

ANNO XXXVI - Ottobre 2005 N° 10

notiziario

8, 9, 10 OTTOBRE: PRIMA CONVOCAZIONE PER LE ELEZIONI

**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

TERME DI RIOLO



Sorgente di Benessere

Centro Nuove Tecniche Riabilitative
APERTO TUTTO L'ANNO

Riabilitazione assistita in acqua termale

Riabilitazione funzionale in palestra

Fisioterapia

(laser CO2, tecarterapia, elettroanalgesia, ultrasuoni, kinesiterapia, massaggi ...)

Assistenza medico-specialistica

per tutto il periodo di cura con programmi personalizzati di recupero funzionale.

Trattamenti Termali - Centro Metodologie Naturali
Centro Medico Estetico

per informazioni





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

**BOLLETTINO
NOTIZIARIO
9/05**

**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
Dott. Carlo D'Achille
Dott.ssa Mohamed-Alamin Munira
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: Formula chimica della
formaldeide*

Il Bollettino di Settembre 2005 è stato
consegnato in posta il giorno 16/09

INDICE

EDITORIALE

Panta rei	3
-----------	---

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

Incontro con l'On. Francesco Storace Ministro della Salute del 16 settembre 2005	4
Pareri a confronto in ambito di responsabilità professionale medica	6

DALLA FEDERAZIONE

Del Barone: finalmente è stata fatta giustizia a carico di tanti colleghi accusati ingiustamente	10
--	----

EMPAM

Casellario centrale - Definiti aumenti e trattenute	11
Permessi per l'assistenza a famigliari handicappati	12
Riscattabili i congedi parentali ma in alternativa al riscatto del Corso di Laurea	13

I COLLEGHI SCRIVONO

Lancet e Omeopatia	14
Fortunata	15

NOTIZIE

Medici disponibili per attività professionali	20
Accreditamento istituzionale di ambulatori e dei professionisti titolari di studi odontoiatrici privati situati nell'ambito territoriale dell'Azienda USL di Bologna	22
Notifica obbligatoria della sindrome/infezione da rosolia congenita	23
Prossima scadenza termini richiesta indennizzo ex L. 210/92 per operatori	25
Indagine di polizia giudiziaria - Notifica decreto di sequestro	25
Invito diretto a tutte le strutture pubbliche o private e a singoli professionisti finalizzato alla stipula di convenzioni per esecuzione di visite specialistiche ed esami diagnostici	26
Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2005-2006	28

GIURISPRUDENZA

TAR PUGLIA Sentenza n.2785/03	42
-------------------------------	----

CONVEGNI CONGRESSI

Autorizzazioni, accreditamenti, convenzioni in odontoiatria: un'opportunità per i cittadini e per la professione?	50
Corso interdisciplinare per la pratica clinica: aggiornamento in tema di cirrosi, fotoprotezione, depressione, sindrome dismetabolica	51
Corso di perfezionamento in ossigeno ozonoterapia	51
Appropriatezza dell'Imaging diagnostico nel follow-up dei tumori del retto-colon operati	52
Strumenti psicoanalitici in psichiatria, psicologia e neuropsichiatria infantile	54
La scoliosi idiopatica. Trattamento cinese, ortesico e chirurgico	56
Aferesi terapeutica	58
Date corsi 2006 di "Ecografia Muscolo-Scheletrica"	60

ASSOCIAZIONI SINDACATI

ONLUS cerca alcuni medici generalisti da impiegare presso i C.P.T.A. di Bologna	62
---	----

PICCOLI ANNUNCI

63

**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

Panta rei

Non ci si può immergere due volte
Nelle acque dello stesso fiume

Tutto passa, tutto si rinnova, nulla resiste.

Con la convocazione del mese di ottobre inizia la conclusione di questa legislatura all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Bologna.

Ovviamente è difficile fare un rendiconto obiettivo delle attività svolte, soprattutto in prossimità di un appuntamento elettorale.

In questi anni sono stati raggiunti alcuni obiettivi: adeguato il sistema informatico dell'Ente, costituite numerose commissioni, svolti Incontri di Aggiornamento e Congressi, mantenuto la medesima quota di iscrizione (di soli 77 euro, ovvero tra le più basse d'Italia) nonostante l'incremento della quota pro capite richiesta dalla FNOMCEO, stipulati abbonamenti a riviste scientifiche per tutti i Colleghi in modalità elettronica, e tante altre cose.

Si è cercato, soprattutto, di svolgere la nostra funzione con spirito di sacrificio e di servizio, cercando, nei limiti umani e di ciascuno, di onorare l'Ente e le sua finalità istituzionali.

Per la prima volta i Colleghi vengono informati, tramite comunicazione postale "semplice" (e non più l'onerosa raccomandata...) delle scadenze elettorali. Spetta solamente ai Medici decidere ed eleggere i nuovi rappresentanti per il prossimo triennio.

Sarebbe auspicabile una elevata partecipazione fin dalla prima convocazione (che potrebbe essere già sufficiente) ma la cosa più importante è che si respiri, comunque, uno spirito di collegialità e di rispetto reciproco nelle mura di quella che è la "casa di tutti i Medici".

Il Direttore

Incontro con l'On. Francesco Storace Ministro della Salute del 16 settembre 2005

→ Egregi Colleghi, a nome del Consiglio Direttivo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna, in assenza del Presidente dott.ssa Nicoletta Longo, (che è impegnata inderogabilmente in altra sede), porgo un sentito benvenuto al Ministro della Salute On. Francesco Storace.

Ciò che sto per dire è senz'altro "non politicamente corretto", tuttavia me ne assumo integralmente la responsabilità. Pur essendo l'accadimento di eccezionale importanza (per la prima volta in tutta la sua storia il nostro Ordine ospita un Ministro della Salute) siamo certi, signor Ministro, che la Sua venuta offrirà lo spunto a qualcuno per attaccare gli attuali vertici ordinistici, ma la cosa ci lascia indifferenti.

Sebbene in questi sei anni il Consiglio Direttivo abbia agito con assoluta imparzialità schierandosi a difesa dei medici, indipendentemente dal loro colore politico o dalla loro appartenenza sindacale, sappiamo benissimo di essere considerati l'Ordine di parte.

Come Consiglio Direttivo abbiamo l'orgoglio di avere rivalizzato un'istituzione che veniva vissuta dai Colleghi non come "la casa comune dei Medici", ma esclusivamente come la sede di un po-

tere notarile, valido solo a comminare sanzioni per violazioni del Codice Deontologico, anche di lieve entità, gestito da sindacalisti capaci di fare prevalentemente gli interessi dei loro iscritti (e spesso neppure di quelli) a discapito di tutti gli altri Colleghi.

Governare, per noi, significa essere sempre nell'occhio del ciclone, sapere che neppure il più lieve sbaglio ci verrebbe perdonato.

Nonostante le difficoltà siamo comunque gratificati dai molti Colleghi che ci riconoscono il merito di avere agito, in questi anni, non "per interesse o a fini personali" ma "solo in difesa dei Medici".

Illustre Signor Ministro, ringraziandoLa ancora una volta per avere accettato di essere nostro ospite, mi permetta di esprimere tutta la mia stima per la Sua difesa del diritto del cittadino, a scegliersi liberamente la terapia alla quale sottoporsi, senza alcuna preclusione: l'intenzione di volere condurre degli studi "seri" per valutare la validità o meno delle modalità terapeutiche, Le fa onore. Finalmente un politico che, senza preclusioni o preconcetti, sta dalla parte del paziente!

Mi consenta ora di porre alcuni quesiti:

- 1) Vi saranno in futuro contratti e convenzioni o il governo "delle destre" avrà già appaltato la tutela della salute alle assicurazioni private?
- 2) È opinione comune che il governo Berlusconi abbia ridotto in maniera drastica le risorse per la Sanità, è vero?
- 3) È vero che con la devolution la quasi totalità del bilancio per la Sanità è gestito in periferia e che moltissime Regioni sono in rosso non per la spesa farmaceutica ma per il cospicuo esborso per il personale amministrativo?
- 4) Perché dopo cinque anni di governo della CDL è rimasto invariato l'assoluto predominio della buro-

crazia sui medici, come ai tempi della legge Bindi?

- 5) È mai possibile che solo in Italia i medici non abbiano alcuna voce in capitolo, vuoi a livello di territorio, che di ospedale, che di Ordine dei Medici (con sentenze “politiche” che ne inficiano i poteri disciplinari)?
- 6) È etico che i Medici di Famiglia continuino a ricevere premi in danaro per ridurre la spesa sanitaria, senza particolari analisi di qualità del loro operato (quale morbilità e mortalità per i loro pazienti, orario di ambulatorio, informatizzazione, personale di studio...)?
- 7) Se è vero che il nostro Servizio Sanitario è considerato tra i migliori del mondo e se è vero che il Medico Generalista Sanitario è considerato tra i migliori del mondo e se è vero che il Medico Generalista e il Pediatra di Libera scelta ne sono i cardini, perché questo Governo (e sotto-

lineo questo) ha consentito il varo delle UTAP?

- 8) Perché non si pensa di sfruttare più adeguatamente la capillare rete dei medici specialisti ambulatoriali, vera e propria risorsa sul territorio?
- 9) Quando verrà finalmente trovata soluzione all’annoso problema degli “ex specializandi”, che vede un continuo rimpallo di responsabilità tra Ministero della Salute e Miur?
- 10) Da un’indagine svolta da quattro Ordini dei Medici si evince che oltre il 48% dei giovani si iscrive per passione. Come finirà? Quale futuro per la professione?
- 11) Contratto scaduto nel 2001 – aggiornato maggio 2005 – in scadenza dicembre 2005. È ancora arenato nella pastoia della burocrazia?

Dr. Francesco Biavati

(La relazione completa proseguirà nel prossimo numero)



Per gentile concessione Aboca Museum

Pareri a confronto in ambito di responsabilità professionale medica

→ Nei giorni 27 e 28 maggio u.s., presso l'Aula Magna Santa Lucia dell'Università di Bologna, si è tenuto il convegno incentrato sulla responsabilità professionale dei medici, organizzato da questo Ordine ed intitolato a Salvatore Scandurra. Quest'ultimo era un medico che si tolse la vita dopo essere stato accusato e processato per l'omicidio colposo di un paziente a cui aveva prescritto un certo farmaco. Dopo un calvario giudiziario e mediatico durato tre anni, e dopo che stremato aveva deciso di farla finita, il medico fu assolto per non avere commesso il fatto. Dopo l'introduzione da parte del presidente dell'Ordine di Bologna Nicoletta Longo, si sono succeduti sul palco numerosi oratori che hanno portato la voce ed il parere delle diverse categorie coinvolte dalle problematiche legate alla responsabilità dei sanitari. La prima giornata ha visto gli interventi, tra gli altri, di un rappresentante dell'associazione diritti del malato, dei medici-legali professori Alberto Cicognani ed Andrea Minarini, del presidente dell'ordine degli avvocati Lucio Strazziari, dei giudici Rosario Ziniti ed Elisabetta Candidi Tommasi, i giornalisti Renata Ortolani del "Resto del Carlino" e Michele Smargiassi di "Repubblica", dell'avvocato Giuseppe Giampaolo. Nella mattinata di sabato, introdotta dal presidente della FNOMCeO dottor Giuseppe Del Barone, e moderata con la con-

sueta competenza ed il consueto tempismo dal direttore della scuola di specialità in medicina legale di Bologna professor Domenico Vasapollo, ha esordito il professor Antonio Fiorella, ordinario di diritto penale all'università di Roma e membro della commissione per la riforma del codice penale. Egli ha ricordato la cosiddetta sentenza Franzese della Corte di Cassazione (sezioni unite, 2002) che ha introdotto il concetto di un nesso causale (elemento essenziale per l'accertamento della colpa medica) fondato sul principio della *probabilità logica*, sostituendo con un concetto quindi più *qualitativo* quello *quantitativo* basato sino ad allora sulla valenza puramente numerica della probabilità. Ciò avrebbe prodotto un miglioramento dal punto di vista epistemologico, rappresentando tuttavia, secondo Fiorella, un regresso dal punto di vista delle garanzie del medico, in quanto in esso si cela la possibilità di affermare l'esistenza del nesso causale anche laddove ciò sia improbabile dal punto di vista numerico percentuale. Secondo il docente infatti, il pilastro della *probabilità logica* dovrebbe comunque poggiare su di una congrua *probabilità statistica* in quanto, diversamente, il principio in se stesso lascia spazio a valutazioni, da parte del giudice, del tipo "Se non ritengo *plausibili* altre diverse ragioni che possano avere causato l'evento, ergo esiste nesso causale". In buona sostanza tutti gli *angoli bui* dell'accertato, ovvero quelli dove il giudice non vede chiaro, possono essere usati, per esclusione di altre ipotesi, a danno dell'imputato, contravvenendo il tradizionale principio del *in dubio pro reo*. Fiorella si è soffermato su alcuni aspetti del cosiddetto progetto di legge Nordio, in particolare quello secondo cui la condotta medica deve essere *condizione necessaria* per il verificarsi dell'evento dannoso, sia nel caso di *azione* che nel caso di *omissione*. Inoltre colpa dovrebbe ravvisarsi solo quando la violazione della regola (ovvero l'errore inteso come elemento oggettivo) ha prodotto un evento dannoso concreta-

mente prevedibile (elemento soggettivo) per negligenza, imperizia, imprudenza o violazione di norme cautelari.

Il secondo oratore è stato Massimo Montesi, presidente OMCEO di Rimini, il quale ha riportato statistiche da cui si evince che negli Stati Uniti gli errori medici sono l'ottava causa di morte e dove si sta assistendo ad una drammatica lievitazione dei costi delle polizze assicurative, tanto da portare ad un altro fenomeno nuovo, vale a dire la migrazione di molti medici verso stati in cui le polizze costano meno. Altri dati mostrano che nel 2002 c'erano circa 12.000 cause pendenti contro medici nel nostro paese, mentre dal 1994 al 2002 il numero dei sinistri denunciati è aumentato del 148% ed il costo medio dei sinistri del 28%. Sempre nelle statistiche riportate da Montesi gli errori denunciati in campo odontoiatrico sarebbero il 5,2% del totale. È seguito l'intervento del medico legale Maurizio Govoni il quale ha evidenziato come la speranza di risarcimenti sempre maggiori, la comparsa di nuovi profili di responsabilità ed un diffuso clima sociale favorevole al risarcimento stimolano il moltiplicarsi di controversie. Ed è interessante vedere come la maggiore incidenza di contenzioso medico si abbia in Emilia-Romagna, che paradossalmente è ai primissimi posti (probabilmente al primo) come qualità dell'assistenza sanitaria. Ciò si spiega con il fatto che laddove il livello delle prestazioni è più alto, i cittadini nutrono mag-

giori aspettative e sono meno propensi ad accettare un insuccesso (o a perdonare un errore...). Govoni ha ricordato come il lavoro del medico abbia per sua natura una forte componente intuitiva, sicché ogni errore (o presunto tale) deve essere valutato in modo soggettivo, sforzandosi nel non facile compito di replicare la situazione in cui si è trovato il medico di cui si deve giudicare l'operato. Infine il dottor Govoni ha ribadito la necessità che, nell'ambito delle perizie e consulenze per responsabilità medica, i medici legali siano affiancati da specialisti delle branche chiamate in causa: solo così si può giungere alla corretta e realistica valutazione della condotta professionale del medico. I presenti hanno quindi avuto la possibilità di ascoltare la dottoressa Matilde Betti, magistrato penale del Tribunale di Bologna la quale, a proposito delle *linee guida*, ha chiarito come il medico sia certamente tenuto a conoscerle, ma non necessariamente a seguirle, in quanto le contingenze cliniche possono essere le più diverse. Il medico dovrà semplicemente spiegare la motivazione clinica per cui non ha potuto applicarle o non ha ritenuto di beneficio per il paziente l'attenersi ad esse. Per fornire dati e chiarimenti sugli aspetti psico-neurologici propri del medico coinvolto in un contenzioso sono intervenuti il neurologo Maurizio Cerisoli e lo psichiatra Renato Ariatti. È emerso come il sanitario coinvolto sperimenti sentimenti come la vergogna, stress psicologi-

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

UFFICIO PRENOTAZIONI RICOVERI:

AMBULATORI: TEL. 051 644 7852

TEL. 051 644 0324 - FAX: 051 580 315

e-mail: villabaruzzianafn@intervention.it

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

co, insicurezza, modificazione dell'attività lavorativa (medicina difensiva) e financo diminuzione dell'abilità lavorativa. Tali sintomi si attenuano con il trascorrere del tempo, senza tuttavia che si torni ad una condizione psicologica *ex ante* prima che siano trascorsi almeno due anni.

La seconda sessione pomeridiana del sabato è stata moderata ed introdotta dal vicepresidente OMCEO di Bologna dottor Francesco Biavati, il quale non ha mancato di ringraziare e salutare pubblicamente il dottor Sergio Scoto, segretario dell'Ordine e primo artefice di questo incontro, che per motivi di salute non ha potuto presenziare ai lavori congressuali. In questa sessione ha avuto innanzitutto l'onore di parlare, tra così autorevoli personaggi, il sottoscritto, che ha cercato di portare a questo convegno il contributo dell'esperienza odontoiatrica, settore nel quale, come per il resto della medicina, si è avuto un marcato aumento di contenzioso negli ultimi anni.

Successivamente è intervenuto il dottor Luigi Mastroberto, consulente medico legale dell'ANIA (l'associazione delle compagnie assicurative), il quale ha incentrato la propria esposizione sulla sostanziale differenza che intercorre tra un *errore* ed una *complicità*. Mentre il primo è il risultato di un'oggettiva violazione delle dovute regole di condotta, la seconda rappresenta un evento imprevedibile e/o imprevenibile, e pertanto non configura aspetti di responsabilità e di colpa.

Attualmente un'ampia quota di risarcimenti è in realtà conseguente a *complicità*, così che gli esborsi delle compagnie assicurative stanno diventando insostenibili, e si assiste al fenomeno della "fuga" di queste ultime dal settore della responsabilità medica. È fondamentale quindi differenziare con rigore gli errori dalle complicità, e quindi ristabilire un più corretto rapporto tra queste due condizioni sostanzialmente diverse, in quanto i primi dovrebbero dare effettivamente corso ad un risarcimento ma le seconde no. L'intervento conclusivo

è stato quello dell'avvocato Silvia Stefanelli, consulente OMCEO di Bologna, che ha dapprima analizzato le cause di aumento dei casi di contenzioso: cambiamento del concetto di salute (inteso oggi dall'OMS come stato di benessere psico-fisico e non più come assenza di malattia); crescita della popolazione anziana e degli accessi sanitari. L'avvocato Stefanelli ha quindi accennato agli strumenti per prevenire i conflitti, principalmente individuati nella creazione di filtri al contenzioso (c.d. strumenti conciliativi) e nelle riforme dei codici penale e civile. Particolarmente interessante, a quest'ultimo riguardo, il ddl Tomassini n. 864, laddove prevede l'assicurazione obbligatoria per i medici, l'azione diretta nei confronti dell'assicurazione (e quindi non nei confronti del medico) con offerta risarcitoria obbligatoria entro novanta giorni, e con arbitrato *automatico* in caso di mancata accettazione dell'offerta da parte del paziente.

Alessandro Nobili



>> Convenzione



Il noleggio nasce per offrire vantaggi tangibili.
Il 1° è quello di semplificare la vita.
Ciò che serve davvero è la certezza di mobilità a tempo pieno, non la proprietà del veicolo.
La smart a noleggio vi farà **RISPARMIARE** tempo, energia e denaro. Il vostro unico pensiero sarà **FARE RIFORNIMENTO!**

>> noleggia smart fortwo per 36 mesi

smart fortwo city-coupè passion, motore Euro4,
dotata di:

- cambio sequenziale e automatico a 6 marce
- climatizzatore, fari fendinebbia, ABS, ESP
- cerchi in lega
- tetto panoramico in vetro

prezzo di listino: € 12.200,00

>> canone di noleggio riservato per 3 anni:

€ 299,00* + IVA al mese

comprensivo di:

- assicurazione RC
- assicurazione incendio e furto
- assicurazione kasko
- tassa di proprietà
- manutenzione ordinaria
- chilometraggio: 15.000/anno

* proposte riservate ai Medici Chirurghi e Odontoiatri iscritti all'Aibo di Bologna ed ai familiari di primo grado, valida fino al 15/09/2005.

smart Center Bologna - 051/611.35.11

COMUNICATO STAMPA

Del Barone: finalmente è stata fatta giustizia a carico di tanti colleghi accusati ingiustamente

→ Viva soddisfazione è stata espressa dal Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, Giuseppe Del Barone, alla notizia del proscioglimento dei 42

medici vicentini, dall'accusa di comparraggio con una nota multinazionale del farmaco.

“È la dimostrazione – ha dichiarato Del Barone – che troppo spesso il folclore su presunte irregolarità e i titoli in prima pagina che spesso anticipano giudizi di colpevolezza, non corrispondono alla realtà dei fatti”.

“La decisione del Tribunale di Vicenza – ha aggiunto il Presidente della FNOM-CeO – oltre a restituire serenità ai colleghi ingiustamente accusati e ai loro familiari, contribuisce a restituire dignità a tutta la categoria medica e a restituire ai cittadini quella fiducia nei camici bianchi, alla base di qualsiasi rapporto medico/paziente”.

“Con l'auspicio che anche le Procure di Padova e Verona risolvano positivamente anche le inchieste a carico di altri colleghi, colgo l'occasione – ha concluso Del Barone – per ribadire che gli Ordini professionali hanno sempre fatto e continueranno a fare, la loro parte nel sanzionare, ove esistenti e provati, i comportamenti contrari alla dignità della professione medica”.



Per gentile concessione Aboca Museum

Casellario centrale – Definiti aumenti e trattenute

a cura di
Marco Perelli Ercolini

→ Nei prossimi mesi i trattamenti per i titolari di più pensioni potrebbero subire delle variazioni.

Infatti il Casellario centrale delle pensioni ha completato le operazioni per il 2005 di controllo di rivalutazione delle pensioni in base alla perequazione automatica e, in particolare, il calcolo dell'aliquota di ritenuta fiscale da applicarsi nei confronti di titolari di più pensioni. I calcoli sono stati eseguiti in base ai dati che gli enti erogatori di pensioni hanno inviato con apposita comunicazione relativamente alle pensioni erogate nel corso dell'anno 2004 e a quelle da erogare nell'anno in corso.

Sulla base di queste informazioni, il Casellario ha verificato le rivalutazioni dei trattamenti pensionistici, proceduto al cumulo di tutti i trattamenti pensionistici di ogni singolo pensionato, calcolato la quota di deduzione per garantire la progressività dell'imposizione, determinato l'imposta complessiva dovuta, attribuito le detrazioni e ripartito l'imposta calcolata in proporzione agli imponibili di ogni singola pensione erogata, comunicando quindi l'aliquota da applicare a ciascun ente erogatore di trattamento di pensione che provvederà, poi, in base all'aliquota a trattenere le somme dovute al fisco.

