BOLLETTINO notiziario

ANNO XXXVI - Luglio 2005 N° 7

ABBONAMENTO A RIVISTE SCIENTIFICHE PER TUTTI GLI ISCRITTI ALL'ORDINE

IN QUESTO NUMERO

- Bando per le Borse di Studio a Favore di Giovani Medici Anno 2005
- Comune di Bologna: Autorizzazione alla Circolazione per i Medici

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI 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

>> 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**

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

smart Center Bologna - 051/611.35.11

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

BOLLETTINO NOTIZIARIO
7/05

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: San Luca (disegno a matita) di Alessio Alessi

Il Bollettino di Giugno 2005 è stato consegnato in posta il giorno 14/06

INDICE

EDITORIALE
Saggio è colui che sa di non sapere 3

ATTIVITÀ DELL'ORDINE
Estratto del verbale della Commissione Medica dell'1/04/04 4
Estratto del verbale della Commissione Medica del 10/06/04 4
Estratto del verbale della Commissione Medica dell'8/07/04 5
Estratto del verbale della Commissione Medica del 30/09/04 5
Estratto del verbale della Commissione Medica dell'11/11/04 6
Estratto del verbale della Commissione Medica del 27/01/05 6

DALLA FEDERAZIONE
Del Barone: ancora un caso di esercizio abusivo della professione medica? 8
Promuovere la donazione del sangue.
L'Ordine dei Medici a fianco del volontariato 8

ENPAM
Aspetti previdenziali della maternità fuori dal lavoro 10
Le ferie dell'ospedaliero 11

I COLLEGHI SCRIVONO
A fine anno chiamata per l'opzione tra Tfr o Fondi pensione 13
Un "EROE SANTO" non dimenticato - dr. Antonio De Biase 15

NOTIZIE
Bando di concorso per borse di studio per il perfezionamento all'estero di giovani medici finanziate dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna 16
Medici disponibili per attività professionali 18
Invito per stipulare convenzioni con medici specialisti 20
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 20
Medici, non più di 48 ore settimanali 22
Onorari per le sostituzioni medico di medicina generale e pediatra di libera scelta 22
Comune di Bologna 23
Schema Polizza Lloyd's - RICS Italia 2005 24
Ai blocchi di partenza le verifiche per l'autorizzaizone degli studi odontoiatrici 25
Norme generali sulla organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario regionale 27

GIURISPRUDENZA
Obbligatorietà ECM per i liberi professionisti 54
È compito dell'intera équipe il controllo sulla rimozione dei ferri chirurgici 56

CONVEGNI CONGRESSI
Seminari della Scuola di Specializzazione in Reumatologia 57
Società Italiana di Ricerche Cardiovascolari (SIRC) 58
La spalla: ecografia, imaging integrato e problematiche clinico-chirurgiche 60
Corso di Osteopatia e Terapia manuale Globale 60
Seminari di aggiornamento 61

ASSOCIAZIONE E SINDACATI
Brioche e cappuccino... 63

PICCOLI ANNUNCI 64

ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BOLOGNA

Presidente
Dott.ssa NICOLETTA LONGO

Vice Presidente
dott. FRANCESCO BIAVATI

Segretario
Dott. SERGIO SCOTO

Tesoriere
Dott. MICHELE UGLIOLA

Consiglieri
Dott. PAOLO CERNUSCHI
Dott. FABRIZIO DEMARIA
Dott. MARIO LIPPARINI
Dott.ssa PAOLINA MISCIONE
Dott.ssa MUNIRA MOHAMED-ALAMIN
Dott. ALVISE PASCOLI
Dott. FABRIZIO SCARDAVI
Dott. GIOVANNI ATTILIO TURCI
Dott. MASSIMO VALENTINO
Dott. FERNANDO VITULLO
Dott. MAURO VOZA

Consiglieri Odontoiatri
Dott. FEDERICO BONI
Dott. MAURO VENTURI

Collegio Revisori dei Conti

Dott. ANTONIO CURTI	(Presidente)
Dott. NICOLA ANGELINO	(effettivo)
Dott.ssa PATRIZIA BARILE	(effettivo)
Dott. ANDREA BONFIGLIOLI	(supplente)

Commissione Odontoiatri

Presidente:	Dott. ALESSANDRO NOBILI
Segretario:	Dott. CARLO D'ACHILLE
Componenti:	Dott.ssa LIA RIMONDINI
	Dott. FEDERICO BONI
	Dott. MAURO VENTURI

Saggio è colui che sa di non sapere

Questa semplice frase era riportata nello studio di un altrettanto saggio professore universitario e veniva da lui ripetuta ai giovani medici specializzandi che lavoravano nel suo reparto.