Si dovrebbero così ridurre al minimo i conguagli a fine anno, molto spiacevoli quando sono in negativo.

Questo sistema, regolamentato dalla circolare numero 57/e del 22 dicembre 2003 dell'Agenzia delle entrate, in atto dallo scorso anno, è stato introdotto per rendere omogeneo il prelievo fiscale applicato dai vari enti erogatori di pensione principale e non, ma soprattutto per non andare a incidere solo sulla pensione di minor importo con l'ovvia conseguenza di andare a congelare per uno o più mesi le erogazioni delle pensioni a basso trattamento (per i medici le pensioni del Fondo generale).

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 331998
051 6446234 - 051 6446916

P.G. 34219 - 26/02/2003

Permessi per l'assistenza a familiari handicappati

a cura di
Marco Perelli Ercolini

→ L'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) riconosce ai lavoratori e ai familiari di portatori di handicap il diritto a tre giorni di permesso mensile coperti da contribuzione figurativa fruibili anche in maniera continuativa a condizione che la persona con handicap in situazione di gravità non sia ricoverata a tempo pieno.

Questa norma ha trovato successiva conferma nella legge 53/2000 e nel successivo Testo unico delle disposizioni in materia di tutela a sostegno della maternità e paternità (Dlgs 151/2001) articoli 33 e 42.

Gli artt. 19 e 20 (legge 8 marzo 2000 numero 53) prevedono che i genitori e i familiari di persone handicappate possano fruire di

giorni del permesso mensile, anche se il portatore di handicap non è convivente.

Per fruire dei permessi è necessario che l'assistenza sia continua e anche esclusiva. La continuità implica l'effettiva assistenza al soggetto handicappato per le sue necessità quotidiane. La lontananza del luogo in cui abita chi presta assistenza da quello in cui abita l'assistito è una situazione che va considerata con attenzione. Infatti, non necessariamente una distanza ragionevole può essere considerata incompatibile con la prestazione di assistenza in via continuativa ed esclusiva.

L'esclusività comporta che il richiedente debba essere l'unico soggetto a prestare assistenza alla persona handicappata. Il requisito dell'esclusività viene pertanto meno quando il soggetto handicappato (destinatario dell'assistenza) conviva con lavoratori che fruiscono già dei permessi per assisterlo.

Inoltre, sebbene la normativa citata non preveda una specifica disciplina relativa a ipotesi in cui un solo lavoratore debba prestare assistenza a più individui portatori di handicap, il limite dei tre giorni mensili di congedo parentale previsti dalla legge 104/1992 va inteso che riguarda ciascun singolo individuo portatore di handicap, potendosi pertanto cumulare il numero dei giorni di permesso in relazione alle persone handicappate da assistere.



Per gentile concessione Aboca Museum

Riscattabili i congedi parentali ma in alternativa al riscatto del Corso di Laurea

a cura di
Marco Perelli Ercolini

→ Il decreto legislativo 26 marzo 2001, numero 151 (Testo unico sulla maternità) dispone che i periodi di astensione obbligatoria per

maternità relativi a eventi verificatisi al di fuori del rapporto di lavoro sono riconoscibili a domanda e valutabili ex se ai fini del diritto e della misura della pensione di anzianità. Il decreto dispone inoltre che ai predetti fini possono essere valutati, ma in questo caso previo riscatto, anche i periodi corrispondenti all'astensione facoltativa postpartum.

Tuttavia va tenuto presente che la facoltà di riscatto dei periodi corrispondenti a quelli di assenza facoltativa del lavoro per gravidanza e puerperio al di fuori di un rapporto di lavoro, stante il disposto dell'articolo 14, comma 2, del Dlgs 503/1992 che, ad avviso sia del ministero del lavoro che del dipartimento della funzione pubblica deve ritenersi tuttora in vigore, non è cumulabile con il riscatto del periodo del corso legale di laurea, indipendentemente dall'entità dei periodi riscattabili e ancorché gli stessi non si sovrappongano cronologicamente.

Scienze del Benessere

AkROS

FORMAZIONE ▶

AREA MEDICINE COMPLEMENTARI

Corso di aggiornamento

LE PATOLOGIE DEL TRATTO GASTROENTERICO:

confronto tra approccio convenzionale versus trattamento con fitoterapici e probiotici

Risultati clinici di uno studio osservazionale ambulatoriale (randomizzato) sull'impiego di un composto a base di estratti secchi di Aloe vera, Vernonia kotschyana e Pteleopsis suberosa nel paziente dispeptico

BOLOGNA

13 Novembre 2005 - dalle ore 9.00 alle ore 18.00 - Sheraton Hotel - Via dell'Aeroporto 34/36

PROGRAMMA

Introduzione alla Fitoterapia: inquadramento storico e generale. Dalla Fitofarmacologia al moderno concetto di Fitovigilanza.

Le metodiche produttive e analitiche nei preparati naturali. Aspetti normativi nazionali ed internazionali.

Caratterizzazione sindromica delle principali patologie a carico dell'apparato gastroenterico: diagnosi differenziale e trattamento farmacologico convenzionale.

L'approccio fitoterapico-integrativo come coadiuvo nella sintomatologia gastrointestinale. Caratterizzazione fitochimica e metodologie estrattive di due specie botaniche del Mali.

Risultati clinici di uno studio osservazionale ambulatoriale (randomizzato).

RELATORI

Dott. Paolo Campagna Dott.ssa Heide De Togni

Sono stati richiesti crediti ECM per medici chirurghi

altri corsi e date:
www.akrosonline.it

per iscrizioni:

AKROS s.r.l.
Viale del Lavoro, 16
37020 Arbibzano (Vr)
Tel. 045.7514888
Fax 045.6014297
info@akrosonline.it
www.akrosonline.it

QUOTA ISCRIZIONE

La quota di iscrizione è di € 50,00 + IVA
e dà diritto alla partecipazione ai lavori scientifici e alla colazione di lavoro.
Termine di iscrizione: 28 Ottobre 2005

COMUNICATO STAMPA
DEL COMITATO PERMANENTE
DI CONSENSO E COORDINAMENTO
PER LE MEDICINE NON CONVENZIONALI
IN ITALIA CIRCA L'ARTICOLO PUBBLICATO
SUL LANCET E RELATIVA DIFFUSIONE
SUI MEDIA ITALIANI

Lancet e Omeopatia

→ In attesa di poter esaminare in modo approfondito il testo completo del lavoro comparso ieri, venerdì 26 agosto, sulla prestigiosa rivista Lancet, a firma di Aijing Shang e Coll.: *Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy* ci sembra opportuno esporre nell'immediato alcune brevi considerazioni. Innanzitutto la ricerca non è un nuovo studio clinico sull'efficacia dell'omeopatia confrontato con gli effetti del placebo ma è piuttosto una ricerca (metanalisi) realizzata su studi precedenti condotti in questi anni e pubblicati in diversi ambiti. Su questi studi (110) considerati sufficientemente corretti come disegno ne sono stati selezionati un certo numero di maggiore rigore metodologico da cui risulterebbe che i risultati prodotti in diverse patologie con il trattamento omeopatico non differiscono in modo significativo da quelli ottenuti con l'uso di placebo. Pur non volendosi sottrarre a prove di efficacia che rispondono ai criteri della moderna medicina basata sull'evidenza, va ricordato che da sempre risulta difficile (ma non impossibile) sottoporre una terapia fortemente individualizzata come l'omeopatia, in cui il trattamento viene selezionato sulla base delle modalità specifiche con cui ciascun disturbo si ma-

nifesta in ogni singolo paziente, a una verifica con criteri estremamente rigorosi, pertanto "rigidi", che mal si adattano alla specificità del trattamento omeopatico. In altre parole se si selezionano gli studi che utilizzano criteri molto restrittivi di valutazione, allora ne soffre l'applicazione del metodo omeopatico e i risultati in termini di efficacia risultano minori, a ciò va aggiunto che i trials in doppio cieco sono inadeguati per valutare la risposta di sistemi biologici complessi, quale l'essere umano, a terapie omeopatiche, la cui conoscenza e applicazione richiedono profonda competenza specifiche ed esperienza di attività clinica.

Vale comunque la pena di ricordare che pochi anni fa (1997) ricercatori tedeschi indipendenti (K. Linde e coll.) avevano pubblicato sulla stessa prestigiosa rivista un'analoga ricerca, *Are the clinical effects of homoeopathy all placebo effects? A meta-analysis of randomized, placebo controlled trials*. Lancet: 350: 834-843 una metanalisi sugli studi condotti sull'efficacia dell'omeopatia, e avevano concluso, come altri in precedenza (J. Kleijnen e coll. *Brit. Med. J.* 302: 316-323, 1991) con considerazioni esattamente opposte e cioè che l'omeopatia aveva un'efficacia superiore a quella del placebo.

Ora è chiaro che la situazione è in costante divenire, dato che ogni giorno vengono prodotti trials clinici che dimostrano l'efficacia della terapia omeopatica in diverse patologie e siamo ben lontani dal decretare che questa ricerca mette fine all'omeopatia come qualcuno sostiene (e spera). Tanto più che per valutare l'efficacia dell'omeopatia sono stati arbitrariamente scelti, in modo "metodologicamente corretto", come nel caso in questione, parametri indicativi di efficacia con una operazione di pulizia scientifica. In altre parole il lavoro è stato costruito da allopati con criteri allopatrici. È come se

un oste facesse un confronto tra il suo vino e l'acqua per concludere che il vino, anzi il suo vino è più buono. Invece vi è la necessità di nuovi paradigmi nel pluralismo della scienza per costruire una medicina umanistica scientificamente fondata che superi il riduzionismo attuale.

Quello che risulta evidente è che esiste in questa fase una forte insofferenza di una parte del mondo medico e farmaceutico convenzionale (il complesso sanitario industriale, da cui passa la maggior parte delle risorse sanitarie, incide a volte in modo pericolosamente negativo sull'etica, l'autonomia e i risultati della ricerca, basta vedere il condizionamento della pubblicità su prestigiose riviste biomediche) nei confronti del crescente consumo di farmaci omeopatici e della diffusione dell'omeopatia fra i pazienti, e

soprattutto dell'avanzare di un processo di una sempre maggiore integrazione delle medicine non convenzionali, e dell'omeopatia che fra queste è la più diffusa, nel Sistema Sanitario Nazionale, un fenomeno che non è solo italiano ma riguarda l'Europa e gli Stati Uniti. Cresce l'integrazione a livello accademico, a livello Regionale, a livello ordinistico, a livello di Organizzazione Mondiale della Sanità; siamo in attesa che si concluda in tempi brevi l'iter parlamentare della proposta di legge di regolamentazione delle medicine e pratiche non convenzionali e conseguentemente cresce e si radicalizza anche l'opposizione a questo processo normativo, che utilizza il dato scientifico e ne fa uno strumento di propaganda interessata.

Il Coordinatore, Dott. Paolo Roberti

Fortunata

→ Basta, non ce la faccio più, sono stanca. Ho esaurito tutte le mie energie, mi sento prosciugata. La diagnosi è stata chiara: carcinoma. Un referto scritto al computer, un foglio svolazzante in mezzo a una cartella clinica piena di esami. Su quel foglio non c'è solo il mio nome, su quel foglio ci sono io, c'è il mio presente, il mio futuro. C'è tutto il dolore e la fatica che dovrò sopportare in questi giorni, in questi mesi, forse anni. Queste notizie paralizzano, fanno paura, bloccano i pensieri più belli, i sogni, i desideri, i progetti sul futuro. Quando sfreccio in motorino sui viali so che basta un attimo, un millesimo di secondo, per scivolare e vedere tutta la mia vita svanire nell'aria. È una sensazione strana, vengono i brividi, è quasi eccitante. Ma avere un tumore è diverso, è una lenta agonia.

Una riflessione quasi costante, continua, una specie di idea ossessiva sul tempo che passa e sulla fine che sta arrivando. Sono stanca di tutto questo prima ancora di incominciare a combattere una battaglia più grossa di me.

Ieri ho ricevuto la notizia che purtroppo temevo, e oggi ancora non riesco a crederci. È strana la vita, sono un medico, lavoro nel reparto di Ginecologia da parecchi anni, prima come specializzanda, poi come libero professionista. Eppure in questi giorni non mi sento una dottoressa, sono una paziente. So tutto di chemioterapia, radioterapia, stadiazione dei tumori, terapie neoadiuvanti e adiuvanti. Ma sono una paziente lo stesso, ho bisogno di spiegazioni, di parole semplici ma chiare che colmino questo vuoto che si è creato dentro di me e che mi fa paura. Vorrei sapere tutto del mio tumore e nello stesso tempo non sapere nulla. A volte vorrei fare altri cento esami e altre volte non farne più nemmeno uno. Mi sento

come sdoppiata, ambivalente. Sono medico e sono paziente. Sono corpo e sono anima. Sono vita e sono morte.

L'oncologo che mi seguirà in questo periodo è giovane, ha la carnagione scura, capelli folti e brizzolati, un largo sorriso. Mi stringe la mano in maniera decisa, quasi me la stritola. Legge i referti di tutti gli esami che ho fatto, e si sofferma soprattutto sull'esame istologico dell'ago aspirato. È calmo e silenzioso, non sente l'imbarazzo del silenzio che dura da almeno una decina di minuti. Io intanto cerco di soffermare l'attenzione su qualche particolare dell'ambulatorio per placare l'angoscia che sento crescere dentro di me, sempre più forte, come un vortice che mi serra la testa e mi chiude la bocca dello stomaco. Alla fine mi guarda negli occhi e mi fissa per un lungo istante. Alzo le sopracciglia perplessa, accavallo nervosamente le gambe, aspetto che dica qualcosa. Ma non stacco i miei occhi dai suoi, non abbasso lo sguardo. E alla fine lui mi sorride. Non c'è niente per cui sorridere, ho un carcinoma, un tumore, un cancro. Dovrebbe dirmi "mi dispiace" o altre frasi di circostanza, dovrebbe offrirmi un pacchetto di fazzoletti, fingere di essere partecipe del mio dolore e fissare l'appuntamento per il primo ciclo di chemioterapia. Invece mi guarda calmo e sorridente.

Esco dall'ospedale e scopro con leggero dispiacere che dal cielo nuvoloso sta scendendo una pioggerella fine ma fastidiosa. Per fortuna abito in centro, devo fare solo un breve tratto di strada per arrivare a Porta San Vitale, poi posso camminare incurante della pioggia sotto i portici della mia città. Amo Bologna, nonostante il degrado sempre più evidente, l'inquinamento, il traffico. In Piazza Adrovandi mi fermo a comprare un po' di verdura, delle arance, e del pane. Come al solito passo davanti al fioraio e non riesco a trattenermi dal comprare un vasetto di primule colorate. La primavera quest'anno tarda ad arrivare, così reagi-

sco riempiendo il mio piccolo appartamento di fiori. Entro in casa e mi sento in un posto caldo, sicuro, una specie di rifugio dall'esterno, dal mondo. Fuori la pioggia si fa sempre più insistente, rumorosa, quasi aggressiva, ma non importa, anzi, sono quasi contenta mentre mi siedo sul divano, sotto il calore di una leggera coperta di cotone, con una tazza di tè bollente tra le mani. Mi sento confusa ma serena, mentre ripenso alla visita di poco fa. Mi viene persino da sorridere, un po' imbarazzata, per quello che è successo.

Lui è andato subito al sodo, senza tanti preamboli o frasi di circostanza. E mentre lo ascoltavo parlare, guardandolo negli occhi, ho avuto per un momento la strana sensazione di aver già vissuto quella scena, e tutto mi è sembrato irreali, impalpabile come un sogno. Avevo innescato una specie di meccanismo psicologico di rifiuto della realtà. Una realtà che non avevo nessuna voglia di affrontare. So solo che anche ora non ricordo quasi nulla delle prime frasi che mi ha detto, finché la parola "fortunata" non è arrivata alle mie orecchie esplodendo nel mio cervello con tutta la sua potenza. Gli ho chiesto se avesse capito il mio problema, e se non fossi entrata distratamente nell'ambulatorio sbagliato. Lui ha sorriso continuando a sostenere che io fossi fortunata. Fortunata perché sono giovane, fortunata perché sono forte, fortunata per il tipo di cellule neoplastiche che crescono come impazzite dentro di me, fortunata perché esiste una terapia che in alcuni casi dà buoni risultati. Fortunata perché sono un medico e ogni giorno mi scontro col dolore della gente, con quella sofferenza che riconosco al primo sguardo e che comprendo. Forse stavo sognando davvero. A chi può venire in mente che avere un tumore è una fortuna?

In quel momento anche l'oncologo è stato fortunato, perché la telefonata che ha ricevuto ha evitato che gli dicessi chiara-

mente quello che pensavo di lui e di tutte le stupidaggini di cui aveva parlato. Si è scusato per l'interruzione ed è uscito dall'ambulatorio con passo deciso, chiudendosi la porta alle spalle. Poche volte nella vita mi sono sentita così incompresa e sola. Due grosse lacrime mi sono scese velocemente sulle guance e sono arrivate a sfiorarmi il collo prima ancora che potessi asciugarle svelta con la mano. Nonostante l'istinto mi dicesse di andarmene senza dir nulla e di non farmi più vedere da un medico così strampalato, sono rimasta immobile sulla sedia, a riflettere. Non sono mai fuggita di fronte alle difficoltà, e non volevo iniziare ora. Con un vanto di orgoglio mi sono ricordata che la testardaggine e la grinta sono state due compagne di vita inseparabili, e che grazie a loro ho ottenuto grosse soddisfazioni e successi quasi insperati. Non mi sono mai arresa nemmeno nei momenti più difficili. A ogni caduta mi sono sempre rialzata, all'inizio dolorante, malconcia ma poi più sicura e forte di prima. Adesso su di me si era abbattuto con tutta la sua violenza e la sua drammaticità un terribile problema, ma ingigantirlo o peggio ancora rifiutarlo non mi avrebbe aiutato. Dovevo rimanere lì, dovevo imparare la calma, la pazienza e soprattutto la fiduciosa aspettativa nel futuro che mi avevano tanto colpito, e profondamente sconcertato, nel medico a cui mi ero rivolta. Dovevo tirare fuori tutte le mie forze e affrontare la situazione. Così, verso le cinque di pomeriggio di venerdì 18 marzo, guardando l'ambulatorio spoglio e incolore di uno degli ospedali più rinomati di Bologna, ho capito che il primo passo da fare era quello di accettare la mia malattia, trovare il modo migliore per combatterla, e, se possibile, sconfiggerla.

Si sconfigge il nemico se lo si conosce. Pronunciare il nome di quello che continuavo a chiamare "problema" mi sembrava la prima piccola-grande prova da superare. Ho chiuso gli occhi per un

istante e, con un sussurro, ho pronunciato la parola "tumore" pensando a me, riferendola a me, al mio corpo, ai miei organi. Ho riaperto gli occhi e mi sono sentita un po' stupida, pensando a quello che avevo appena fatto e riflettendo che quel nome non aveva apparentemente cambiato nulla, né nel mio corpo né nella mia mente. Allora l'ho fatto di nuovo. Ho chiuso gli occhi, e ho ripetuto quel termine un numero imprecisato di volte. Tumore, tumore, tumore, tumore, tumore, tumore. Prima sottovoce, poi sempre più convinta, sempre più decisa e sicura. Con un gioco di parole questo significava ridurre il problema ai minimi termini...

Quando l'oncologo è rientrato nel suo studio e si è seduto nuovamente di fronte a me, gli ho sorriso. È stato un sorriso appena accennato, un piccolo germoglio che lui, nelle ore successive, ha saputo coltivare con delicatezza e sensibilità. Alla fine ci siamo stretti la mano in un saluto cordiale e quasi amichevole. Non so perché, ma ho avuto la sensazione di non essere più sola ad affrontare questa brutta avventura. E anche adesso, che sono seduta sul divano e aspetto con impazienza che arrivi mio marito, mi sento sollevata. Ho bisogno di raccontargli tutto, di avere al mio fianco l'uomo che più amo al mondo, e di condividere con lui tutto, dal dolore alla gioia.

Non sono riuscita a raccontare molto a mio marito, perché appena ho iniziato a parlare della visita dall'oncologo mi si sono riempiti gli occhi di lacrime e ho dato sfogo a un pianto liberatorio. Tutta la fatica, il senso di solitudine, di paura, il rifiuto della malattia, il dolore, la voglia di star bene, il desiderio, e forse anche la pretesa, di essere felice, tutto mescolato, compresso e sgorgato dai miei occhi verdi. Alessandro non ha mai dimostrato di essere un grande oratore, ma è sempre stato molto sensibile e attento ai miei sentimenti. Ha visto che non riuscivo a parlare, sopraffatta dai sentimenti che

provavo, e ha rispettato il mio silenzio senza cercare le parole giuste per consolarmi. Si è limitato ad abbracciarmi e a farmi sentire la sua presenza e il suo affetto. Solo a un certo punto, a tavola, mi ha proposto di partire durante il weekend e di andare al mare. Ho accettato con entusiasmo e ho telefonato a mia sorella, avvertendola che il giorno dopo saremmo andati a trovarla a Cervia. Quella sera ci siamo addormentati così, abbracciati stretti stretti, come se nessuno potesse dividerci. Nonostante tutti gli avvenimenti degli ultimi giorni siamo entrambi caduti in un sonno profondo e riposante.

Alessandro mi ha svegliato dolcemente, con tanti piccoli baci e parole tenere. Mi ha persino portato la colazione a letto, come fa in qualche occasione particolare, come il nostro anniversario o il mio compleanno. Gli ho sorriso grata pensando che da quando siamo insieme mi sono sempre sentita piacevolmente viziata. Alessandro è fatto così, mi riempie di piccole attenzioni facendomi sentire importante e, soprattutto, amata. Ci siamo preparati in fretta e siamo usciti mano nella mano. A volte il dolore divide una coppia, altre volte la unisce. Conosco mio marito da molti anni, e nel suo sguardo vedo riflessi la paura e la preoccupazione che sono entrati nella nostra casa nel momento stesso in cui la mia malattia da timore è diventata realtà. Ma vedo anche il suo bisogno di starmi vicino, di affrontare tutto con me, la sua voglia di vivere nel presente senza porsi troppe domande sul futuro, di godere di ogni momento passato insieme. È forse per questo che l'idea di trascorrere con me una giornata al mare lo rende felice. Lo ascolto fischiettare in macchina, mi racconta le ultime novità del suo lavoro, mi fa ascoltare un brano di Mozart di cui va matto, fa l'imitazione di alcuni presentatori o cantanti senza riuscirci, facendomi ridere di cuore proprio per questo. La sua allegria è contagiosa e, nonostante il

grosso peso sul petto e sullo stomaco che mi provoca la consapevolezza di avere un tumore, mi sento serena.

La giornata è limpida, senza nuvole, il sole è tiepido e il profumo del mare è forte e intenso. In spiaggia e sul lungomare non c'è anima viva, nonostante siano le undici passate, e noi ci godiamo il silenzio, la calma, i colori vivi del panorama, l'aria frizzante, il mare leggermente mosso, l'orizzonte così lontano... Il tempo sembra quasi fermo, davanti a un paesaggio di questo tipo, sembra che non debba succedere niente e tutto rimanga così intatto per sempre, come un'opera d'arte. E io e Alessandro guardiamo ammirati uno dei tanti panorami che la natura ci offre con la stessa emozione che si prova davanti a un quadro di Leonardo o a una scultura di Michelangelo. Mentre passeggiamo tranquilli mi viene in mente una frase di Seneca che mi aveva tanto colpito in terza liceo: "Caram te, vita, beneficium mortis habeo". Paradossalmente è la morte a rendere più bella la vita, ne impreziosisce ogni attimo, permette la sua completezza. Non ho mai apprezzato tanto una giornata di sole e di mare come ora, gusto con nuovo piacere il sapore amaro del caffè, l'odore della pelle di mio marito, le sue guance ruvide per la barba lasciata incolta, il volo di un gabbiano... Assaporo ogni attimo, ogni secondo di questa giornata come se non ce ne fosse un'altra, cerco di viverla nel modo più pieno possibile e di apprezzarne tutti gli aspetti, anche quelli più scontati. Orazio diceva "carpe diem", cogli l'attimo, vivi il presente. In fondo questi pensieri non valgono solo per me, ma per chiunque, perché a nessuno è permesso di sapere né il giorno né l'ora.

Il pranzo rigorosamente a base di pesce e accompagnato da un ottimo vino rosso, in un locale rustico ma molto carino, mette tutti di buon umore. Gli aneddoti che mio cognato racconta sulla sua vita coniugale ci fanno ridere fino alle lacrime. Quando usciamo dal ristorante mia

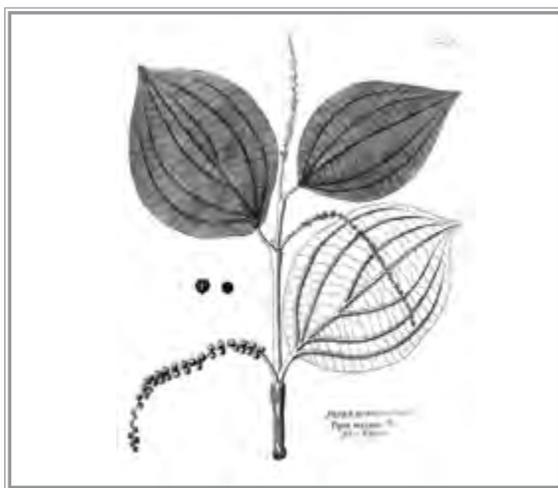
sorella mi prende in disparte e mi sussurra all'orecchio che ha scoperto di essere incinta. Ha gli occhi che le brillano, e mi fa promettere di non dirlo a nessuno, nemmeno ai nostri genitori. Instintivamente le butto le braccia al collo e gioisco con lei di questa notizia stupenda. Non l'ho mai vista così felice.

Durante il viaggio di ritorno mi cade addosso una stanchezza improvvisa e, mentre Alessandro guida guardandomi con tenerezza e tenendomi la mano, chiudo gli occhi e mi metto a pensare. Ho sempre desiderato avere un nipotino, e l'idea che tra pochi mesi lo terrò tra le braccia mi riempie di gioia e di entusiasmo. Ma anche di dolore. Dentro il ventre di mia sorella si sta formando una piccola creatura, una vita, e dentro il mio corpo sta crescendo una massa tumorale che forse toglierà la vita a me. Questa riflessione mi ferisce e mi turba. Mi viene in mente la parola che ha usato l'oncologo nel nostro primo incontro: fortunata. Non mi sento affatto fortunata, anzi, mi chiedo perché tutto questo stia capitando proprio a me. Poi, dalla rabbia e dalla frustrazione, emerge di nuovo, come un piccolo spiraglio di luce in un buio fitto, il pensiero del mio nipotino. Vorrei vedere il

colore dei suoi occhi, stringere le sue manine, accarezzargli la pelle morbida, cullarlo per farlo addormentare. Desidero esserci, tra sette mesi. E anche dopo, alle feste di compleanno, a Natale, d'estate in vacanza. Ancora una volta non mi voglio arrendere alla mia malattia. Ho tanti motivi per combatterla, giocherò tutte le carte che la medicina e la scienza mi daranno a disposizione. Non sarò sola, ho tante persone che mi vogliono bene. Dovrò concentrarmi con tutta me stessa sulle possibilità e sui doni che la vita mi offre: la famiglia, il lavoro che amo, gli amici, la fede. E quel piccolo embrione che si sta plasmando dentro il corpo di mia sorella mi darà l'energia necessaria per superare i momenti più difficili di questa battaglia. Apro gli occhi e guardo Alessandro che continua a guidare tranquillo verso casa, anche lui si volta verso di me e mi sorride. Ha ragione l'oncologo. Sono e sarò fortunata.

Dr. Chiara Matteucci

Il racconto è stato premiato alla XXVI edizione del Premio Letterario Nazionale per Medici indetto dalla Lega contro i tumori Sezione di Parma



Per gentile concessione Aboca Museum

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI AGGIORNATO AL 16/09/2005

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
AGOSTINI FEDERICA	Via Bencivenni, 25 - Bologna	051/40.51.22 - 347/31.86.030
AL-DANNOUN AHMAD	Via Marconi, 3 - Casalecchio di Reno	338/33.93.036 - 392/41.15.762
ANDRUCCIOLI CRISTIANA	V.lo Ponticelli, 3 - Bologna	051/27.08.98- 334/32.81.818
ANTONIONI MARCELLO	Via Saragozza, 63 - Bologna	333/53.69.458
AQUILINO LOREDANA	Via L. Ravioli, 39 - Bologna	347/17.42.402
BERTONCELLI DEBORAH	Via Brodoloni, 6 - Bologna	051/56.40.34 - 338/44.64.738
BIANCHI CARLOTTA	Via Costituzione, 17 - Casalecchio di Reno	051/29.89.093 - 349/77.14.569
BONANNO GIANLUCA	Via P. Fabbri - Bologna	051/30.38.59 - 347/46.71.421
BONAVINA GIUSEPPE	Via Mura di Porta Castiglione, 3 - Bologna	051/58.01.97 - 340/29.79.142
BORRI FRANCESCO	Via Breventani, 10 - Bologna	051/61.54.817 - 347/53.31.438 328/62.24.618
BRINI LORIS	Via Galvani, 52 - Ozzano dell'Emilia	051/79.71.09 - 349/38.13.397
BRUNO MARIA CARMELA	Via F. Malaguti. 15/3 - Bologna	328/01.99.122
CARBONE CATERINA	Via Massarenti, 222 - Bologna	051/34.74.66 - 348/76.33.402
CARLÀ ELIDE MARIA	Via F. Albani, 17 - Bologna	051/35.32.94 - 349/43.39.539
CIPRIANI LINDA	Via Albinì, 2 - Bologna	349/87.49.563
COLAPINTO GINALUCA	Via Calmieri, 7/5 - Bologna	328/66.66.729
CONGEDO ENRICO MARIA	Via Mascarella, 30 - Bologna	051/22.03.42 - 347/00.81.655
CRISTIANO CRISTINA	Via Beroaldo, 28 - Bologna	339/80.64.132
CUNDARI ALESSANDRO	Via Goito - Bologna	347/36.57.039
DAVIDOVITS MICHAL	Via B. Marcello, 20 - Bologna	051/62.33.536 - 339/35.11.175
DE CRISTOFARO ENRICO	Via Dell'Argine, 29 - Bologna	348/38.20.746
DEGLI ESPOSTI CLAUDIA	Via B. Gigli, 14 - Bologna	328/72.03.370
DETORAKI MARIA	Via Vizzani, 37 - Bologna	348/89.80.610
DI LIETO CRISTIANA	Via Pizzardi, 16 - Bologna	051/30.25.33 - 338/23.15.557
DI QUATTRO CARLO	Via Cherubini, 3 - Bologna	051/47.77.81 - 328/43.38.493
ENONGUENNE JOELLE S.	Via Cherubini, 3 - Bologna	051/47.77.81 - 328/43.38.493
FALZONE FRANCESCA	Via G. Pacini, 1/C - Caltanisetta	0934/45.95.735 - 349/32.55.347
FARNET DESIDERATA	Via Solferino, 4 - Bologna	340/72.59.686
FERRI SIMONA	Via Cavallara, 481 - S. Arcangelo (RN)	0541/75.05.23 - 328/21.82.754
FIORINI MASSIMO	Via Casale, 4 - S. Lazzaro di Savena	051/60.12.632 - 349/32.52.049
GELONESI ERNESTO	Via Mazzini, 108 - Bologna	051/55.71.98 - 347/90.07.133
GENTILINI LORENZO	Via del Parco, 31 - Bologna	051/91.03.17 - 339/33.07.403
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 - Casalecchio di Reno	051/59.22.80 - 338/16.14.287
GRASSO ANTONIO	Via Nicolò Pisano, 48 - Bologna	338/41.84.968
GRAZIOSI MADDALENA	Via Riva di Reno, 118 - Bologna	051/26.49.60 - 340/73.07.803
IELASI ALFONSO	Via A. Righi, 1 - Bologna	051/58.79.943 - 338/84.33.189
LENZI FRANCESCA	Via Cavazzoni, 9 - Bologna	051/58.98.02 - 339/41.13.630
LIO VALENTINO	Via Massa Carrara, 4 - Bologna	051/18.92.317 - 348/65.25.277
LUCONI SILVIA	Via Solari, 7 - Bologna	339/36.27.900
MACOVEI DOINA	Via Chiesa di Viadagola, 18 - Gran. dell'Emilia	051/76.02.68 - 339/88.73.512
MANCINI STEFANO	Via Milano, 48 - Bologna	051/54.36.44 - 347/86.94.181
MARASCO RITA	Via S. Serlio, 32 - Bologna	051/37.40.33 - 349/74.84.073
MARRA ROSA FRANCESCA	Via San Vitale, 42/2 - Bologna	051/23.73.77 - 339/14.89.050
MASCIA ANGELA	Via Giambologna, 14 - Bologna	338/18.45.346
MATTARELLI MAURO	Via M. Conti, 51/E - Idice S. Lazzaro di S.	347/92.02.851

MATTEI FRANCESCA	Via Milazzo, 19 - Bologna	051/25.43.43 - 340/16.04.074
MASULLI MASSIMILIANO	Via Matteucci, 14 - Bologna	328/80.70.482
MICUCCI MARCO	Via Del Monte, 5 - Bologna	340/34.42.881
MURANO RICCARDO SANTE	Via Montanari, 17 - Bologna	051/30.78.12 - 349/86.82.513
MURATORI GIUSEPPE	Via Riva di Reno, 56 - Bologna	051/52.26.94 - 338/60.33.803
NDONGKO AFIANDEM	Via Guelfa, 68 - Bologna	051/60.14.703 - 349/05.49.054
ORAZI LUCA	Via Albini - Bologna	347/86.16.380
PATA MARIO	Via Siconio, 3 - Bologna	051/58.77.620 - 338/85.33.991
PEREZ CRISTIAN MANUEL	Via O. Regnoli, 50 - Bologna	051/25.16.97 - 338/11.87.790
PESARESI MONICA	Via S. Giacomo, 4 - Bologna	349/75.47.361
PIERGENTILI BENEDETTA	Via Dovetti, 27 - Bologna	333/29.53.849
PIGNANELLI SALVATORE	Via N. Pisano, 27 - Bologna	051/60.10.477 - 392/03.49.364
POLI FRANCESCA	Via Malta, 7 - Bologna	335/65.31.677
PRATI ANDREA	Via Morandi, 5 - Pianoro	347/83.94.839
PROSPERI SILVIA	Via della Collina, 5 - Pianoro	051/65.16.564 - 328/71.90.276
RAIMONDI MONICA	Via Cartoleria, 12 - Bologna	347/21.14.517
RIPANI RAFFAELLA	P.zza Porta Mascarella, 1 - Bologna	051/25.12.49 - 347/50.05.518
REGA DANIELA	Via Angelelli, 15 - Bologna	389/27.53.452
RIZZO ALESSANDRA	Via Francesco Rocchi, 20 - Bologna	347/62.72.570
RIZZUTI SIMONA	Via Vittorio Veneto, 38 - Bologna	347/68.86.349
RUGGERI LETIZIA	Via Andrea Costa, 136 - Bologna	333/11.07.668 (nuovo numero)
SALVATORE ROBERTA	Via Mincio, 45 - S. Giorgio di Mantova	349/81.00.637
SANTICCHIA SONIA	Via Calmieri, 7/5 - Bologna	051/34.62.89 - 320/36.75.109
SERRAO ANTONINO	Via Milano, 12 - Parma	0521/77.43.53 - 348/89.97.451
SHURDHI ALISA	Via Vittorio Veneto - Bologna	051/64.94.946 - 339/61.35.977
SPADACCI GABRIELE	Via S. Vitale - Bologna	051/22.32.79 - 340/97.36.985
TSANITA STAVROULA-CHAROULA	Via Murri, 8 - Bologna	051/30.84.51 - 348/03.28.636
VENTURA ELISABETTA	Via Pasubio, 61 - Bologna	333/22.05.287
VETTA MARIA CECILIA	Via Largo E. Vanoni, 4 - Roma	06/44.56.906 - 339/63.73.442
ZAHLANE DESIREE	Via Scipione dal Ferro, 12 - Bologna	347/81.13.403
ZAMBELLI ILARIA	Via Massarenti, 196 - Bologna	051/30.78.24 - 328/66.57.248

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione	Telefono
IORIZZO MATILDE	Dermatologia e Venerologia	338/50.67.313
LAVEGLIA SABINO	Medicina del Lavoro	051/36.34.05 - 338/23.79.945
LENZI FRANCESCA	Chirurgia Generale	051/58.92.02 - 339/41.13.630
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	051/44.32.41 - 339/48.19.676
MONORCHIO SAVERIO	Igiene e Medicina Preventiva	051/56.45.45 - 328/69.66.126
MUSIANI MARIA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/62.40.624 - 338/87.11.502
NERI GERMANA	Medicina fisica e riabilitazione	339/89.58.686
PALMONARI VALERIA	Medicina Interna	051/61.66.718 - 347/42.54.733
PICCALUGA PIER PAOLO	Ematologia	051/63.63.973 - 338/63.70.578
SIVIERO DORIDE	Terapia Fisica e Riabilitazione	051/25.44.18 - 347/41.01.635
VISENTIN STEFANO	Pediatria Preventiva e Puericultura	051/23.13.29 - 340/00.87.772
ZEPPI RICCARDO	Medicina Fisica e Riabilitazione	333/42.44.273

Accreditamento istituzionale di ambulatori e dei professionisti titolari di studi odontoiatrici privati situati nell'ambito territoriale dell'Azienda USL di Bologna

→ In considerazione di quanto disposto dal Direttore generale Sanità e Politiche sociali della regione Emilia Romagna con la determinazione n. 8315 del 14/06/2005 in merito a quanto in oggetto indicato, si comunica il procedimento che a tal fine dovrà essere attuato dai professionisti interessati.

Si ricorda che presupposto per l'attivazione di ogni procedimento è la formulazione, da parte dell'Azienda USL di Bologna, del "Programma aziendale dell'assistenza odontoiatrica" contenente la definizione del fabbisogno articolato per i diversi livelli territoriali di erogazione delle prestazioni. In conseguenza di quanto previsto all'interno di tale Programma sarà possibile confermare o attivare nuovi accreditamenti.

Si rammenta inoltre che l'autorizzazione all'esercizio dell'attività, ovvero la condi-

zione prevista dalla Deliberazione Giunta Regionale (DGR) n. 2520/04 per gli studi professionali già esistenti al 22/02/2005, sarà accertata dall'Azienda USL.

Pertanto il professionista interessato a far domanda di accreditamento, dopo aver preso visione del "Programma aziendale dell'assistenza odontoiatrica" redatto dall'Azienda USL di Bologna, dovrà:

- utilizzare i modelli di cui agli allegati 4 bis e 4 ter alla DGR n. 327/2004, allegandovi tutta la documentazione ivi indicata;
- corredare la domanda della dichiarazione che la struttura, anche relativamente a funzioni ed attività diverse da quelle oggetto di accreditamento, non impiega personale incompatibile e, diversamente, della dichiarazione dell'impegno a sciogliere tale situazione entro 30 giorni dalla data di emanazione dell'eventuale decreto regionale di accreditamento.

Per quanto concerne l'inoltro della domanda con allegata tutta la documentazione necessaria, essa dovrà essere trasmessa con lettera di accompagnamento, dai titolari di ambulatori/studi situati:

- nei comuni di Calderara di Reno, Castel Maggiore, Castello D'Argile, Castenaso, Crevalcore, Galliera, Granarolo Emilia, Malalbergo, Minerbio, Molinella, Pieve di Cento, Sala Bolognese, San Giorgio di Piano, San Giovanni in Persiceto, San Pietro in Casale, Sant'Agata Bolognese al seguente indirizzo:
Azienda USL di Bologna - Dipartimento di Sanità Pubblica - Via Fariselli, 4 - 40016 San Giorgio di Piano;
- nei comuni di Bazzano, Camugnano, Casalecchio di Reno, Castel D'Aiano, Castel di Casio, Castello di Serravalle, Castiglione dei Pepoli, Crespellano, Gaggio Montano, Granaglione, Grizzana Morandi, Lizzano in Belvedere, Loiano, Marzabotto, Monghidoro, Monterezeno, Monte San Pietro, Montevoglio, Monzuno, Ozzano Emilia, Pia-

noro, Porretta Terme, San Benedetto Val di Sambro, San Lazzaro di Savena, Sasso Marconi, Savigno, Vergato, Zola Predosa

al seguente indirizzo:

Azienda USL di Bologna - Dipartimento di Sanità Pubblica - Via Cimarosa, 5 - 40033 Casalecchio di Reno

- nel comune di Bologna

al seguente indirizzo:

Azienda USL di Bologna - Dipartimento di Sanità Pubblica - Via Gramsci, 12 - 40121 - Bologna

Si invitano inoltre i professionisti a visitare il sito web dell'Agenzia Sanitaria della

regione Emilia Romagna (<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziaasan/index.htm>) entro il quale è possibile consultare e "scaricare" l'elenco dei requisiti generali per l'accreditamento e abbondante e autorevole documentazione in merito.

Si chiede infine cortesemente a quanti in indirizzo di dare la massima diffusione alla presente comunicazione e, per eventuali chiarimenti, di contattare l'Ufficio Qualità di sistema dell'Azienda (051.65.84.805 o 051.65.84.887).

Franco Riboldi

Notifica obbligatoria della sindrome/ infezione da rosolia congenita

→ IL MINISTERO DELLA SALUTE

Visti gli articoli 253 e 254 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1935, n. 1265;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, di istituzione del Servizio sanitario nazionale, e s.m.i.;

Visto il decreto legislativo n. 196/03 - testo unico recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali" e, in particolare, la parte II, titolo V sul "Trattamento dei dati personali in ambito sanitario";

Visto l'articolo 3 della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V, parte seconda della Costituzione;

Visto il decreto ministeriale 5 luglio 1975, concernente l'elenco delle malattie infettive e diffuse sottoposte a denuncia obbligatoria;

Visto il decreto ministeriale 28 novembre 1986, con il quale la rosolia congenita è stata inserita nell'elenco delle malattie infettive e diffuse sottoposte a notifica obbligatoria;

Visto il decreto ministeriale 15 dicembre 1990, concernente il sistema informativo delle malattie infettive e diffuse e, in particolare, le peculiari modalità di notifica delle malattie infettive comprese nella classe III;

Riconosciuta la necessità di integrare l'elenco, contenuto nel suddetto decreto, delle malattie infettive e diffuse soggette a notifica obbligatoria, mediante il reinserimento della rosolia congenita e l'inserimento dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza;

Considerato l'Accordo tra Governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano relativo al "Piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita", sottoscritto in data 13 novembre 2003 e, in particolare, i punti 6.2 e 6.2.2, in cui viene sottolineata, rispettivamente,

la necessità di includere l'infezione da virus della rosolia in gravidanza e la rosolia congenita tra le malattie per cui è prevista la notifica obbligatoria di con le modalità previste per la classe III del decreto ministeriale 15 dicembre 1990;

Sentito il parere del Consiglio superiore di sanità espresso in data 14 settembre 2004;

DECRETA:

Art. 1

1. All'elenco delle malattie di cui alla classe III del decreto ministeriale 15 dicembre 1990 sono aggiunte la sindrome/infezione da rosolia congenita e l'infezione da virus della rosolia in gravidanza.

2. La relativa notifica andrà eseguita secondo le modalità specifiche descritte nell'allegato 1 al presente decreto, utilizzando rispettivamente le schede epidemiologiche di cui agli allegati 2 e 3, che costituiscono parte integrante del presente decreto. Le segnalazioni e i dati relativi vengono raccolti in una base di dati dal Ministero della salute. La gestione della base di dati e la classificazione dei casi sono affidate al Ministero della salute.

3. Con cadenza annuale il Ministero della salute assicura un ritorno di informazione sull'andamento delle segnalazioni di sindrome/infezione da rosolia congenita.

4. L'Istituto superiore di sanità svolge funzioni di referente scientifico per la componente di laboratorio della diagnosi della sindrome/infezione da rosolia congenita.

5. Le regioni e province autonome individuano ed accreditano il/i Centro/i di riferimento regionale o interregionale per la conferma diagnostica dell'infezione/sindrome da rosolia congenita. L'Istituto superiore di sanità svolge funzioni di referente scientifico per la componente di laboratorio, secondo le funzioni identificate nell'Accordo del 13 novembre 2003, al punto 8,3.

Art. 2

1. Il presente decreto, completo degli allegati che ne costituiscono parte inge-

grante, sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, ed entrerà in vigore dal 1° gennaio 2005.

Il Ministro: Sirchia

Allegato 1

Modalità di notifica della sindrome/infezione da rosolia congenita e dell'infezione da rosolia in gravidanza

Per la segnalazione dei casi di sindrome/infezione da rosolia congenita e dell'infezione da rosolia in gravidanza deve essere osservato il seguente flusso informativo.

1) Il medico che ha osservato il caso o ha posto il sospetto di sindrome/infezione da rosolia congenita e di infezione da rosolia in gravidanza deve segnalarlo, entro due giorni, all'Azienda sanitaria locale in cui è stato avanzato il sospetto diagnostico.

2) L'Azienda sanitaria locale competente, con la collaborazione del medico segnalatore, cura l'indagine epidemiologica e la raccolta di tutte le informazioni necessarie per la compilazione delle schede di notifica, di cui all'allegato 2 ed all'allegato 3.