Il senso del motto, ovviamente, non consiste nell'instillare un senso di precarietà e insufficienza del proprio agire, bensì nel far comprendere la necessità di rivalutare criticamente le azioni svolte per una crescita e miglioramento sistematicamente progressivo.

Al fine di poter "favorire il progresso culturale degli iscritti" da circa sei anni questo Ordine ha creato dei premi e, successivamente, delle Borse di Studio di entità e consistenza ingravescente volte a valorizzare alcuni tra i medici più giovani e capaci.

Questa iniziativa, che è riportata all'interno, conferma la volontà di operare con saggia lungimiranza per tutti i Medici.

Facilitare la formazione della classe medica, tramite l'accesso elettronico alle riviste scientifiche usufruendo del sito dell'Ordine, è la migliore garanzia che possiamo dare alla comunità sociale della bontà del nostro lavoro.

Saggezza, umiltà e coraggio.

In questo modo, aiutando i medici più giovani nelle loro ricerche all'esterno, incrementando il sapere medico si ottiene un grande risultato: fare in modo che la vera saggezza, medica e umana e il ragionamento medico scientifico possano tornare ad essere gli unici veri indicatori di qualità.

Il Direttore

Per un più solerte e facile funzionamento della Segreteria, si invitano i Colleghi a comunicare l'indirizzo di corrispondenza postale, l'eventuale e-mail e i numeri di telefono

Estratto del verbale della Commissione Medica dell'1/04/04

➔ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Sergio Scoto, Dott. Michele Ugliola, Dott. Paolo Cernuschi, Dott. Mario Lipparini, Dott.ssa Munira Mohamed Alamin, Dott. Alvise Pascoli, Dott. Mauro Voza

Ordine del giorno

1. Approvazione del verbale della seduta precedente
La Commissione Medica approva il verbale della seduta del 29 gennaio 2004.

2. Opinamento notule
La Commissione Medica opina n. 2 notule presentate da due medici.
3. Eventuali aperture procedimenti disciplinari.
Il Presidente sottopone all'attenzione della Commissione il caso relativo al dott. X.Y. ricordando brevemente la vicenda.
Il Presidente propone l'apertura del procedimento disciplinare e contestuale sospensione dello stesso in attesa della sentenza della Magistratura.
Il Consiglio accoglie all'unanimità la proposta del Presidente.
Il Presidente sottopone all'attenzione della Commissione Medica il caso relativo al dott. X.X.
Il Presidente propone l'archiviazione della fase istruttoria a carico del dott. X.X.
Il Presidente sottopone all'attenzione della Commissione Media il caso relativo al dott. X.X.
Il Presidente sottopone all'attenzione della Commissione Medica il caso relativo al dott. X.X.

Estratto del verbale della Commissione Medica del 10/06/04

➔ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Sergio Scoto, Dott. Michele Ugliola, Dott. Paolo Cernuschi, Dott.ssa Paolina Miscione, Dott. Alvise Pascoli, Dott. Fabrizio Scardavi

Ordine del giorno

1. Approvazione del verbale della seduta precedente
La Commissione Medica approva il verbale della seduta del 27 maggio 2004.

2. Opinamento notule
La Commissione Medica opina n. 6 notule presentate. 1 notula invece rimane in sospeso in attesa di chiarimenti da parte del medico che l'ha presentata.

Estratto del verbale della Commissione Medica dell'8/07/04

→ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Sergio Scoto, Dott. Paolo Cernuschi, Dott.ssa Munira Mohamed Alamin, Dott. Alvise Pascoli, Dott. Fabrizio Scardavi, Prof. Giovanni Attilio Turci, Dott. Mauro Voza

Ordine del giorno

1. Approvazione del verbale della seduta precedente
La Commissione Medica approva il verbale della seduta del 10 giugno 2004.