3) L'Azienda sanitaria locale competente invia le suddette schede all'Assessorato alla sanità della regione o provincia autonoma.

4) L'Assessorato alla sanità della regione o provincia autonoma invia le schede di notifica di sindrome/infezione da rosolia congenita e di infezione da virus della rosolia in gravidanza, con cadenza mensile a: Ministero della salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio V - Viale della Civiltà Romana, 7 - 00144 Roma, fax 06/59943096 - posta elettronica: dpv.oemi@sanita.it Istituto superiore di sanità - Centro nazionale epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, reparto malattie infettive - Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma, fax 06/44232444 - posta elettronica: simi@iss.it

L'Assessorato alla sanità della regione o provincia autonoma invia riepiloghi men-

sili per provincia, sesso ed età a Ministero della salute, all'Istituto superiore di sanità e all'ISTAT.

5) Il Ministero della salute assicura il ritorno periodico dell'informazione sull'andamento della rosolia congenita.

Prossima scadenza termini richiesta indennizzo ex L. 210/92 per operatori

→ Egregio Direttore, a seguito della Sentenza della Corte Costituzionale n. 476/02 anche gli operatori sanitari possono chiedere l'indennizzo per i danni irreversibili derivati nel corso della propria attività, da contatto con sangue e/o emoderivati. Le domande, per essere valide, devono rispettare il termine di tre anni che al momento decorre dal 26 novembre 2002, data della suddetta Sentenza.

Il prossimo 25 novembre 2005 scadranno quindi i termini per presentare domanda.

Proprio per tutelare al massimo il personale sanitario e raggiungere il maggior numero possibile di interessati, ho pensato anche al Vs. Bollettino e per questo La preghiamo di voler cortesemente pubblicizzare questa nota affinché chi si trovasse nelle suddette condizioni, possa attivarsi.

La nostra Associazione rimane a disposizione, del tutto GRATUITAMENTE per eventuali chiarimenti nei giorni ed orari indicati in intestazione.

Ci farà piacere essere informati su eventuali altri canali voleste attivare per portare a conoscenza con urgenza questo comunicato e, in attesa, ci è gradita l'occasione per inviare cordiali saluti.

Centro per i Diritti del Malato
referente Aminta Piani

INDAGINE DI POLIZIA GIUDIZIARIA - NOTIFICA DECRETO DI SEQUESTRO REGIONE CARABINIERI "EMILIA ROMAGNA" - Stazione di Bologna

Sulla scorta del Decreto di Sequestro Proc. Pen. nr. 2005/05 RGNR emesso in data 15.06.2005 dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Forlì, relativamente a nr. 46 stampanti marca Sony – utilizzate per la stampa di immagini ecografiche – asportate da ignoti in data 12.04.2005 a Forlì, Codesto Ordine dei Medici è pregato di voler diramare le ricerche a tutti i medici iscritti all'Albo al fine di conoscere se tali particolari stampanti siano state acquistate.

Sono da escludersi dalla ricerca, pertanto, quelle acquistate in data antecedente l'evento.

Risposta solo se positiva al fax nr. 051.2905571.

Si ringrazia della cortese collaborazione.

Invito diretto a tutte le strutture pubbliche o private e a singoli professionisti finalizzato alla stipula di convenzioni per esecuzione di visite specialistiche ed esami diagnostici

→ Si porta a conoscenza dei soggetti interessati l'invito diretto a tutte le strutture pubbliche o private, o a singoli professionisti che, essendo in possesso di specifici requisiti, si dichiarino disposti a stipulare convenzioni mirate all'esecuzione di prestazioni mediche specialistiche per le specifiche necessità del Centro Medico Legale Polispecialistico della Direzione Regionale INPS Emilia Romagna, Via Milazzo 4/2 Bologna.

Le strutture sanitarie a cui è rivolto l'invito sono da individuare in:

- Strutture pubbliche

- Strutture private (convenzionate o non con il S.S.N.)

- Medici specialisti libero professionisti.

Le Strutture pubbliche sono rappresentate dagli Enti ospedalieri, così come definiti ai sensi del 1° comma art. 19 legge n° 132 del 12 febbraio 1968, dagli ambulatori e dai presidi territoriali delle Aziende Unità Sanitarie Locali così come definiti ai sensi della legge n° 833 del 23 dicembre 1978 e successive modificazioni e integrazioni.

I presidi di diagnostica strumentale e di laboratorio devono rispondere ai requisiti minimi di strutturazione, dotazione strumentale e qualificazione funzionale del personale così come definito al comma 12 art. 25, legge n° 833 del 23 dicembre 1978.

Le Istituzioni sanitarie di carattere privato, comprensive di Istituti ed Enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano assistenza ospedaliera, dovranno essere in regola con le Leggi regionali che disciplinano l'autorizzazione e la vigilanza sulle suddette istituzioni secondo quanto previsto dall'art. 43 legge n° 833 del 12 dicembre 1978; dette strutture dovranno possedere i requisiti strutturali tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie, secondo quanto previsto dall'art. 4 legge n° 502 del 30 dicembre 1992.

Le Strutture operanti nel campo della radiologia, dovranno dichiarare di essere in regola con l'applicazione delle norme previste dal Dlgs n° 187 del 26/05/2000. Gli specialisti libero professionisti dovranno essere in possesso del Diploma di laurea in medicina e chirurgia, Diploma di abilitazione professionale, Iscrizione all'albo professionale, Diploma di specializzazione nella branca per cui si convenzionano conseguito da non meno di cinque anni.

L'ubicazione della Struttura dovrà essere compresa nell'ambito cittadino e dovrà consentire l'accesso anche ai disabili.

Tutte le Strutture o i soggetti, che aderir-

ranno e che ne hanno l'obbligo, dovranno essere in regola con il versamento dei contributi assicurativi obbligatori dovuti all'Istituto.

Oggetto delle convenzioni potranno essere tutte le visite specialistiche delle varie branche e tutti gli esami, contemplati nell'Allegato 1 del Decreto del Ministro della Sanità 22 luglio 1996, pubblicato su Gazzetta Ufficiale n° 150, del 14/09/1996, necessarie a soddisfare l'insieme delle competenze istituzionali dell'attività sanitaria medico legale dell'INPS; in particolare per il Centro Medico Legale Polispecialistico Regionale INPS si rendono necessarie prestazioni specialistiche nelle seguenti discipline:

- 1) ONCOLOGIA**
- 2) ORTOPEDIA**
- 3) OTORINOLARINGOIATRIA**

Le tariffe per le prestazioni rese sono quelle indicate nel Decreto del Ministro della Sanità 22 luglio 1996, pubblicato sulla G.U. n° 150 del 14.9.1996, con le modifiche stabilite dalla Giunta Regionale Emilia Romagna. Le suddette tariffe andranno automaticamente aggiornate nel caso di modifiche stabilite per Decreto del Ministro della Salute. Ai sensi della Circolare n° 4 del 28.1.2005 dell'Agenzia delle Entrate, i compensi sono assoggettati ad IVA.

I soggetti convenzionati dovranno garantire:

1. La possibilità di effettuare le prenotazioni anche on-line entro il termine massimo di cinque giorni.
2. La consegna dei referti entro e non oltre 5 giorni lavorativi dall'effettuazione dell'esame.
3. La disponibilità da parte dei liberi professionisti a svolgere l'attività specialistica presso gli ambulatori INPS nei casi in cui non sia previsto l'uso di

particolari attrezzature, con accettazione, in tal caso, di una riduzione tariffaria sugli accertamenti strumentali effettuati del 20%.

4. La disponibilità da parte dei liberi professionisti, qualora fosse necessaria strumentazione specifica non presente negli ambulatori INPS, ad utilizzare la propria attrezzatura portatile, la cui manutenzione ed eventuale assicurazione contro furti e/o danneggiamenti, rimane a carico del proprietario.

Il servizio dovrà essere svolto con le seguenti modalità.

- Gli accertamenti effettuati dovranno essere compilati sugli appositi modelli predisposti dall'INPS.
 - Prima di procedere all'esecuzione dell'esame richiesto, accertare l'identità dell'assicurato mediante valido documento di riconoscimento, i cui estremi dovranno essere riportati sulla relazione dell'esame effettuato.
 - Limitatamente agli accertamenti radiologici i radiogrammi dovranno:
 - a) riportare, con metodo che le renda inalterabili, le generalità, la data di nascita della persona esaminata e la data di esecuzione dell'esame;
 - b) essere consegnati unitamente ai referti.
- Le visite e gli accertamenti strumentali, finalizzati all'accertamento della ridotta capacità lavorativa degli assicurati, dovranno essere effettuati tenendo presenti le linee guida diagnostico strumentali dettate dalla Comunità scientifica internazionale, onde contenere tutti gli elementi necessari ed indispensabili per giungere ad una corretta valutazione medico legale.

Il Direttore Regionale
Dr. Giovanni Chiaravalle

Il dirigente medico 2° livello
Dr. Nicolò De Trizio

continua dal numero precedente

Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2005-2006

L'incidenza più bassa, come atteso, si è registrata per la classe degli ultrasessantacinquenni, con valori di picco che si situano intorno a 8,50/1000.

Rispetto alle stagioni precedenti, il picco dell'epidemia è stato più tardivo (solo nella stagione 2002-2003 si è collocato successivamente), la fase di plateau è stata più breve e si è registrato un più rapido decremento di attività.

Per ciò che riguarda la sorveglianza virologica (all. 2 e 3), dalla 42^a settimana del 2004 alla 16^a settimana del 2005 sono stati raccolti 3226 campioni, dei quali 971 (il 30%) sono risultati positivi. Sono stati identificati 718 ceppi influenzali di tipo A (74% degli isolati), nel cui ambito i virus del sottotipo A/H3N2 sono risultati predominanti (72%) ed associati a focolai epidemici; il 10% è risultato appartenere al sottotipo A/H1N1. Il 26% dei virus isolati e/o identificati è risultato, invece, appartenere al tipo B.

La distribuzione geografica della totalità dei virus identificati è riportata in allegato 2. I primi virus influenzali, corrispondenti al sottotipo A/H3N2 sono stati identificati nella seconda metà di novembre 2004, in campioni clinici prelevati da bambini con

età compresa tra i 3 ed i 6 anni, residenti nella città di Genova.

Il primo virus influenzale, di tipo B, è stato identificato nella 46^a settimana del 2004 (8-14 novembre), da un campione biologico proveniente dalla Regione Piemonte e prelevato da un paziente di 29 anni. Le settimane successive sono state caratterizzate dall'identificazione di virus influenzali provenienti da casi sporadici. A partire dalla seconda settimana di gennaio, si è registrato un aumento dei campioni raccolti e, corrispondentemente, dei virus isolati; la massima circolazione virale si è avuta nei mesi di gennaio e di febbraio ed il picco della circolazione è stato registrato a fine gennaio, in corrispondenza del picco di attività clinico-epidemiologica (allegato 3).

I Laboratori che per la passata stagione di sorveglianza hanno partecipato alla rete Influnet sono riportati nell'allegato 4.

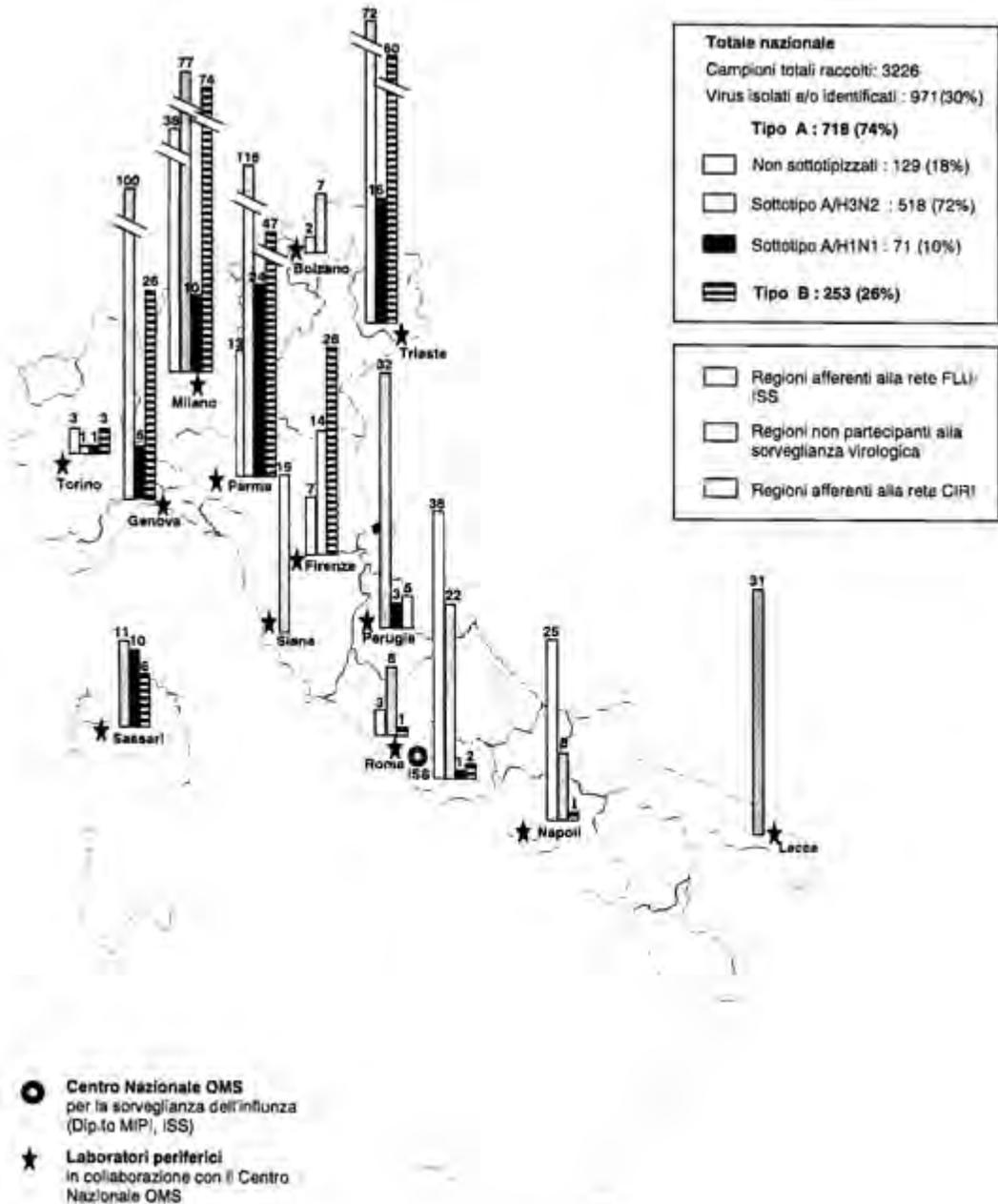
2. Raccomandazioni per la vaccinazione antinfluenzale

2.1 Composizione del vaccino antinfluenzale per la stagione 2005-2006

I virus influenzali circolanti nell'uomo sono soggetti a cambiamenti antigenici che richiedono, annualmente, l'adattamento della formulazione del vaccino antinfluenzale. L'aggiornamento annuale della composizione del vaccino dovrebbe assicurare la massima concordanza possibile fra i ceppi vaccinali ed i ceppi circolanti; l'assicurazione di tale corrispondenza è il fondamento dell'efficacia del vaccino antinfluenzale.

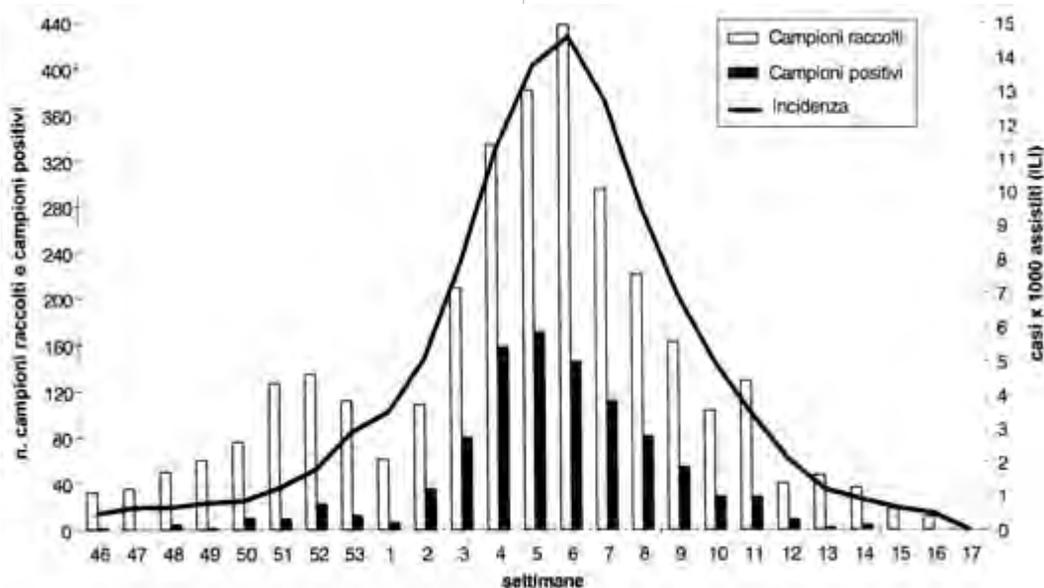
Le informazioni sui ceppi circolanti e il trend epidemiologico sono raccolti dal Global Influenza Surveillance Network dell'OMS, che si avvale della collaborazione dei National Influenza Centres (NIC), presenti in 83 Paesi del mondo. Per l'Italia, il NIC è sito presso il Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate dell'Istituto Superiore di Sanità.

Allegato 2



Distribuzione geografica della totalità dei virus identificati in Italia

Allegato 3



Andamento settimanale dei campioni clinici raccolti, degli isolamenti virali e dell'incidenza della sindrome influenzale nella stagione 2004-2005. Dati nazionali

Nella stagione epidemica 2004-2005 i test di caratterizzazione antigenica eseguiti sugli isolati hanno mostrato:

- per il virus A/H1N1: caratteristiche simili al ceppo A/Nuova Caledonia/20/99;
- per il virus A/H3N2: caratteristiche simili al ceppo A/California/7/2004;
- per il virus B: caratteristiche simili al ceppo B/Shanghai/361/2002.

I testi ottenuti hanno suggerito un cambiamento nel vaccino antinfluenzale che, in seguito alle raccomandazioni dell'OMS, accettate e ratificate anche a livello europeo in un'apposita seduta svoltasi a marzo 2005 presso l'EMA (*European Agency for the Evolution of Medical Products*) di Londra avrà, per la stagione 2005-2006 e per l'emisfero settentrionale, la seguente composizione:

- antigene analogo al ceppo **A/Nuova Caledonia/20/99 (H1N1)¹**
- antigene analogo al ceppo **A/California/7/2004 (H3N2)**

- antigene analogo al ceppo **B/Shanghai/361/2002²**

¹ come virus vaccinale è disponibile il ceppo A/New York/55/2004

² i virus vaccinali attualmente utilizzati sono B/Shanghai/361/2002 e B/Jilin/20/2003 e B/Jiangsu/10/2003

Le quantità antigeniche standardizzate per ciascun ceppo vaccinale dovranno, come stabilito dal Gruppo ad hoc sulla Biotecnologia e Farmacologia della Commissione dell'Unione Europea, contenere una quantità di emoagglutinina pari a 15 µg per ceppo e per dose di vaccino antinfluenzale, con limite fiduciario del 95% non inferiore a 12 µg.

2.2 Raccomandazioni sull'impiego del vaccino antinfluenzale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica quale obiettivo primario della vaccinazione antinfluenzale la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematu-

Allegato 4

LABORATORI UNIVERSITARI INSERITI NEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA VIROLOGICA - INFLUNET

Campania

Università di Napoli, Dipt. di Scienze Mediche Preventive-Sez. di Igiene, **Dr.ssa G. Riberà**

Emilia-Romagna

Università di Parma, Dipt. Sanità Pubblica-Sez. di Igiene, **Prof.ssa M. L. Tanzi**

Friuli Venezia Giulia

Università di Trieste, Istituto di Igiene e Medicina Preventiva, **Prof. C. Campello**

Lazio

Università Cattolica, Istituto di Microbiologia, **Prof.ssa A. Rossi**

Liguria

Università di Genova, Dipartimento di Scienze della Salute, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva, **Prof. P. Crovari**

Lombardia

Università di Milano, Istituto di Virologia, **Dr. F. Pregliasco**

Piemonte

Ospedale "Amedeo di Savoia", Torino; Laboratorio di Virologia, **Dr.ssa Francesca Piro**

Provincia Autonoma di Bolzano

ASL Centro Sud, Lab. di Microbiologia e Virologia, **Dr.ssa Patrizia Rossi**

Puglia

Università di Lecce, Lab. di Igiene, Dipt. di Scienze e Tecnologie Biologiche ed Ambientali, **Prof. G. Gabutti**

Sardegna

Università di Sassari, Dipt. Scienze Biomediche-Sez. di Microbiologia sperimentale e Clinica, **Prof.ssa A. Dolei**

Toscana

Università di Firenze, Dipt. di Igiene e Sanità Pubblica-Lab. di Virologia, **Prof.ssa A. Azzi**
Università di Siena, Dipt. di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica, **Dr. E. Montomoli**

Umbria

Università di Perugia, Dipt. Igiene e Sanità Pubblica, **Prof.ssa A. M. Iorio**

ra in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave: una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenta un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia.

In ambito europeo, pur con qualche variazione per ciò che concerne l'individuazione dei gruppi a rischio, cui la vaccinazione va offerta in via prioritaria, esiste una sostanziale concordanza sul fatto che principali destinatari dell'offerta di vaccino antinfluenzale debbano essere le persone di età pari o superiore a 65 anni, nonché le persone di tutte le età con alcune patologie di base che aumentano il rischio di complicazioni a seguito di influenza.

Nella stagione 2005-06, così come per l'ultimo biennio, la vaccinazione antinfluenzale assume ulteriore rilievo a causa della recente epidemia di influenza aviaria nell'area estremo orientale: dal dicembre 2003 a maggio 2005, il virus dell'influenza aviaria A/H5N1 ha ucciso più di 100 milioni di polli, ha infettato 108 adulti e bambini in Viet Nam, Tailandia e Cambogia, provocando 54 decessi (al 30 giugno 2005).

La vaccinazione antinfluenzale con i vaccini attualmente disponibili, non solo nei soggetti appartenenti alle categorie a rischio ma anche nella popolazione generale, è in grado di ridurre la possibilità di co-circolazione, nello stesso individuo. Obiettivi del programma di vaccinazione sono anche il mantenimento ed il miglioramento della capacità di fornire servizi ed assistenza sanitaria di qualità, proteggendo gli operatori sanitari e gli addetti alla pubblica sicurezza ed altri servizi pubblici essenziali.

Pertanto, in accordo con gli obiettivi specifici indicati dalla pianificazione sanitaria nazionale e con il perseguimento di obiettivi di riduzione della morbosità per influenza e delle sue complicanze, le categorie di soggetti cui i servizi territoriali di prevenzione dovranno offrire la vaccinazione antinfluenzale sono le seguenti:

- 1) soggetti di età pari o superiore a 65 anni**
- 2) bambini di età superiore ai 6 mesi e adulti affetti da:**
 - a) malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma persistente, la displasia broncopolmonare e la fibrosi cistica)
 - b) malattie croniche dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite
 - c) diabete mellito e altre malattie metaboliche
 - d) malattie renali con insufficienza renale;
 - e) malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie
 - f) malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV
 - g) sindromi da malassorbimento intestinale
 - h) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici
- 3) bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale**
- 4) bambini pretermine (nati prima della 37^a settimana di gestazione) e di basso peso alla nascita (inferiore ai 2500 g), dopo il compimento del 6° mese**
- 5) donne che saranno nel secondo e terzo trimestre di gravidanza durante la stagione epidemica**
(diversi studi hanno messo in evidenza il maggior rischio di serie complicazioni in seguito all'influenza, anche in assenza di condizioni mediche predisponenti, per le donne nel terzo trimestre di gravidanza o nelle prime fasi del puerperio; i vaccini antinfluenzali sono a base di virus uccisi o

di subunità e non comportano quindi, in nessuna fase della gravidanza, i rischi connessi all'impiego di vaccini a base di virus viventi attenuati)

6) individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti

7) medici e personale sanitario di assistenza

8) contatti familiari di soggetti ad alto rischio

(tale categoria di soggetti diventa un importante elemento per l'interruzione della catena di trasmissione, soprattutto quando i soggetti ad alto rischio non possano essere vaccinati a causa dell'esistenza di vere controindicazioni alla vaccinazione)

9) soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo:

- personale degli asili nido, insegnanti scuole dell'infanzia e dell'obbligo
- addetti poste e telecomunicazioni
- dipendenti pubblica amministrazione e difesa
- forze di polizia incluso polizia municipale
- volontari servizi sanitari di emergenza
- personale di assistenza case di riposo

10) personale che, per motivi occupa-

zionali, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani:

- detentori di allevamenti
- addetti all'attività di allevamento
- addetti al trasporto di animali vivi
- macellatori e vaccinatori
- veterinari pubblici e libero-professionisti

2.3. Dosaggio e modalità di somministrazione

Per la vaccinazione antinfluenzale sono disponibili, in Italia, i seguenti tipi di vaccino:

- vaccino split, contenente virus influenzale frammentato;
- vaccino virosomale
- vaccino adiuvato
- vaccino a subunità, contenente solo gli antigeni di superficie purificati, emoagglutinina e neuraminidasi.

I vaccini a subunità, in virtù della loro estrema tollerabilità, sono particolarmente indicati per l'immunizzazione dei bambini e di adulti che abbiano presentato episodi reattivi in seguito a precedenti somministrazioni di vaccino antinfluenzale; i vaccini adiuvati sono indicati, attualmente, per la vaccinazione degli ultrasessantacinquenni.

Ferme restando le indicazioni contenute negli stampati dei singoli prodotti autorizzati in Italia, lo schema raccomandato per la vaccinazione antinfluenzale è il seguente:

ETÀ	VACCINO	MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE
da 6 mesi	split o sub-unità	1/2 dose (0,25 ml) ripetuta a distanza di almeno 4 settimane per bambini che vengono vaccinati per la prima volta 1/2 dose (0,25 ml) se già vaccinati in precedenza
da 3 anni a 9 anni	split o sub-unità	1 dose (0,5 ml) ripetuta a distanza di almeno 4 settimane per bambini che vengono vaccinati per la prima volta 1 dose (0,5 ml) se già vaccinati in precedenza
oltre 9 anni	split o sub-unità	1 dose (0,50 ml)

Il periodo ottimale per l'avvio delle campagne di vaccinazione antinfluenzale è, per la nostra situazione climatica e per l'andamento temporale mostrato dalle epidemie influenzali in Italia, quello autunnale, a partire **dalla metà di ottobre fino alla fine di novembre**.

Un anticipo della somministrazione del vaccino antinfluenzale potrebbe, soprattutto nelle persone anziane che presentano risposte immunitarie meno valide, avere come conseguenza un declino del titolo anticorpale proprio in corrispondenza del picco epidemico stagionale.

La vaccinazione antinfluenzale rimane comunque un efficace mezzo protettivo anche se effettuata in periodi successivi a quello ottimale, soprattutto laddove situazioni particolari la rendessero opportuna per alcuni soggetti (viaggi internazionali, comparsa di focolai di infezioni aviaria in allevamenti).

Poiché la maggior parte della popolazione è stata, con tutta probabilità, infettata dai virus influenzali A/H3N2, A/H1N1 e B nel corso degli ultimi anni, **una sola dose di vaccino antinfluenzale è sufficiente** per i soggetti di tutte le età, con esclusione dell'età infantile.

Per i bambini al di sotto dei 9 anni di età, **mai vaccinati in precedenza**, si raccomandano due dosi appropriate per l'età di vaccino antinfluenzale, da somministrare a distanza di almeno quattro settimane per assicurare una soddisfacente risposta immunitaria; la seconda dose di vaccino dovrebbe preferibilmente essere somministrata entro la fine di novembre, primi giorni di dicembre.

Il vaccino antinfluenzale va somministrato per via intramuscolare ed è raccomandata l'inoculazione nel deltoide per tutti i soggetti di età superiore a 9 anni; nei bambini e nei lattanti la sede raccomandata è la faccia antero-laterale della coscia.

Il vaccino antinfluenzale può essere somministrato contemporaneamente ad

altri vaccini, sia pediatrici che per l'età adulta, utilizzando sedi corporee e siringhine diverse.

Il vaccino antinfluenzale deve essere conservato a temperature comprese tra +2°C e +8°C, e **non** deve essere congelato.

2.4 Controindicazioni

Il vaccino antinfluenzale non dovrebbe essere somministrato a:

- lattanti al di sotto dei sei mesi, per l'elevata incidenza di reazioni febbrili in questo gruppo di età
- soggetti che abbiano manifestato reazioni di tipo anafilattico alle proteine dell'uovo o ad altri componenti del vaccino, a meno di una attenta valutazione dei benefici in confronto ai possibili rischi e tenendo conto della possibilità di ricorrere, in caso di effettiva necessità, alla chemiopprofilassi con agenti antivirali, qualora la vaccinazione sia ritenuta necessaria, va somministrata in ambiente protetto ed è più opportuno utilizzare i vaccini a subunità
- soggetti che hanno sviluppato severe reazioni a vaccino antinfluenzale nel passato
- soggetti che hanno manifestato sindrome di Guillain Barrè entro 6 settimane dalla somministrazione di vaccino antinfluenzale.

La condizione di sieropositività per HIV non costituisce di per sé una controindicazione alla somministrazione della vaccinazione antinfluenzale.

Nei soggetti HIV positivi con bassi valori di linfociti T CD4+, la somministrazione del vaccino potrebbe non evocare una risposta anticorpale a titoli considerati protettivi. Una seconda dose di vaccino in questi soggetti non migliora la risposta anticorpale in modo sostanziale.

Non sono stati dimostrati incrementi sostanziali della replicazione virale, deterioramento della conta dei linfociti T CD4+ e progressione verso l'AIDS in persone HIV positive sottoposte a vaccinazione.

2.5. Precauzioni

La vaccinazione antinfluenzale deve essere rinviata in caso di manifestazioni febbrili in atto.

Persone con alterazioni dell'immuno-competenza per effetto di trattamenti immunosoppressori possono rispondere in maniera non ottimale alla vaccinazione antinfluenzale; pertanto sarebbe opportuno, quando possibile, differire la vaccinazione finché non sia trascorso almeno un mese dall'interruzione del trattamento. È comunque opportuna una attenta valutazione del rischio di contrarre un'infezione influenzale, che in tali persone potrebbe avere un decorso più serio e complicato che in altri, rispetto al rischio di una risposta sub-ottimale.

Il trattamento con cortisonici per uso locale o per uso sistemico a basso dosaggio non costituisce un motivo per differire la vaccinazione antinfluenzale.

Nei soggetti con malattie autoimmuni il vaccino antinfluenzale va somministrato solo dopo attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio.

2.6. Somministrazione simultanea di più vaccini

In linea generale i vaccini inattivati, quali il vaccino antinfluenzale, non interferiscono con la risposta immune ad altri vaccini inattivati o viventi attenuati.

Bambini ad alto rischio di complicazioni per influenza (vedi raccomandazioni sull'impiego del vaccino antinfluenzale) possono ricevere, se necessario, il vaccino antinfluenzale insieme con altri vaccini obbligatori e raccomandati, in sedi corporee e con siringhe diverse.

Negli adulti ad alto rischio di complicazioni e negli anziani, è possibile effettuare la vaccinazione antinfluenzale contemporaneamente ad altre vaccinazioni, in particolare con quella antipneumococcica, le cui indicazioni sono sostanzialmente le stesse dell'antinfluenzale.

Mentre la vaccinazione antinfluenzale va ripetuta annualmente, per l'antipneumo-

coccica sono indicate dosi di richiamo ogni cinque anni.

2.7. Reazioni indesiderate al vaccino antinfluenzale

I vaccini antinfluenzali contengono solo virus inattivati o parti di questi, pertanto non possono essere responsabili di infezioni.

Le persone vaccinate dovrebbero essere ragguagliate sul fatto che, particolarmente nella stagione fredda, infezioni respiratorie e sindromi con sintomatologia di tipo influenzale possono essere provocate da molteplici agenti batterici e virali, nei cui confronti il vaccino antinfluenzale non può avere alcuna efficacia protettiva.

Gli effetti collaterali riferiti più frequentemente dopo somministrazione di vaccino antinfluenzale consistono in reazioni locali: dolore, eritema, tumefazione nel sito di incolo.

Altre reazioni indesiderate riferite con frequenza, soprattutto in persone mai vaccinate in precedenza, consistono in malessere generale, febbre, mialgie, con esordio da 6 a 12 ore dalla somministrazione della vaccinazione, e della durata di 1 o 2 giorni.

Segnalate anche reazioni allergiche del tipo ipersensibilità immediata (orticaria, angioedema, asma), soprattutto in persone con ipersensibilità nota alle proteine dell'uovo o ad altri componenti del vaccino.

Sono stati riferiti, dopo vaccinazione antinfluenzale, altri eventi avversi quali trombocitopenia transitoria, nevralgie, parestesie, disordini neurologici. La correlazione causale tra la somministrazione di vaccino antinfluenzale e tali eventi non è stata dimostrata. In particolare non è stata dimostrata l'associazione tra i vaccini antinfluenzali correntemente in uso ed aumento della frequenza della sindrome di Guillain Barré, che presenta invece una associazione con diverse malattie infettive,

tra cui la stessa influenza, le infezioni da *Campylobacter jejuni*, e molte infezioni delle prime vie aeree.

3. Chemioprolifassi antinfluenzale

È possibile l'impiego di farmaci ad azione antivirale per la profilassi ed il trattamento delle infezioni da virus influenzali; tali farmaci non devono essere considerati un'alternativa alla vaccinazione, ma

possono comunque risultare utili nei casi di controindicazione alla vaccinazione influenzale e nelle persone che non si sono vaccinate per tempo, contribuendo essenzialmente a ridurre la durata della malattia e, in una certa misura, anche a ridurre la diffusione di virus influenzali da malati a sani.

Gli antivirali disponibili sono riportati nella tabella seguente.

Principio attivo	Classe	Autorizzato in Italia	Commerc. in Italia	Tipo Virus Influenza inibiti	Via di somministrazione	Età minima per cui è autorizzato il trattamento	Età minima per cui è autorizzata la profilassi
Amantadina	Inibitori della M2	SI	SI	A	Orale (compresse)	≥ 1 anno	
Rimantadina	Inibitori della M2	NO	NO	A	Orale (compresse sciroppo)	≥ 14 anni	≥ 1 anno
Zanamivir	Inibitori della NA	SI	SI	A e B	Inalatoria (aspirazione)	≥ 12 anni	non approvato per profilassi in Italia
Oseltamivir	Inibitori della NA	SI	NO	A e B	Orale (capsule)	≥ 1 anno	≥ 13 anni

In generale, gli antivirali riducono di circa un terzo la durata dell'influenza non complicata ma, ai fini della riuscita del trattamento, questo deve essere iniziato al più presto possibile, e comunque entro due giorni dall'insorgenza dei sintomi. Non è stata dimostrata l'efficacia dei farmaci antivirali nella riduzione delle complicanze maggiori dell'influenza, quali le polmoniti batteriche o virali o l'esacerbazione delle patologie croniche di base, nei soggetti a rischio.

È stata notata l'emergenza di ceppi influenzali mutanti resistenti in pazienti trattati con farmaci appartenenti ad entrambe le classi di antivirali ma, soprattutto, in pazienti trattati con inibitori della M2. Anche se questo non costituisce, attualmente, un problema di sanità pubblica, potrebbe diventarlo in seguito ad un

uso non appropriato e su larga scala dei farmaci antivirali e, per tale motivo, i farmaci antivirali non sono da considerare un'alternativa alla profilassi vaccinale.

La chemioprolifassi con antivirali andrebbe quindi consigliata soltanto a quei soggetti ad alto rischio di complicazioni da influenza in cui la somministrazione del vaccino sia controindicata.

4. Raccomandazioni per l'incremento della copertura vaccinale, per l'offerta del vaccino antinfluenzale, e per la sorveglianza epidemiologica dell'influenza

4.1. Obiettivi di copertura del programma di vaccinazione

Il programma di vaccinazione contro l'influenza è stato finora mirato principal-

mente alla prevenzione delle complicanze della malattia.

La disponibilità di vaccini sicuri ed efficaci che consentono la prevenzione dell'influenza mediante un intervento con favorevole rapporto costo-efficacia e costo-beneficio, rende opportuno il massimo impegno della Sanità Pubblica nell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione ai soggetti a rischio.

Numerosi studi hanno infatti dimostrato che la vaccinazione annuale dei soggetti di età pari o superiore a 65 anni d'età è associata con una riduzione dell'ospedalizzazione e della mortalità specifica e per tutte le cause. Sotto questo profilo, l'obiettivo a breve termine è quello di incrementare ulteriormente la copertura vaccinale negli ultrasessantacinquenni e, soprattutto, quello di aumentare significativamente la copertura vaccinale nei soggetti di qualunque età affetti da malattia cronica o condizioni patologiche che aumentano il rischio di complicanze, nonché nei soggetti addetti a servizi di pubblica utilità o a rischio per motivi professionali, mettendo in atto nuove forme di approccio per il loro reclutamento.

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze, nonché gli eccessi di mortalità, è necessario raggiungere coperture molto elevate (prossime al 100%) nei soggetti ad alto rischio di tutte le età.

Gli obiettivi di copertura che dovrebbero essere raggiunti in tutti i gruppi target sono i seguenti:

- il 75% come obiettivo minimo perseguibile

- il 100% come obiettivo ottimale.

Va ribadito che, ai fini di una preparazione ottimale per la pandemia influenzale, è necessario che almeno il 33% della popolazione sia vaccinato in periodo interpandemico; tale livello di copertura, implementando le capacità produttive di vaccino antinfluenzale, permetterebbe di disporre, in periodo pandemico, di dosi di vaccino sufficienti per l'intera popolazione.

4.2. *Interventi*

Ai fini del miglioramento dell'offerta attiva sono da prendere in considerazione interventi di promozione della vaccinazione e di comunicazione rivolti tanto agli Operatori sanitari quanto alla popolazione generale, comprendendo in tale novero non solo le Organizzazioni di categoria ma anche i datori di lavoro, le Pubbliche Amministrazioni in ambito locale, le Istituzioni scolastiche.

La copertura vaccinale per l'influenza va migliorata, sia per i soggetti di età pari o superiore a 65 anni, che per i soggetti a rischio di infezioni acquisite in ambito occupazionale o di complicanze per pre-esistenti condizioni di salute.

I risultati delle attività vaccinali nel corso dell'ultima stagione influenzale sono riportati nell'allegato 5; si registra, essenzialmente, la stabilità dei livelli di copertura raggiunti rispetto alla stagione precedente.

La rilevazione delle coperture vaccinali per categoria di rischio, effettuata nella stagione precedente, tramite il modello allegato alla lettera circolare "Rilevazione delle coperture vaccinali antinfluenzali Integrazione all'Allegato 1 della Circolare n° 1 del 2 agosto 2004" e le stime dei denominatori di alcune categorie (elaborate da dati ISTAT) hanno permesso di valutare le seguenti percentuali di copertura:

- **soggetti di età ≤ 65 anni, con condizioni morbose predisponenti alle complicanze: 11,4%**
- **personale sanitario di assistenza: 8,2%**
- **addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo: 2,5%**

Tali dati, confermando i risultati di indagini ad hoc, condotte su categorie a rischio, indicano le aree dove orientare le attività di prevenzione.

Inoltre, indagini condotte per le stagioni precedenti hanno evidenziato come il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale sia associato, a livello di ASL, all'acquisto di un numero di dosi di vaccino maggiore della numerosità della popolazione residente oltre i 65 anni e al-

Allegato 5

Vaccinazione antinfluenzale, stagione 2004-05: coperture vaccinali (per 100 abitanti) stimate dal Ministero della Salute, sulla base delle comunicazioni inviate da Regione e Province Autonome

Classi d'età Regione	0-4 anni	5-14 anni	15-24 anni	25-64 anni	≥ 65 anni	Totale
Piemonte	1,6	1,5	1,5	5,3	55,9	15,4
Valle d'Aosta	0,8	1,1	1,0	5,3	54,5	13,9
Lombardia	2,5	2,3	1,7	4,8	65,3	15,7
P. A. Bolzano	0,9	0,7	0,4	1,9	30,8	6,1
P. A. Trento	1,2	1,4	0,8	3,8	60,0	13,4
Veneto	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
FVG	1,2	1,3	1,1	6,4	72,5	19,7
Liguria	1,7	4,4	2,8	8,3	66,1	22,4
Emilia Romagna	3,9	3,7	2,8	9,0	73,0	22,3
Toscana	6,9	5,2	4,8	7,1	62,2	19,3
Umbria	1,6	1,5	1,2	7,3	61,9	18,5
Marche	2,8	2,4	1,5	7,6	68,0	19,7
Lazio	1,6	1,9	1,7	8,2	71,5	18,3
Abruzzo	3,6	2,7	2,1	6,1	70,0	18,5
Molise	5,9	4,8	2,9	11,2	72,3	22,4
Campania	6,8	4,2	3,0	9,2	71,9	16,9
Puglia	7,5	5,3	3,1	8,5	70,5	17,5
Basilicata	1,2	1,9	3,2	8,6	66,4	17,8
Calabria	1,3	1,2	1,7	5,1	59,9	13,5
Sicilia	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Sardegna	18,0	13,3	16,6	17,2	59,2	23,7
ITALIA	4,2	3,4	2,6	7,4	66,2	17,8

la percentuale di vaccini somministrati dai Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta.

Nelle spese indagini è risultato che molte ASL, avendo acquistato un numero insufficiente di dosi, hanno effettuato un secondo acquisto di dosi di vaccino e che alla fine della stagione una proporzione media pari al 7% delle dosi è rimasta inutilizzata. Tali osservazioni indicano l'opportunità che ogni ASL costituisca un registro dei soggetti a rischio, da invitare attivamente ogni anno per la vaccinazione e metta in pratica ogni iniziativa ritenuta utile ad accrescere il reclutamento dei soggetti (bambini e adulti) portatori di fattori di rischio che rendono consigliabile la vaccinazione antinfluenzale.

Come sottolineato nel Piano Nazionale Vaccini, i medici di famiglia, per i rapporti che mantengono da una parte con i servizi vaccinali e più in generale con il distretto vaccinale, e dall'altra con la popolazione, possono svolgere un ruolo chiave nella promozione e nella attuazione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale.

Per raggiungere gli obiettivi indicati nella programmazione sanitaria nazionale, è opportuno continuare, nei modi ritenuti più opportuni da Regioni e Province Autonome, la messa in atto di strategie per il coinvolgimento attivo di tali professionisti che, laddove attuato, ha portato ad un sensibile aumento dell'offerta della vaccinazione antinfluenzale.

Le Azioni da intraprendere, potrebbero identificarsi nelle seguenti:

- identificare le modalità più idonee per informare la popolazione generale ed i gruppi target;
- formare gli attori coinvolti;
- offrire attivamente ai gruppi a rischio la vaccinazione;
- predisporre registri di soggetti a rischio per l'offerta stagionale;
- monitorare l'offerta di vaccinazione alla popolazione bersaglio e identificare gli ostacoli al raggiungimento dell'obiettivo di copertura;
- migliorare la sorveglianza delle complicanze dell'influenza anche in età pediatrica;
- mettere a punto sistemi di offerta di vaccinazione in caso di pandemia.

Si richiama l'attenzione delle SS.LL. circa la necessità di avviare per tempo le procedure necessarie per una tempestiva attuazione della profilassi antinfluenzale, comprese quelle relative all'acquisto di congrui quantitativi di vaccino, e si raccomanda di verificare l'andamento delle operazioni vaccinali adoperandosi, per quanto possibile e attraverso i canali ritenuti più opportuni, quali medici di famiglia e farmacisti, per ottenere dati sull'utilizzazione del vaccino antinfluenzale anche al di fuori delle strutture pubbliche. Si raccomanda inoltre un'attenta sorveglianza delle eventuali reazioni avverse a vaccinazione, per la segnalazione delle quali devono essere seguite le disposizioni fornite dal Decreto del Ministro della

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 • IPERTERMIA • 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

PZZA 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

salute del 12 dicembre 2003 (cfr. G.U. n° 36 del 13 febbraio 2004 e lettera circolare DGPREV.V/2062 del 30 gennaio 2004).

I dati statistici relativi all'andamento della vaccinazione antinfluenzale, andranno inviati a questo Ministero, **esclusivamente in forma aggregata per Regione** utilizzando lo schema riprodotto nell'Allegato 6, in via provvisoria il 15 gennaio e, in via definitiva, entro il 15 aprile 2006.

Si richiama l'attenzione delle SS.LL. sull'opportunità del rispetto di tale scadenza, ai fini di un corretto monitoraggio delle attività di profilassi antinfluenzale prima dell'inizio della stagione successiva.

Le attività di monitoraggio epidemiologico e virologico sono determinanti, non solo ai fini delle decisioni relative alla composizione che dovrà avere il vaccino antinfluenzale nelle successive stagioni epide-

miche, ma anche per indirizzare le scelte in materia di programmazione sanitaria.

La sorveglianza epidemiologica viene sistematicamente attivata ogni anno in base ad un protocollo inviato a tutti gli Assessorati Regionali alla Sanità che individuano i referenti ed i medici sentinella per la sorveglianza settimanale. Le Regioni sono anche invitate a potenziare la sorveglianza virologica dell'influenza e delle altre virosi respiratorie avvalendosi dei laboratori afferenti alla rete, riportati nell'allegato 4bis.

Nell'assicurare la disponibilità dei competenti Uffici di questo Ministero per ogni eventuale chiarimento, si ringrazia per la collaborazione e si confida in un cenno di riscontro ed assicurazione.

Il Ministro Francesco Storace

Allegato 4bis

Laboratori di 1° livello della rete per la sorveglianza virologica dell'influenza

1. Istituto di Virologia, Università di Milano, CIRI-IV (Dott. F. Pregliasco)
2. Dipartimento di Scienze di Medicina Pubblica, Università di Trieste, CIRI-IV (Prof. C. Campello)
3. Dipartimento di Istologia, Microbiologia e Biotecnologie Mediche, Università di Padova (Prof. G. Palù)
4. Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica, Università di Siena (Prof. E. Montomoli)
5. Dipartimento di Igiene e Microbiologia, Sezione Igiene, Università di Palermo, CIRI-IV (Prof. F. Vitale)
6. Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biologiche ed Ambientali, Università di Lecce, CIRI-IV (Prof. G. Gabutti)
7. ASL Centro Sud, Lab. di Microbiologia e Virologia, Bolzano (Dott.ssa P. Rossi)
8. Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Parma (Prof.ssa M. L. Tanzi)
9. Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica, Lab. di Virologia, Università di Firenze (Prof.ssa A. Azzi)
10. Dipartimento Igiene e Sanità Pubblica, Università di Perugia (Prof.ssa A. M. Iorio)
11. Istituto di Microbiologia, Università Cattolica "S. Cuore", Roma (Prof.ssa A. Rossi)
12. Dipartimento di Scienze Mediche Preventiva, Università di Napoli (Dott.ssa G. Ribera)
13. Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Sassari (Prof.ssa A. Dolei)

Laboratori di 2° livello della rete per la sorveglianza virologica dell'influenza

- Centro Nazionale per l'Influenza, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità (Dott.ssa I. Donatelli)
- CIRI-IV, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Genova (Prof. P. Crovari)

Allegato 6

Vaccinazione antinfluenzale - Campagna 2005-2006

REGIONE/P.A.: _____

n. di Aziende USL della Regione/P.A.: _____

n. di Aziende USL cui si riferiscono i dati: _____

Categoria	Totale
soggetti di età pari o superiore a 65 anni	

Categorie	Classi d'età				
	0-4 anni	5-14 anni	15-24 anni	25-64 anni	TOTALE
Soggetti di età superiore a 6 mesi e inferiore a 65 anni con condizioni morbose predisponenti alle complicanze					
Bambini e adolescenti in trattamento cronico con ASA e a rischio di sindrome di Reye in caso di influenza					
Bambini pretermine e di basso peso alla nascita (dopo il compimento del 6° mese)					
Donne che saranno nel 2° o 3° trimestre di gravidanza durante la stagione influenzale					
Ricoverati presso strutture di lungodegenza					
Medici e personale sanitario di assistenza					
Contatti familiari di soggetti ad alto rischio					
Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo					
Personale che per motivi occupazionali è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzati					
Categoria non nota					
Totale					

Da inviare a: Ministro della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio V Malattie infettive e profilassi internazionale - Via della Civiltà Romana, 7 - 00144 Roma

Fax 06 5994 3096 - e-mail: dpv.oemi@sanit.it, oppure malinf@sanita.it

N.B.: I dati debbono essere inviati esclusivamente in forma aggregata, su base regionale e non di singola Azienda USL, in via provvisoria entro il 15 gennaio e, in via definitiva, entro il 15 aprile 2006.

TAR PUGLIA

Sentenza n.2785/03

REPUBBLICA ITALIANA IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale per la Puglia
Sede di Bari - Sezione I ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul ricorso n. 145 del 1999 proposto da xy, tutti rappresentati e difesi dall'avv. Pierluigi Balducci e presso lo studio di questi elettivamente domiciliati in Bari alla via Nicolai n. 43, per mandato a margine del ricorso

CONTRO

l'AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE BARI/4, in persona del Direttore generale pro-tempore, rappresentata e difesa dall'avv. Vito Aurelio Pappalepore e presso lo studio di questi elettivamente domiciliati in Bari alla piazza Giuseppe Garibaldi n. 23, per mandato a margine dell'atto di costituzione in giudizio;

e nei confronti di xy, xy e xy, controinteressati intimati, rappresentati e difesi dagli avv.ti Michele Langiulli e Vito Spano e presso lo studio di questi elettivamente domiciliati in Bari alla via Quintino Sella n. 36 (studio avv. Quintino Basso) per mandato a margine del controricorso;

per l'annullamento

– della deliberazione del Direttore generale dell'A.U.S.L. BA/4 n. 2868 del 30 novembre 1998 recante annullamento in via di autotutela della delibe-

razione n. 2273 del 12 ottobre 1998 di approvazione della graduatoria per il conferimento di incarichi di medico titolare del servizio di continuità assistenziale per la copertura di ore carenti nella zona San Paolo - Stanic di Bari; - dei provvedimenti, ove sussistenti, di conferimento degli incarichi in oggetto ai controinteressati intimati; – di ogni altro atto preordinato, connesso e conseguente

Visto il ricorso con i relativi allegati; Visti gli atti di costituzione in giudizio dell'A.U.S.L. BA/4 e dei controinteressati intimati; Viste le memorie prodotte dalle parti a sostegno delle rispettive difese; Visti gli atti tutti della causa; Relatore, alla pubblica udienza del 2 aprile 2003, il dott. Leonardo Spagnoletti e uditi l'avv. Pierluigi Balducci per i ricorrenti, l'avv. Vito Aurelio Pappalepore per l'A.U.S.L. BA/4 e l'avv. Michele Langiulli, anche in sostituzione dell'avv. Vito Spano, per i controinteressati intimati ; Ritenuto in fatto e considerato in diritto quanto segue.

FATTO

Con ricorso collettivo notificato il 7-11 gennaio 1999 e depositato in Segreteria il 16 gennaio 1999, xy, xy e xy hanno impugnato il provvedimento in epigrafe meglio indicato.

Giova premettere che: - a richiesta dell'A.U.S.L. BA/4 di cui alla nota n. 243/GM del 19 maggio 1998, l'Assessore alla Sanità della Regione Puglia ha pubblicato bando di assegnazione di n. 192 ore carenti di continuità assistenziale (già guardia medica) nella zona San Paolo - Stanic di Bari (B.U.R.P. n. 56 del 18 giugno 1998), da attribuire a domanda ai "...medici inclusi nella graduatoria di medicina generale definitiva valevole per l'anno 1997 approvata dalla G.R. con deliberazione n. 19 del 27-01-1998... in conformità alla normativa di cui all'Ac-

cordo Collettivo per la regolamentazione dei rapporti con i medici addetti al Servizio di Continuità Assistenziale, reso esecutivo con DPR n. 484 del 22-07-1996”; - con deliberazione del Direttore generale dell’A.U.S.L. BA/4 n. 2273 del 12 ottobre 1998 venivano approvate distinte graduatorie delle domande presentate, in funzione del disposto dell’art. 49 comma 2 del d.P.R. n. 484 del 1996, relative rispettivamente ai “trasferimenti” e ai medici “già titolari di guardia medica” e iscritti nella graduatoria regionale definitiva valevole per l’anno 1997 (nella quale erano inseriti, rispettivamente i ricorrenti al quinto, sesto e settimo posto, aventi aspettativa, per tal modo, al conferimento di uno degli otto incarichi di continuità assistenziale per ore da conferire in base al numero pubblicate (ore 192 : ore 24 = 8); - senonché, con successiva deliberazione n. 2868 del 30 novembre 1998, il Direttore generale dell’A.U.S.L. BA/4 annullava la deliberazione n. 2273 del 12 ottobre 1998, in dichiarata autotutela, sul rilievo che in base ad accordo regionale con i sindacati di categoria maggiormente rappresentativi, stipulato ai sensi dell’art. 3 comma 6 del d.P.R. n. 484 del 1996, pubblicato sul B.U.R.P. n. 46 del 15 maggio 1998, le zone carenti di assistenza primaria e continuità assistenziale erano state suddivise in due quote, rispettivamente per il 40% riservate ai medici in possesso dell’attestato biennale di formazione specifica in medicina generale e per il 60% ai medici in possesso di titolo equipollente; e per l’effetto ha determinato di assegnare gli otto incarichi disponibili in numero di 2 ai medici “trasferendi”, in numero di 4 ai medici destinatari della riserva del 60% e in numero di 2 ai medici destinatari della riserva del 40%. Avverso il provvedimento impugnato, i ricorrenti hanno dedotto le seguenti censure:

1) Violazione dell’accordo regionale pubblicato sul B.U.R.P. n. 46 del 15 maggio 1998 (punto 1.1.1 - art. 3 punto 6). Eccesso di potere per travisamento dei presupposti. Violazione di legge (art. 1 legge 8 ottobre 1997, n. 347). Il bando di pubblicazione delle ore carenti (e quindi degli incarichi di continuità assistenziale) ha espressamente individuato i medici legittimati a concorrere all’assegnazione in quelli inclusi nella graduatoria di medicina generale valevole per il 1997.

L’accordo regionale di cui alla rubrica (ed erroneamente interpretato nella deliberazione gravata) ha riferito l’applicazione della riserva dei posti nelle due aliquote alla “graduatoria definitiva dell’anno 1998”.

Ne consegue che la riserva non può valere per la graduatoria relativa all’anno 1997, da cui vanno attinti gli aspiranti al conferimento delle ore carenti de quo. Né d’altro canto potrebbe tenersi conto dei medici in possesso dell’attestato biennale di formazione specifica in medicina generale perché il relativo corso è terminato il 31 gennaio 1997, e non entro il 31 dicembre 1996, e quindi il titolo non era valutabile, né è stato considerato ai fini della formazione della graduatoria definitiva relativa all’anno 1997, significativamente approvata ai sensi degli artt. 2 e 3 del d.P.R. n. 314 del 1990 e non degli artt. 2 e 3 del d.P.R. n. 484 del 1996. D’altro canto la legge n. 347 del 1998 proprio per le regioni nelle quali, come la Puglia, il primo corso di formazione specifica in medicina generale si è concluso dopo il 31 dicembre 1996, dispone che dell’attestato si tenga conto “limitatamente” alle graduatorie uniche regionali valide per gli anni 1998 e 1999.

2) Eccesso di potere per illogicità e contraddittorietà. Violazione del bando proprio perché il bando di pubblicazione delle ore carenti conteneva esplicito riferimento alla graduatoria valevole per il 1997, nella quale non era stato conside-

rato l'attestato biennale di formazione specifica, soltanto tre medici (i controinteressati intimati) hanno presentato domanda per l'assegnazione degli incarichi di continuità assistenziale, evidentemente essendosi altri medici, pur in possesso dell'attestato, astenuti dalla domanda proprio nella consapevolezza dell'impossibilità di far valere tale titolo e la connessa quota di riserva. 3) Eccesso di potere per disparità di trattamento e difetto d'istruttoria.

L'omessa menzione nel bando della quota di riserva crea disparità di trattamento tra i controinteressati intimati e quanti, pur in possesso dell'attestato, si sono astenuti dal presentare la domanda. Nel giudizio si sono costituiti l'A.U.S.L. BA/4 e i controinteressati intimati. La prima, con memorie difensive depositate il 2 febbraio 1999, il 28 marzo 2000 ed il 19 marzo 2000, ha dedotto l'infondatezza del ricorso in base ai rilievi di seguito sintetizzati: a) l'accordo regionale invocato dai ricorrenti fa riferimento alla graduatoria definitiva dell'anno 1998, dovendosi però con tale espressione intendere non già quella "valevole per l'anno 1998" sebbene quella da utilizzare nell'anno 1998 (ovvero quella definitiva per il 1997, stante il cronico ritardo della Regione Puglia nell'approvazione delle graduatorie annuali per la medicina generale e la continuità assistenziale); ciò sarebbe confermato dalla circostanza che l'accordo è stato raggiunto nelle sedute del 19 e 22 gennaio 1998 e approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 1245 del 29 aprile 1998; b) i posti (recte: le ore) carenti di continuità assistenziale sono stati individuati con atto n. 243/GM del 19 maggio 1998 e pubblicati il 18 giugno 1998, onde avrebbero dovuto essere coperti con la graduatoria valevole per l'anno 1998, ove questa fosse stata tempestivamente approvata; dovendosi tuttavia utilizzare la graduatoria valevole per il 1997 (unica a

quella data approvata) è del tutto logico e legittimo che siano state applicate le disposizioni del vigente d.P.R. n. 484 del 1996 sulle quote di riserva, dovendosi alternativamente disapplicare l'accordo regionale perché in contrasto con la direttiva 93/16/Cee del 5 aprile 1993 che a decorrere dal 1° gennaio 1995 obbliga gli Stati membri a subordinare l'esercizio dell'attività di medico di medicina generale al possesso dell'attestato di formazione specifica; c) inammissibili per carenza d'interesse sono le censure di cui al secondo e terzo motivo, poiché i ricorrenti non versano in posizione soggettiva analoga a quella dei medici asseritamente discriminati (ovvero gli altri medici in possesso dell'attestato di formazione specifica che non hanno presentato domanda di assegnazione delle ore carenti pubblicate).

A loro volta i controinteressati, con la memoria di costituzione e con memoria difensiva depositata il 28 marzo 2000, hanno sviluppato consimili rilievi in ordine all'infondatezza del ricorso e all'invalidità parziale delle censure in esso dedotte. Con memoria difensiva depositata il 22 marzo 2003, i ricorrenti hanno ribadito e ulteriormente illustrato le censure svolte in ricorso, ponendo in luce come con deliberazione di Giunta regionale n. 1670 del 7 dicembre 1999 sarebbe stato approvato ulteriore accordo confermativo che per la copertura delle ore carenti pubblicate nel 1998 deve essere utilizzata la graduatoria definitiva valevole per l'anno 1997 ed applicate le disposizioni del d.P.R. n. 41 del 1991 e non già del d.P.R. n. 484 del 1996. Con ordinanze n. 93 del 3 febbraio 1999 e n. 529 del 29 marzo 2000 sono state respinte l'istanza incidentale e l'istanza autonoma di sospensiva del provvedimento impugnato (la seconda proposta con atto notificato l'8 marzo 2000 e depositato in Segreteria l'11 marzo 2000 allegando quale "fatto so-

pravvenuto” la deliberazione di Giunta regionale n. 1670 del 7 dicembre 1999). All’udienza pubblica del 2 aprile 2003, infine, il ricorso è stato discusso e riservato per la decisione.

DIRITTO

1.) Il ricorso in epigrafe è fondato e deve essere accolto.

1.1) In linea generale, non può dubitarsi che la corretta e tempestiva applicazione delle disposizioni del d.P.R. 22 luglio 1996, n. 484, recante l’“Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell’art. 4, comma 9, della legge n. 412 del 1991 e dell’art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517 del 1993, sottoscritto il 25 gennaio 1996 e modificato in data 6 giugno 1996” (pubblicato sulla G.U. n. 220 s.o. del 19 settembre 1996), e delle scansioni procedurali ivi previste per l’approvazione delle graduatorie provvisorie e definitive regionali dei medici aspiranti ad incarichi di medicina generale e continuità assistenziale, avrebbe dovuto condurre, nel caso di specie, all’utilizzazione della graduatoria valida per l’anno 1998, ovvero dell’anno in cui sono state dichiarate e pubblicate (con la nota assessoriale pubblicata nel B.U.R.P. n. 56 del 18 giugno 1998) le vacanze delle ore di continuità assistenziali conseguenti all’istituzione di un posto di guardia medica nel quartiere San Paolo-Stanic (autorizzato con deliberazione di Giunta regionale n. 1210 del 29 aprile 1998). Infatti, come già chiarito da questo Tribunale (Sez. II) con la sentenza 17 giugno 2000 n. 2596: “dal coordinamento esecutivo tra gli artt. 2 commi 1, 4, 8, 9 e 10, 20 commi 1 e 2 e 49 commi 1 e 2, (del d.P.R. n. 484 del 1996)” si evince che gli incarichi di continuità assistenziale (già di guardia medica), al pari degli incarichi di assistenza primaria, devono essere conferiti utilizzando la

graduatoria unica valida per l’anno in corso, ovvero per l’anno nel quale è pubblicata la zona carente.

D’altro canto, il “principio” della validità annuale delle graduatorie si desume dalle disposizioni, omologhe quando non letteralmente sovrapponibili, contenute nei precedenti accordi collettivi per la regolamentazione dei rapporti coi medici di medicina generale.

In tal senso deve rammentarsi che già l’art. 2 commi 1, 8, 9 e 10 e l’art. 6 commi 1 e 3 del D.P.R. 8 giugno 1987 n. 289 recavano analoghe previsioni sulla predisposizione “annuale” delle graduatorie, sulla loro validità “per l’anno solare successivo”, sulla utilizzazione della graduatoria “valida per l’anno in corso”. E negli stessi sensi disponevano l’art. 2 commi 1, 8, 9 e 10 e l’art. 6 commi 1 e 3 del D.P.R. 29 settembre 1990 n. 314. All’art. 2 del D.P.R. da ultimo citato, con chiaro rinvio recettizio, si riferiva, d’altro canto, l’art. 4 comma 2 lett. b) dello stesso D.P.R. 25 gennaio 1991 n. 41 (recante il recepimento del previgente accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici addetti al servizio di guardia medica ed emergenza territoriale).

Ulteriore conferma in ordine alla inutilizzabilità, anche ai fini del conferimento degli incarichi di continuità assistenziale, di graduatorie regionali relative ad anni precedenti quello di pubblicazione delle zone carenti, è rappresentata dalla norma transitoria n. 2 del D.P.R. n. 484 del 1996, che espressamente ha previsto e consentito solo “...nell’anno 1996 l’assegnazione degli incarichi previsti dal presente accordo... sulla base della graduatoria regionale vigente e sulla base dei criteri di cui agli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell’art. 48 della L. 23 dicembre 1978 n. 833” (nella specie del D.P.R. n. 41 del 1991). 1.2) Sennonché, nel caso di specie, e secondo censurabile e inveterata prassi della Regione Puglia, è accaduto

che la graduatoria definitiva valida per l'anno 1998 non fosse stata ancora approvata al momento della pubblicazione della vacanza delle ore di continuità assistenziale afferenti il nuovo posto di guardia medica del San Paolo-Stanic, essendo stata invece da poco approvata la graduatoria definitiva per l'anno 1997 con deliberazione di Giunta regionale n. 19 del 27 gennaio 1998, nella quale non si era potuto tener conto degli attestati di formazione specifica in medicina generale poiché i titoli da considerare per la detta graduatoria erano stati conseguiti dopo la data di riferimento (31 dicembre 1996), in esito alla conclusione del primo corso biennale di formazione specifica in medicina generale.

Sicché con la nota assessorile, recante la pubblicazione delle ore carenti di continuità assistenziale, si è fatto riferimento all'unica graduatoria definitiva approvata ed utilizzabile (quella valevole per il 1997 e formata senza tener conto dei suddetti titoli), senza peraltro che gli interessati (ovvero i medici in possesso dell'attestato biennale, fra cui gli odierni controinteressati) si siano gravati, al limite anche in via incidentale, avverso tale determinazione regionale (e a differenza di quanto accaduto nella fattispecie decisa con la citata sentenza n. 2596 del 2000, relativa alla copertura delle ore di continuità assistenziale dichiarate e pubblicate nel 1997). 1.3) Ciò posto, e dovendosi tener conto della graduatoria valevole per il 1997 per la copertura di ore di continuità assistenziale dichiarate e pubblicate nel 1998, è del tutto evidente che già in base alle disposizioni del d.P.R. n. 484 del 1996 non poteva tenersi conto che dell'ordine degli aspiranti per come riportato in quella graduatoria (e quindi non anche dell'attestato biennale di formazione specifica in medicina generale).

Infatti, la norma transitoria dell'art. 49

del d.P.R. n. 484 del 1996, nell'attesa del perfezionamento degli accordi regionali di cui all'art. 48 comma 3 (che prevede che gli incarichi siano svolti, alternativamente, "a) da gruppi di medici, anche organizzati in forme associative, convenzionati per la medicina generale per gli assistiti che hanno effettuato la scelta in loro favore, in zone territoriali definite; b) da un singolo convenzionato per la medicina generale residente nella zona anche in forma di disponibilità domiciliare; c) da medici convenzionati sulla base della disciplina..." e dopo aver stabilito la concomitante pubblicazione delle zone carenti di assistenza primaria e delle ore carenti di continuità assistenziale, stabilisce che gli incarichi siano conferiti: "a) ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato in Aziende della stessa Regione, che abbiano svolto in tale posizione almeno un anno di servizio effettivo e ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato in altra Regione a condizione che abbiano svolto in ambito extra regionale almeno 3 anni di servizio effettivo e che per tale periodo abbiano mantenuto la residenza e l'iscrizione all'albo professionale della provincia nella Regione in cui concorrono. I periodi di servizio effettivo devono essere stati maturati alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda di cui al comma seguente; b) ai medici inclusi nella graduatoria regionale per la medicina generale, ai quali si applicano le norme di cui all'art. 20, comma 6". In sostanza, la disposizione rinvia a quella concernente l'affidamento degli incarichi di assistenza primaria, riproducendo il "doppio canale" ivi previsto (trasferimenti, in via prioritaria; assegnazioni ai medici inclusi nella graduatoria regionale, in via sussidiaria). Orbene, l'art. 20 comma 6 prevede che i medici inclusi nella graduatoria regionale per l'anno in corso, ai fini del conferimento degli incarichi,

“sono graduati nell’ordine risultante dai seguenti criteri: a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all’art. 2; b) attribuzione di punti 5 a coloro che nella località carente per la quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale; c) attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell’ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale”.

Ed a tale criterio si era, in effetti, pedissequamente attenuto il Direttore generale nella deliberazione n. 2273 del 12 ottobre 1998, nella quale, in effetti i ricorrenti ed i controinteressati sono stati graduati secondo il punteggio da essi riportato nella graduatoria valevole per il 1997 (da utilizzare per la copertura delle ore carenti di continuità assistenziale secondo l’inoppugnata nota assessorile di pubblicazione della vacanza) con formazione, ai fini dell’assegnazione dell’incarico convenzionale, di graduatoria unica, nella quale essi sono graduati. Sicché non soltanto la deliberazione n. 2273 del 12 ottobre 1998 non era inficiata da alcuna illegittimità, ma, piuttosto, essa aveva fatto retta applicazione del combinato disposto degli artt. 20 comma 6 e 49 comma 2 del d.P.R. n. 484 del 1996, laddove il riconoscimento del titolo posseduto dai controinteressati attestante la formazione biennale specifica in medicina generale poteva ricollegarsi soltanto all’utilizzazione della graduatoria valida per il 1998, all’epoca non ancora approvata, e comunque esclusa dall’inoppugnata nota assessorile di pubblicazione delle ore carenti di continuità assistenziale. 1.4) A tale peculiare situazione regionale, connessa al segnalato e riprovevole cronico ritardo

nella tempestiva approvazione delle graduatorie generali uniche valide per l’assistenza primaria e la continuità assistenziale, deve quindi ricondursi, ciò che ne esplicita il senso al di là di ogni suggestiva prospettazione del difensore dell’A.U.S.L. BA/4 e dei difensori dei controinteressati intimati, l’accordo regionale invocato dai ricorrenti che al punto 1.1.1) relativo all’art. 3 punto 6 del d.P.R. n. 484 del 1996 non per caso riferisce l’applicazione del meccanismo di “riserva” del 40% dei posti ai medici in possesso dell’attestato di formazione biennale di medicina generale e del 60% ai medici in possesso di titolo equipollente alla “graduatoria definitiva dell’anno 1998”, ovvero alla prima graduatoria nella quale il titolo formativo (conseguito dopo il 31 dicembre 1996, e quindi non utilizzabile per la graduatoria valida per il 1997) avrebbe dovuto essere considerato (con l’attribuzione del punteggio aggiuntivo cui esso dà luogo).

Nella stessa chiave deve intendersi il verbale di accordo n. 20 del 29 luglio 1999, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1670 del 1999 (essa pure inoppugnata dai controinteressati), che su proposta del rappresentante della FIMMG ha stabilito che le ore carenti di continuità assistenziale del 1997 (ma ovviamente dichiarate e pubblicate nel 1998) fossero coperte in conformità del d.P.R. n. 41 del 1991 e non già del d.P.R. n. 484 del 1996, e quindi con implicita esclusione del meccanismo di riserva previsto dall’accordo da ultimo citato, la cui applicabilità è stata invece riferita alle ore carenti dell’anno 1998 (dichiarate e pubblicate nel 1999). 1.5) Né può seriamente contestarsi – come pure ipotizzato dai difensori delle parti intimiate – l’efficacia dispositiva del suddetto accordo, siccome approvato dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 1670 del 1999 e non modificato dal successivo verbale n. 21 del 13

dicembre 1999, posto che a cospetto di sopravvenute perplessità manifestate proprio dal rappresentante della FIMMG, e delle opposte opinioni palestinate dagli altri esponenti delle organizzazioni sindacali, “la parte pubblica preso atto della diversità di posizioni emerse nella odierna seduta ritiene impossibile alcun riesame di quanto deciso unanimemente in data 29.07.99 e già oggetto di delibera di Giunta Regionale n. 1670 del 07.12.1999, per cui a tutti gli effetti viene ribadita e riconfermata la validità delle decisioni assunte nel verbale del 29.07.1999”. 1.6) Né può obliterarsi che effettivamente, secondo quanto invocato dai ricorrenti, la disposizione dell’art. 1 della legge 8 ottobre 1998, n. 347, per le regioni nelle quali il primo corso biennale di formazione specifica in medicina generale si è concluso dopo il 31 dicembre 1996, ha riconosciuto il punteggio corrispondente al possesso dell’attestato, a determinate condizioni, ma “limitatamente alle graduatorie uniche regionali valide per gli anni 1998 e 1999”, ciò che è ovvio perché nella graduatoria valida per l’anno 1997 di tale attestato, siccome conseguito dopo il 31 dicembre 1996, non poteva né si era tenuto conto. 1.7) Non può poi sostenersi, per ovviare al difetto di impugnativa da parte degli interessati (e in definitiva della stessa A.U.S.L. BA/4) della nota assessorile relativa alla pubblicazione delle ore carenti di continuità assistenziale de quo e dell’accordo regionale invocato dai ricorrenti (e relativa deliberazione giuntale di approvazione), che tali atti debbano essere “disapplicati” in ossequio all’art. 36 della direttiva 93/16/CEE del 5 aprile 1993. Per un verso è affatto dubbio che tale disposizione, che impegna gli Stati membri a subordinare l’esercizio dell’attività di medico generico al possesso di diploma, certificato o altro titolo di formazione specifica in medicina generale a decorrere dal 1°

gennaio 1995, sia *self executing* e non possa dar luogo, piuttosto ed invece, a procedura d’infrazione nei confronti della Repubblica Italiana. Sotto altro aspetto, il terzo comma dell’art. 36 fa comunque salvo il diritto all’esercizio dell’attività di medico generico per tutti i medici “...che godono di tale diritto al 31 dicembre 1994...”, e non è dimostrato che nel caso di specie non ricorrano, per i ricorrenti, le condizioni della deroga. 1.8) Del tutto fuor di luogo è poi il richiamo dei difensori delle parti intime, e segnatamente dell’U.S.L. BA/4, all’evocata questione di legittimità comunitaria come sollevata da questo Tribunale con ordinanza 14 novembre 2001 n. 4871, che riguarda fattispecie ben diversa relativa “...all’attribuzione ai medici in possesso dell’attestato di formazione professionale dei 12 punti per esso previsti anche nel caso di cui concorrono alla quota del 50% dei posti riservata ai medici in possesso di titolo equipollente”. 2.) Alla stregua delle considerazioni che precedono, risultano dunque fondate ed assorbenti le censure svolte nel primo motivo di ricorso, onde la deliberazione gravata deve essere annullata, con reviviscenza di quella precedente, e salvi i provvedimenti ulteriori dell’amministrazione. 3.) La peculiarità e novità delle questioni affrontate giustifica, infine, l’integrale compensazione tra le parti delle spese ed onorari del giudizio.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per la Puglia Sede di Bari - Sezione I, così provvede sul ricorso in epigrafe n. 145 del 1999:

1) accoglie il ricorso e, per l’effetto, annulla la deliberazione del Direttore generale dell’A.U.S.L. BA/4 n. 2868 del 30 novembre 1998, con conseguente reviviscenza della deliberazione del Direttore generale dell’A.U.S.L. BA/4 n.

2273 del 12 ottobre 1998, salvi i provvedimenti ulteriori dell'amministrazione; 2) dichiara compensate per intero tra le parti le spese ed onorari del giudizio. Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'Autorità Amministrativa.

Così deciso in Bari nella Camera di Consiglio del 2 aprile 2003, con l'intervento dei magistrati: Gennaro FERRARI Presidente Leonardo SPAGNOLETTI Componente est. Stefano FANTINI Componente



Per gentile concessione Aboca Museum

Autorizzazioni, accreditamenti, convenzioni in odontoiatria: un'opportunità per i cittadini e per la professione?

Sabato 15 Ottobre 2005 ore 8,30-18,00

Sede: Sala della Cappella Farnese di
Palazzo d'Accursio - Bologna

PROGRAMMA

Ore 8,30 - Registrazione dei partecipanti

Ore 9,00 - Saluto ai partecipanti dell'Assessore alla Sanità del Comune di Bologna Dott. Giuseppe Paruolo

Saluto ai partecipanti del Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna Dott.ssa Nicoletta Longo

Ore 9,10 - Introduzione:

Dott. Alessandro Nobili - *Presidente Commissione Albo Odontoiatri Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna*

Ore 9,30 - Convenzioni: l'esperienza delle Mutue Sanitarie Integrative

Dott. Massimo Piermattei - *Direttore CAMPA Bologna*

Ore 10,00 - Convenzioni: la situazione

oltre oceano: l'esperienza negli U.S.A.

Dott. Tiziano Caprara - *Odontoiatra*

Ore 10,30 - Convenzioni: l'esperienza delle Assicurazioni

Dott. Marcello Grandi - *UNISALUTE Bologna*

Ore 11,00 - Convenzioni: la situazione in Europa

Dott. Enrico Filippi - *Odontoiatra, membro Dental Liason Comitee (U.E.)*

Ore 11,30 - Convenzioni: aspetti deontologici

Dott. Marco Landi - *Odontoiatra, Membro CAO Nazionale (FNOMCeO)*

Ore 12,00 - Tavola rotonda e discussione

Ore 14,00 - Convenzioni: aspetti giuridici
Avv. Anna Maria Stoia - *Consulente Legale Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna*

Ore 14,30 - Convenzioni e accreditamenti: la posizione dei collaboratori

Dott. Paolo Picchioni - *Odontoiatra Bologna, Vicepresidente Nazionale S.U.S.O. (Sindacato Unitario Specialità Ortodonzia)*

Ore 15,00 - L'applicazione della delibera autorizzativa regionale

Dott. Fausto Francia - *Direttore Dipartimento Sanità Pubblica AUSL Bologna*

Ore 15,30 - Dall'autorizzazione all'accreditamento: il percorso

Dott. Pierluigi Macini - *Direttore Assessorato alla Sanità Regione Emilia-Romagna*

Ore 16,00 - Accreditementi: Politiche ed obiettivi dell'Azienda Sanitaria

Dott. Franco Riboldi - *Direttore AUSL Bologna*

Ore 17,00 - Tavola rotonda e discussione

Segreteria Organizzativa:

Segreteria Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri Bologna

Via G. Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna

Tel. 051 399745 - Fax 051 303864

segreteria@odmbologna.it

www.odmbologna.it

Corso interdisciplinare per la pratica clinica: aggiornamento in tema di cirrosi, fotoprotezione, depressione, sindrome dismetabolica

che si svolgerà presso l'Aula Magna della Società Medica Chirurgica di Bologna (Palazzo dell'Archiginnasio, p.zza Galvani n. 1) ne giorni: **15 ottobre, 22 ottobre, 5 novembre, 3 dicembre 2005**, secondo l'allegato programma.

Per tale Corso è stato richiesto al Ministero della Salute un accreditamento ECM pari a 16 ore.

La Quota di iscrizione è di € 80,00 (per i soci della Società € 60,00).

Numero massimo di iscritti: 40.

Corso di perfezionamento in ossigeno ozonoterapia

Inizio del Corso: Novembre 2005

Per informazioni: contattare la Dott.ssa Borrelli cell. 348 8732739 oppure borrelli@biolab.med.unisi.it



Per gentile concessione Aboca Museum

Appropriatezza dell'Imaging diagnostico nel follow-up dei tumori del retto-colon operati

Venerdì 4 novembre 2005

Aula Magna - Padiglione Tinozzi
Ospedale Bellaria - Bologna

Finalità dell'iniziativa:

- ottimizzare il rapporto tra prescrivente e radiologo per concordare, mediante la definizione di linee-guida locali condivise, il corretto uso delle risorse allo scopo di condividere la responsabilità assistenziale;
- migliorare l'appropriatezza nella scelta delle metodiche di Diagnostica per Immagini nel follow-up dei tumori colici operati o dopo il primo trattamento radio-chemioterapico;
- effettuare una ricognizione sulla affidabilità delle differenti metodiche di Imaging utilizzabili;
- formulare un percorso assistenziale con particolare riferimento alla definizione della gerarchia diagnostica e della corretta sequenza temporale delle metodiche di Imaging;
- aggiornare le conoscenze sugli aspetti scientifici ed organizzativi della sperimentazione dei farmaci antitumorali, con particolare riguardo alla tipologia e frequenza dei controlli della loro efficacia;
- ridurre la quota di esami ridondanti,

- superflui e ininfluenti per il controllo della malattia;
- contrastare il consumismo diagnostico;
- ridurre l'ansia dei pazienti
- contribuire ad abbattere le liste di attesa
- ottenere dei risparmi economici in una logica di applicazione del governo clinico.

PROGRAMMA

Ore 8.30 - Saluto ed introduzione (F. Riboldi - P. Farruggia)

Moderatori: R. Canini - V. Eusebi

Ore 9.00 - **Vantaggi dell'uso delle linee-guida nella gestione clinica del paziente oncologico** (P. Pavlica)

Ore 9.20 - **La storia naturale dei tumori del colon-retto** (L. Crinò)

Ore 9.40 - **Valutazione degli esiti chirurgici e degli effetti della radioterapia complementare alla chirurgia: chirurgo, radioterapista e radiologo a confronto** (L. Liguori - L. Castaldini - G. Frezza)

Ore 10.20 - **Diagnostica endoscopica ed ecoendoscopica delle recidive** (N. D'Imperio)

Ore 10.40 - **Ruolo dell'Imaging e della colonscopia virtuale nella diagnostica delle recidive locali** (P. Torricelli)

Ore 11.00 - Coffee Break

Ore 11.30 - **Diagnostica delle metastasi epatiche** (E. Salizzoni)

Ore 12.00 - **L'imaging nella valutazione della risposta terapeutica in oncologia** (G. Stasi)

Ore 12.30 - Discussione

Lunch

Moderatori: G. Gavelli, A. Ziosi

Ore 14.30 - **Ruolo della TC-PET nella diagnostica delle recidive locali e a distanza** (P. Castellucci)

Ore 15.15 - **TAVOLA ROTONDA: Strategie diagnostiche a confronto e proposta di Linee-guida locali per il follow-up dei pazienti**

Coordinatore: L. Crinò

Follow-up endoscopico: N. D'Imperio

Follow-up mediante Imaging: E. Gallo - G. Benea

Ruolo del medico del medicina generale:

F. Biavati

Ore 16.40 - Conclusioni (G. Bragonzi, N. Longo)

Ore 17.00 - Commemorazione di Giuseppe Viglietta (R. Tonti - M. Gianfelice)

Comitato Scientifico:

Dr. F. Riboldi

Direttore generale Ausl di Bologna

Dr. G. Bragonzi

Direttore sanitario Ausl di Bologna

Dr. G. Baldi

Direttore sanitario del Presidio Ospedaliero Ausl di Bologna

Dr.ssa N. Longo

Presidente Ordine dei Medici di Bologna

Dr. G. Stasi

Direttore UO Radiologia Ospedale Bellaria - Bologna

giovanni.stasi@ausl.bo.it

Partecipazione al Convegno

Si precisa che i posti disponibili sono 130 e saranno assegnati in base ad un criterio cronologico di arrivo della richiesta di partecipazione.

La quota d'iscrizione è di € 50,00 (iva compresa) e comprende:

- partecipazione ai lavori scientifici
- Kit congressuale
- attestato di partecipazione
- cd-rom contenente i testi delle relazioni
- colazione di lavoro
- coffee break

il pagamento, da inviarsi unitamente alla scheda d'iscrizione entro il 20 ottobre 2005 alla segreteria organizzativa, va eseguito secondo le modalità indicate nella scheda.

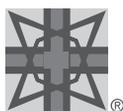
Accreditamento ECM

È stata inoltrata al Ministero della Salute la richiesta di crediti formativi. Il numero esatto sarà reso noto non appena assegnato.

Il rilascio della certificazione dei crediti ai partecipanti è subordinato alla partecipazione effettiva dell'apprendimento e alla corrispondenza tra la professione del partecipante e la professione cui l'evento è destinato.

Segreteria congressuale

La segreteria sarà aperta dalle ore 8,30 alle 18,00.



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

P.G. 38851 del 04/03/2003

Strumenti psicoanalitici in psichiatria, psicologia e neuropsichiatria infantile

Seminari 2005-2006

Sede: Centro Psicoanalitico di Bologna
Via Cesare Battisti, 24

12 Novembre 2005

Dinamiche familiari, evoluzioni psicopatologiche, assetti riabilitativi

Ore 9.45 - Accoglienza partecipanti

Ore 10.00 - Apertura dei lavori

Dott. Stefano Bolognini - *Presidente del Centro Psicoanalitico di Bologna*

Ore 10.15 - Riflessioni di un analista supervisore di comunità terapeutiche

Dott. Carmelo Conforto (Genova) - *Psichiatra, Psicoanalista SPI*

Ore 11.00 - Pausa caffè

Ore 11.30 - **Commento della Dott.ssa**

Laura Bigi (Modena) - *Psichiatra ASL Modena* - **Dott. Michele Filippi** (Bologna) - *Psichiatra ASL Bologna*

Ore 12.00 - Discussione

Ore 14.30 - Genitori e figli in adolescenza. Ha ancora senso parlarne?

Dott. Roberto Goisis (Milano) - *Psichiatra, Psicoanalista SPI*

Ore 15.15 - **Commento del Dott. Cosimo Ricciutello** (Bologna) - *Neuropsichiatra infantile ASL Bologna* - **Dott.ssa**

Adele Tellarini (Bologna) - *Neuropsichiatra infantile ASL Bologna*

Ore 15.55 - Discussione

Ore 17.00 - Conclusioni

Dott.ssa Irene Ruggiero - *Segretario Scientifico del centro Psicoanalitico di Bologna*

SEMINARI

Le cicatrici dell'anima

Sabato 14 gennaio 2006

Da pazienti "per forza" o "per caso" a genitori per amore e per scelta: una sfida

Dott. Marco Mastella (Ferrara)

Neuropsichiatra infantile, Psicoanalista SPI
Commento di

Dott. Luca Malaguti (Bologna)

Psichiatra ASL Bologna

Sabato 25 gennaio 2006

Il fondo instabile dell'esperienza: riflessioni su trauma e condizione borderline

Dott. Francesco Barale (Milano)

Psichiatra, Psicoanalista SPI

Commento di

Dott. Giovanni Scolari (Ferrara)

Psichiatra ASL Ferrara

Sabato 6 maggio 2006

Dalla psicosi bianca alla psicosi scompensata: il ruolo del trauma

Dott. Antonello Correale (Roma)

Psichiatra, Psicoanalista SPI

Commento di

Dott. Stelio Stella (Bologna)

Psichiatra ASL Bologna

Sabato 10 giugno 2006

Il trauma dell'adolescenza e i traumi nell'adolescenza

Dott. Giuseppe Pellizzari (Milano)

Psicologo, Psicoanalista SPI

Commento di

Dott.ssa Maria Grazia Beltrami (Bologna)

Psichiatra ASL Bologna

SEMINARI

Sessualità e trauma

Sabato 17 dicembre 2005

Cure materne abusanti e perversione

Dott.ssa Maria Chiara Risoldi (Bologna)

Psicologa, Psicoanalista SPI

Commento di

Dott.ssa Anna Valentini (Modena)
Psicologa ASL Carpi

Sabato 11 febbraio 2006

L'abuso psicologico come invasione e colonizzazione della mente

Dott.ssa Luisa Masina (Bologna)
Psichiatra, Psicoanalista SPI

Commento di

Dott. Giancarlo Carapezzi (Bologna)
Neuropsichiatra infantile ASL Bologna

Sabato 18 marzo 2006

Sessualità immaginata, sessualità agita e realtà virtuale

Dott. François Ladame (Ginevra)
Psichiatra, Psicoanalista SSPsa

Commento di

Dott.ssa Carlotta Gentili (Bologna)
Neuropsichiatra infantile ASL Bologna

Sabato 20 maggio 2006

Le menti violate

Dott.ssa Giovanna Goretti (Roma)
Psichiatra, Psicoanalista SPI

Commento di

Dott.ssa Giustino Melideo (Bologna)
Neuropsichiatra infantile ASL Forlì

I seminari si svolgeranno dalle ore 9.45 alle ore 12.45 presso il Centro Psicoanalitico di Bologna - Via Cesare Battisti, 24.

Informazioni Generali

Il numero di partecipanti è limitato a 100. Sono indirizzati a Medici, Psichiatri, Psicologi, Psicoterapeuti e Assistenti Sociali che operino nel campo psichiatrico. La Sede dei Seminari si trova in zona centrale ed è raggiungibile, nelle immediate vicinanze, dalla Stazione FF.SS. con gli autobus n. 25-30.

PER LA PARTECIPAZIONE ALLA GIORNATA DI STUDIO ED A CIASCUN CICLO DI SEMINARI SONO STATE FATTE DOMANDE DI ACCREDITAMENTO AL MINISTERO COMPETENTE PER MEDICI E PSICOLOGI.

La quota comprende:

- partecipazione al ciclo di seminari
- copia dei lavori
- attestato di partecipazione
- coffee break

Per l'iscrizione inviare la scheda allegata a: "IL CERCHIO"

Dott.ssa Anna Paola Vistoli
Via Masi, 5 - 40137 Bologna

Il pagamento della quota di iscrizione va effettuato con vaglia postale indirizzato alla Segreteria Organizzativa.



Per gentile concessione Aboca Museum

CORSO DI AGGIORNAMENTO
ACCREDITATO ECM

La scoliosi idiopatica. Trattamento chinesico, orteseico e chirurgico

**Sabato 19 Novembre 2005
ore 8.00-17.30**

Istituti Ortopedici Rizzoli - Via Pupilli, 1 -
40136 Bologna - Aula Campanacci

PROGRAMMA

I SESSIONE: Introduzione

08.00 - Registrazione dei Partecipanti

08.15 - Presentazione del Corso -
Prof.ssa T.W. Bilotta

08.30 - Biomeccanica del Rachide e Valutazione Strumentale della Scoliosi -
Dott. A. Zati

09.00 - Scoliosi Idiopatica: Diagnosi, Clinica, Evoluzione - *Prof.ssa T.W. Bilotta*

09.30 - Il Trattamento Chirurgico -
Dott.ssa S. Orsini

10.30 - Coffee Break

II SESSIONE: Il trattamento della Scoliosi

10.45 - Il trattamento Chinesico -
Dott.ssa A. Mignani

11.30 - Il trattamento Ortesico - *Prof.ssa T.W. Bilotta*

12.15 - Il trattamento Post-Chirurgico -
Dott.ssa S. Orsini

13.00 - Discussione

13.15 - Pausa Pranzo

III SESSIONE: Il trattamento Riabilitativo

14.00 - Il trattamento chinesico correttivo - *Ft. M. Barbieri*

15.00 - La riabilitazione prima e durante il trattamento orteseico - *Ft. D. Ferrarese*

16.00 - La riabilitazione pre e post operatoria - *Ft. A. Orlandi*

17.00 - Discussione

17.30 - Compilazione questionari di apprendimento e gradimento

17.40 - Chiusura del Corso

Destinatari

Fisiatri e Fisioterapisti.

Il corso è riservato ad un massimo di 50 partecipanti esterni.

Il corso non avrà luogo con numero di iscritti inferiore a 20.

Segreteria organizzativa

Rosanna Brugnoli, CPSE Servizio Recupero e Rieducazione Funzionale IOR -
Via Pupilli, 1 - 40136 Bologna

Tel. 051.6366354, fax 051.332392

rosanna.brugnoli@ior.it

Il Corso è inserito nel Catalogo delle Offerte Formative dell'Azienda USL Bologna 2005.



Per gentile concessione Aboca Museum

V CONGRESSO NAZIONALE

Aferesi terapeutica

Gruppo di Studio della Società Italiana di Nefrologia

Bologna 25-26 Novembre 2005

PROGRAMMA

Venerdì 25 Novembre 2005

8.30-8.45 - **Apertura dei lavori** - A. Santoro (Bologna)

8.45-9.00 - Saluto delle Autorità

9.00-9.30 - **Lettura: la sepsi dalla diagnosi alla terapia** - R. Fumagalli (Bergamo)

Moderatore: A. Santoro (Bologna)

9.30-11.30 - **Tavola rotonda**

Trattamenti plasmatici nel paziente settico: tecniche a confronto

Moderatori: C. Ronco (Vicenza), G. Martinelli (Bologna)

- **Sistemi assorbitivi**

I sorbenti: principi di base ed applicazioni cliniche - C. Ronco (Vicenza)

- **Sistema Polimixina B** - A. Perego (S. Gavino Monreale)

- **Sistema CPFA** - M. Formica (Cuneo)

- **Sistema SAFE** - G. Puma (Padova)

- **Sistema PFAD** - F. Nalesso (Vicenza)

- **HVHF-Pulse HVHF** - A. Brendolan (Vicenza)

11.30-12.30 - Discussione

POSTER LUNCH

Moderatori: A. Nardo (Catania), M. Cosu (Sassari)

15.00-16.20 - **Tavola Rotonda**

Nuove frontiere del trattamento aferetico

Moderatori: L. Moriconi (S. Miniato), G. Splendiani (Roma)

1) Leucoaferesi

- **nelle malattie autoimmuni sistemiche** - G. Ferracciolo (Roma)

- **nelle malattie infiammatorie croniche intestinali** - S. Saibeni (Milano)

2) Reoaferesi

- **nella maculopatia degenerativa** - R. Puccini, M.C. Romagnoli, C. Marconcini (Pisa)

- **nella neuropatia ottica ischemica e nelle sordità improvvisa** - A. Ramunni (Bari)

16.20-16.45 - Discussione

16.45-17.15 - Coffee Break

17.15-18.30 - Comunicazioni libere

Moderatori: S. Faenza (Bologna), D. Roccatello (Torino)

18.30-19.00 - Premiazione miglior poster e migliore comunicazione

Sabato 26 Novembre 2005

8.30-8.45 - **Lettura**

Cellule staminali e rene - G. Carmussi (Torino)

Moderatore: S. Stefoni (Bologna)

9.00-9.30 - **Registro Aferesi: commento dei dati** - S. Passalacqua (Roma), G. Busnach (Milano)

9.30-10.00 - **Miniletture: l'aferesi nelle microangiopatie**

Moderatori: S. Pasquali (Bologna), L. Di Liberato (Chieti)

- **L'aferesi nelle vasculiti** - G. Frascà (Ancona)

- **L'aferesi nella microangiopatia trombotica** - R. Conte (Bologna)

- **L'aferesi nella sindrome da anticopri antifosfolipidi** - G. De Silvestro (Padova)

10.30-11.00 - Discussione

11.00-11.30 - Coffee Break

11.30-12.00 - **Lettura**

Il quadro metabolico dell'insufficienza epatica - J. Wendon (UK)

Moderatore: A. Pinna (Bologna)

12.00-13.00 - **Tavola Rotonda**

Tecniche depurative nell'insufficienza epatica

Moderatori: E. Roda (Bologna), M. Bernardi (Bologna)

• **Fegato Bioartificiale** - G. Atzena (Ferrara)

• **Sistema Prometheus** - E. Mancini (Bologna)

• **Sistema Mars** - A. Gasbarrini (Roma)

13.00-13.45 - Discussione

13.45-13.50 - **Conclusioni**

A. Santoro (Bologna)

Programma scientifico

Il programma del Congresso si articolerà in letture, tavole rotonde, sessioni di comunicazioni libere e poster.

Comunicazioni orali e poster

Coloro che desiderano presentare comunicazioni inerenti agli argomenti del programma dovranno utilizzare il modulo allegato, che dovrà essere inviato alla Segreteria Organizzativa tramite e-mail (posta@iec-srl.it) o via fax (051.6142772) entro e non oltre il 15 settembre 2005.

Il testo dovrà essere contenuto in un unico foglio entro i limiti di spazio indicati.

L'abstract originali dovrà essere accompagnato da una copia con nome degli autori e relative istituzioni, ed una copia anonima. Il testo dovrà essere redatto solo in italiano.

Tutti gli abstract verranno pubblicati nel volume degli atti. Gli abstract accettati (come poster o comunicazioni) verranno pubblicati in extenso.

Attrezzature tecniche

Saranno a disposizione dei relatori le seguenti attrezzature tecniche: freccia laser; videoproiezione da personal computer.

Per ogni altro tipo di supporto dovrà essere fatta specifica richiesta alla Segreteria Organizzativa.

Le presentazioni elaborate in Windows Power Point dovranno essere registrate su floppy disk, CD-Rom, o memoria USB. Il File dovrà essere salvato con il nome del Primo Autore.

Diapositive e presentazioni su Floppy Disk o CD-Rom dovranno essere consegnate al Centro Diapositive due ore prima dell'inizio della Sessione e ritirate al termine della stessa.

Informazioni generali

Presidente del Convegno

Antonio Santoro - Direttore U.O. Nefrologia, Dialisi e Ipertensione Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Polislinico S. Orsola-Malpighi

Gruppo di Studio Aferesi Terapeutica

Coordinatore: S. Passalacqua (Roma)

Segretario: A. Ramunni (Bari)

Consiglieri: P. Cappelli (Chieti) - M. Cosu (Sassari) - S. Pasquali (Bologna)

Comitato Organizzatore Locale:

Lucia B. De Sanctis, Antonio Di Felice, Maria Grazia Facchini, Maria Rosa Federico, Emiliana Ferramosca, Francesco Grammatico, Rossella Gaggi, Antonia Lopez, Emanuele Mambelli, Elena Mancini, Marcora Mandreoli, Elena Sestigliani, Annalisa Zucchelli.

Unità Operativa di Nefrologia, Dialisi e Ipertensione - Dipartimento di Nefrologia e Urologia - Azienda Ospedaliero-Universitaria - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

Via P. Palagi, 9 - 40138 Bologna

Segreteria: Maura Mambelli

Tel. 051.6362430 - Fax 051.6362511

segret-nefromm@aosp.bo.it

Sede del Convegno

Royal Hotel Carlton

Via Montebello, 8 - Bologna

Tel. 051.249361 - Fax 051.249724

Segreteria Organizzativa

I&C srl

Via Andrea Costa, 2 - 40134 Bologna

Tel. 051.614.40.04 - Fax 051.614.27.72

e-mail: posta@iec-srl.it

L'iscrizione dà diritto alla partecipazione

alle sessioni scientifiche e comprende:

- cartella e materiale congressuale
- volume degli atti del Congresso
- attestato di partecipazione
- Coffee-break e lunch

Crediti Formativi

Il Congresso è stato registrato presso la Commissione E.C.M. del Ministero della Salute in ordine alla definizione dei Crediti Formativi per il Medico-Chirurgo.

Pagamento

Il pagamento della quota di iscrizione dovrà essere intestato alla Segreteria Organizzativa I&C e potrà essere effettuato tramite:

- Assegno circolare o bancario di conto corrente intestato ed inviato: a I&C, Via Andrea Costa, 2 - 40134 Bologna
- L'assegno o l'attestazione dell'avvenuto pagamento dovranno essere inviati a I&C in allegato alla scheda di iscrizione.

- Bonifico bancario sul c/c n. 0160032748 presso Banca di Bologna - Sede ABI 8883 CAB 02401 CIN H

Si prega di indicare la causale di versamento.

La fattura verrà rilasciata solo a coloro che avranno fornito, al momento dell'iscrizione, indicazione del proprio Codice

Fiscale e/o Partita IVA (obbligatoria se esistente) e l'indirizzo fiscale corrispondente. Non verranno accettate iscrizioni prive del pagamento della quota.

Cancellazione

Le cancellazioni dovranno essere comunicate in forma scritta alla Segreteria Organizzativa. Per le cancellazioni che perverranno entro il 15 Ottobre è previsto il rimborso del deposito versato al netto delle spese di Agenzia. Dopo tale termine non è previsto alcun rimborso. I rimborsi verranno effettuati al termine del congresso.

Prenotazione alberghiera

Per informazioni contattare la Segreteria Organizzativa.

Attestato di partecipazione

A tutti gli iscritti che ne faranno richiesta verrà rilasciato un attestato di partecipazione al termine del Congresso.

La Segreteria Scientifica e la Segreteria Organizzativa si riservano il diritto di apportare al presente programma le variazioni che per ragioni tecniche e/o scientifiche dovessero rendersi necessarie.

Date corsi 2006 di "Ecografia Muscolo- Scheletrica"

Prof. Monetti

23-27 GENNAIO

con 35 CREDITI ECM già assegnati

27-31 MARZO

con 35 CREDITI ECM già assegnati

8-12 MAGGIO

con 35 CREDITI ECM già assegnati

5-9 GIUGNO

con 35 CREDITI ECM già assegnati

3-7 LUGLIO

con 35 CREDITI ECM già assegnati

18-22 SETTEMBRE

con 35 CREDITI ECM già assegnati

13-17 NOVEMBRE

con 35 CREDITI ECM già assegnati

11-15 DICEMBRE

con 35 CREDITI ECM già assegnati

Per ulteriori informazioni consultare il sito www.muskultrasound.it o contattare il seguente indirizzo e-mail info@muskultrasound.it.

Giornata 1**Mattino ore 8,30-13,30**

8,30-11,00 - Anatomia e semiotica muscolo-scheletrica

11,30-13,30 - Anatomia e semiotica ecografica

- Muscoli: patologia traumatica
- Muscoli: patologia degenerativa
- Muscoli: patologia post-traumatica
- Muscoli: patologia neuro-muscolare
- Muscoli: patologia neoplastica
- Imaging integrato

Brunch

Pomeriggio ore 14,30-18,30

Esercitazioni pratiche e video-tape

Giornata 2**Mattino ore 8,30-13,30**

8,30-11,00 - Spalla: anatomia ecografica e patologia Imaging integrato

11,30-13,30 - Gomito: anatomia ecografica e patologia Imaging integrato

Brunch

Pomeriggio ore 14,30-18,30

Esercitazioni pratiche e video-tape

Giornata 3**Mattino ore 8,30-13,30**

8,30-11,00 - Polso anatomia ecografica e patologia Imaging integrato

Mano anatomia ecografica e patologia Imaging integrato

11,30-13,30 - Anca anatomia ecografica e patologia Imaging integrato

Brunch

Pomeriggio ore 14,30-18,30

Esercitazioni pratiche e video-tape

Giornata 4**Mattino ore 8,30-13,30**

8,30-11,00 - Ginocchio: anatomia ecografica e patologia Imaging integrato

11,30-13,30 - Caviglia: anatomia ecografica e patologia Imaging integrato

Piede: anatomia ecografica e patologia Imaging integrato

Brunch

Pomeriggio ore 14,30-18,30

Esercitazioni pratiche e video-tape

Sera ore 21

Cena sociale

Giornata 5**Mattino ore 8,30-13,30**

8,30-11,00 - Ecografia in reumatologia, pediatria e dermatologia

Ecografia vascolare (color e power-doppler)

Ecografia e mezzi di contrasto

Ecografia del sistema nervoso periferico

11,30-13,30 - Ecografia della cartilagine e dell'osso

Brunch

Pomeriggio ore 14,30-18,30

Refertazione ed aspetti medico-legali

Teleconsulto e Telemedicina

Esercitazioni pratiche e video-tape

Verifica di apprendimento (questionario)

Consegna dei diplomi

Chiusura del corso

La Confraternita di Misericordia di Modena (ONLUS D.L.VO 460/97) cerca alcuni medici generalisti da impiegare presso i C.P.T.A. di Bologna e di Modena mediante attribuzione di incarichi temporanei di durata variabile.

Il contratto è di tipo libero professionale.

Le persone interessate possono contattare telefonicamente la segreteria della struttura di Bologna, oppure inviare il proprio curriculum.

C.P.T. Bologna - Via Mattei, 60 - 51100 Bologna
Tel. 051,6027500 - Fax 051.531344



Per gentile concessione Aboca Museum

Ambulatorio dentistico di Bologna cerca odontoiatra per igiene orale/conservativa 1 giorno alla settimana. Inviare il curriculum, vitae con allegata una foto al seguente indirizzo: Studio dentistico e/o casella postale n. 19 - 40068 San Lazzaro di Savena, Bologna.

Affittasi ambulatori liberi o accessoriati presso studio medico privato anche per singole giornate. Quartiere Navile via Fioravanti. Liberi da subito. Per informazioni 051/377690 cell. 335/5617105.

Affittasi studio piano terra mq. 65 3 vani + servizi, termo autonomo, entrata indipendente, due vetrine Via Ferrara zona Arno. Tel. 051/391380 studio - Tel. 051/300576 casa.

Vicinanza tribunale affittasi appartamento appena ristrutturato composto da: 2 camere, soggiorno, cucina, bagno e terrazza. Per informazioni telefonare al 334/3380162, 051/261068.

Vendesi in comune di Monterenzio case coloniche con terreno in parte coltivato a castagneto. Per informazioni telefonare al 334/3380162, 051/261068.

La società immobiliare "Il Gabbiano di Porto Cervo" vende settimane di multiproprietà nel complesso turistico "I Giardino di Porto Cervo". Per informazioni Dr. Lafratta 338/7333584.

Poliambulatorio privato via dei Mille affitta studio medico con servizio segreteria a colleghi specialisti (internisti, dietologi, ecografisti, ecc.). Tel. 051/246824 - cell. 338/7333584.

Affittasi in poliambulatorio piano terra, a norma, zona Mazzini, servito da autobus, stanza libera, a collega specialista, anche per singole giornate. Servizio di segreteria. Per informazioni tel. 051/547396 - cell. 347/2212398.

Affittasi locali uso studio medico, a colleghi, non odontoiatri, per singole o mezze giornate, in Bologna via Emilia Levante e in Imola zona centro. Tel. 338/7261757.

Affittasi studio medico in via Marconi a Bologna, prezzo interessante, anche per singole giornate settimanali. Per informazioni telefonare al 348/3102840.

Affittasi studio medico per singole giornate o mezze giornate in via Dante nei pressi di piazza Trento e Trieste. Per informazioni tel. 051/301977.

Poliambulatorio privato affitta studi medici a colleghi pscialisti, nei pressi della stazione di Bologna, con ampia possibilità di parcheggio. Tel. cell. 335/8451901.

Affittasi a Bologna via Dagnini ad uno o due professionisti dell'ambulatorio in studio medico. Ampio, luminoso, ristrutturato, volendo arredato. Comodo parcheggio e fermata bus. Tel. 335/6267507.

Dermatologo desidera condividere studio medico avviato in Bologna - quartiere Savena con specialisti in altre branche, anche terapie non convenzionali. Tel. 051/455379. E-mail: smd95ma@libero.it

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 oppure 348/8732429.

Murri-Chiesanuova in signorile studio medico ospito colleghi specialisti. Possibilità uso ecografo. Ambulatorio condiviso. Posto auto riservato. Tel. 051/440376 ore ufficio.

Affittasi a Sasso Marconi appartamento bilocale nuovo da ristrutturazione con finiture di pregio, in caratteristico borgo collinare, località Paganino. Piano terra con ingresso riservato composto da soggiorno con camino, angolo cucina, camera matrimoniale e bagno, riscaldamento autonomo, finemente arredato, posto auto condominiale € 520,00 mensili. Cantina. Telefonare: 348/4071799 - 335/475225.

Affittasi a Sasso Marconi appartamento ristrutturato con finiture di pregio in prima collina composto da soggiorno con camino, angolo cucina, due camere matrimoniali con bagno dedicato. Riscaldamento autonomo, impianto aria condizionata. Piano terra con accesso privato a giardino condominiale, posto auto, cantina. € 840,00 mensili. Telefonare: 348/4071799 - 335/475225.

Vendesi due armadietti spogliatoio H 180 - L 37 - P 35 cadauno. Tel. 334/3029862.

Affittasi/vendesi locale con impiantistiche a norma per studio dentistico. Tel. 348/2725578.

Vendesi mobile reception (Sorin) cm. L 95 x P 54 x H 105 € 100,00. Tel. 334/3029862.

Vendesi rianimatore Speedy 3007 R-2 tecno-gaz (nuovo) € 150,00. Tel. 334/3029862.

Vendesi mobile da studio Cemm (nuovo) con lavabo in porcellana bianco cm. 150x49. € 1.300,00. Tel. 334/3029862.

Affittasi studio dentistico con una unità operativa a norma sito in Bologna centro. Anche a giornate. Per informazioni Tel. 051/941872.

Affitto appartamento centralissimo 65 mq. signorilmente arredato adatto coppia, abitazione e studio con possibile carico fiscale. Tel. 335/5651205.

ELENCO INSERZIONISTI BOLLETTINO OTTOBRE 2005

AKROS	pag. 13
CARISBO GRUPPO SAN PAOLO	pag. III ^a di cop.
CASA DI CURA "AI COLLI"	pag. 11
OSPEDALE PRIVATO "SANTA VIOLA"	pag. 53
POLIAMBULATORIO CKF	pag. 39
SMART	pag. 9
TECNOBIOS	pag. IV ^a di cop.
TERME DI RIOLO	pag. II ^a di cop.
VILLA BARUZZIANA	pag. 7

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

Gentile Dottoressa, Egregio Dottore,

ha intenzione di comprare una casa o un appartamento e sta cercando una banca cui rivolgersi per contrarre un mutuo?

Se questo è quello di cui ha bisogno, siamo lieti di informarLa che oggi Carisbo – Gruppo San Paolo -, grazie ad una specifica **Convenzione** stipulata con l'ENPAM e di recente ampliata, Le ha riservato gli interessanti e vantaggiosi mutui della Linea Domus/Assidomus **a condizioni del tutto particolari**.

Fra queste potrà, ad esempio, contare su **uno sconto superiore al 50% sulle spese di istruttoria, un tasso sul finanziamento decisamente agevolato** e ancora uno **sconto sul compenso per l'eventuale estinzione anticipata** del Suo mutuo.

Ad esempio le condizioni valide per il **solo mese di Settembre 2005** sono :

DOMUS TASSO FISSO		
DURATA MUTUO	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO
5 anni	3,17%	18,04
7 anni	3,65%	13,51
10 anni	3,92%	10,09
12 anni	4,07%	8,79
15 anni	4,25%	7,52
20 anni	4,63%	6,40

DOMUS TASSO VARIABILE		
DURATA MUTUO	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO
5 anni	EURIBOR 3 M. + 0,90%	17,98
7 anni	EURIBOR 3 M. + 0,90%	13,23
10 anni	EURIBOR 3 M. + 0,95%	9,69
12 anni	EURIBOR 3 M. + 1,00%	8,34
15 anni	EURIBOR 3 M. + 1,00%	6,97
20 anni	EURIBOR 3 M. + 1,10%	5,66
25 anni	EURIBOR 3 M. + 1,30%	4,97

In più, grazie alla nostra esperienza di leader del settore, abbiamo la possibilità di offrirLe numerose tipologie di finanziamento, ciascuna delle quali è stata studiata per venire incontro ad ogni Sua specifica esigenza.

Saremo quindi particolarmente lieti di riceverLa presso le nostre Filiali (l'elenco è disponibile sul sito www.carisbo.it) per parlare dei mutui Domus e di tutti gli altri prodotti di Carisbo - Gruppo Sanpaolo -. Non esiti pertanto a contattarci, anche per fissare un appuntamento nell'orario a Lei più comodo.

A presto, e con le nostre più vive cordialità.

CARISBO

Gruppo SANPAOLO

La concessione del mutuo è subordinata all'approvazione della Filiale Sanpaolo, presso la quale sono a Sua disposizione i Fogli Informativi riportanti tutte le condizioni economiche praticate.



DAY SURGERY

Poliambulatorio Specialistico Privato

DIAGNOSI PRENATALE OSTETRICIA E GINECOLOGIA LABORATORIO DI GENETICA PER DIAGNOSI PRENATALE

Diagnosi ecografica delle malformazioni congenite (bidimensionale, tridimensionale e tridimensionale in tempo reale)

Ecografia morfologica precoce (13-16 settimane)

Ecografia morfologica (19-22 settimane)

Ecografia morfologica tardiva (30-34 settimane)

Screening delle anomalie cromosomiche

Traslucenza nucale

Ecografia genetica e bi-test

Biopsia dei villi coriali

Amniocentesi

Controllo dell'apparato genitale femminile

Screening e diagnosi precoce delle neoplasie genitali femminili

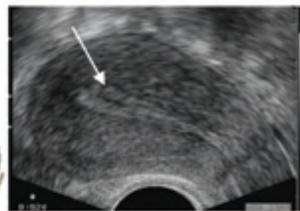
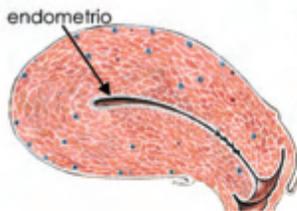
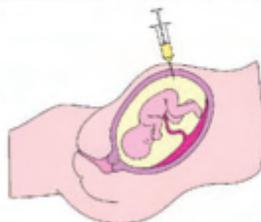
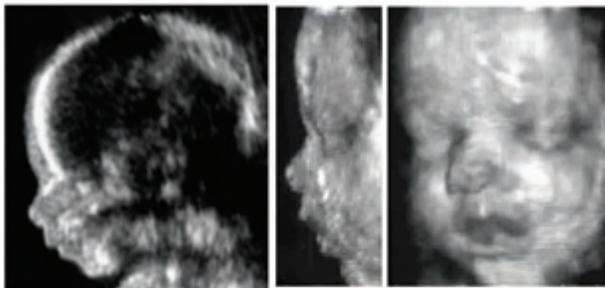
Colposcopia, colpocitologia oncologica, HPV-DNA TEST

Ecodoppler transvaginale ginecologico (bidimensionale, tridimensionale e tridimensionale in tempo reale)

Sonoisterografia/sonosalpingografia

Isteroscopia diagnostica ed operativa

Densitometria ossea



Consulenza Scientifica:

Prof. Luciano Bovicelli

**Direttore della Scuola di Specializzazione
in Ostetricia e Ginecologia**

Università degli Studi di Bologna

MEDICI CHIRURGI SPECIALISTI IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Dott. Gianluigi Pili

Dott.ssa Brunella Guerra

Ricercatore Università di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi
Autorizzata temporaneamente dall'Az. Osp. S. Orsola-Malpighi
all'esercizio dell'attività professionale intramontana

Dott.ssa Cristina Banzi

Dott. Stefano Barnabè

Dott.ssa Giovanna Contratti

Dott. Pietro Falco

Dott.ssa Vera Nanni

Dott.ssa Maria Segata

Dott.ssa Giuliana Simonazzi

Dott.ssa Giovanna Tagliavini

Dott. Nicolò Tripoli

Dott.ssa Antonella Visentin

Dott.ssa Sara Zagonari

Dott. Massimo Zuanetti