2. Opinamento notule
La Commissione Medica opina n. 1 notule presentata da un medico.

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE NERVOSE

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

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

BOLOGNA - V. DELL'OSSERVANZA, 19

CENTRALINO: TEL. 051 580 395
AMBULATORI: TEL. 051 644 7852
UFFICIO PRENOTAZIONI RICOVERI:
TEL. 051 644 0324 - FAX: 051 580 315
e-mail: villabaruzzianafn@intervision.it

Estratto del verbale della Commissione Medica del 30/09/04

➔ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Michele Ugliola, Dott. Paolo Cernuschi, Dott. Fabrizio Demaria, Dott. Mario Lipparini, Dott.ssa Paolina Miscione, Dott.ssa Munira Mohamed Alamin, Dott. Alvise Pascoli, Dott. Fabrizio Scardavi, Prof. Giovanni Attilio Turci, Dott. Mauro Voza

Ordine del giorno

1. Approvazione del verbale della seduta precedente
La Commissione Medica approva il verbale della seduta dell'8 luglio 2004.

2. Opinamento notule
La Commissione Medica opina n. 2 notule presentate da un medico dermatologo.

3. Fissazione data giudizio procedimento Dott. X.X.
La Commissione Medica fissa per il giorno 11 novembre 2004 alle ore 21,15 la data del giudizio del procedimento a carico del Dott. ...

4. Eventuali aperture procedimenti disciplinari
Il Presidente relaziona sul caso relativo al dott. X.Y.

Estratto del verbale della Commissione Medica dell'11/11/04

➔ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Sergio Scoto, Dott. Michele Ugliola, Dott. Paolo Cernuschi, Dott. Fabrizio Demaria, Dott. Mario Lipparini, Dott.ssa Paolina Miscione, Dott.ssa Munira Mohamed Alamin, Dott. Fabrizio Scardavi, Prof. Giovanni Attilio Turci, Dott. Mauro Voza

Ordine del giorno

1. Approvazione del verbale della seduta precedente
La Commissione Medica approva il verbale della seduta del 30 settembre 2004.

2. Opinamento notule
La Commissione Medica opina una notula presentata dal Dott. x.y.

3. Procedimento disciplinare Dott. x.y.

4. Fissazione data giudizio procedimento disciplinare Prof. x.y.

5. Fissazione data giudizio procedimento disciplinare dott. x.x.

Estratto del verbale della Commissione Medica del 16/12/04

➔ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Sergio Scoto, Dott. Paolo Cernuschi, Dott. Fabrizio Demaria, Dott. Mario Lipparini, Dott.ssa Paolina Miscione, Dott. Alvise Pascoli, Dott. Mauro Voza

Ordine del giorno

1. Approvazione del verbale della seduta precedente
La Commissione Medica approva il verbale della seduta dell'11 novembre 2004.

2. Opinamento notule
Non vi sono notule da opinare.

3. Procedimento disciplinare Prof. x.y.

Estratto del verbale della Commissione Medica del 27/01/05

➔ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Michele Ugliola, Dott. Paolo Cernuschi, Dott. Fabrizio Demaria, Dott.ssa Paolina Miscione, Dott.ssa Munira Mohamed Alamin, Dott. Alvise Pascoli, Dott. Mauro Voza

Ordine del giorno

1. Approvazione del verbale della seduta precedente
La Commissione Medica approva il verbale della seduta del 16 dicembre 2004.

cmsm

CENTRO MEDICO S. MICHELE
POLIAMBULATORIO PRIVATO
FISIOKINESITERAPIA - RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA
Dott. Stefano Laterza - Direttore Sanitario

MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
DOTT. STEFANO LATERZA
DOTT. COSIMO GALASSO
DOTT. VALERIA GAZZOTTI

ORTOPEDIA
DOTT. MAURO PRANDINI

CARDIOLOGIA
DOTT. ANDREA ROSSI
DOTT. GIAMMARCO DRAGO
DOTT. GIUSEPPINA SANTESE

Piazza S. Michele, n. 2 - 40125 BOLOGNA
Tel. e Fax 051.22.36.80 - e-mail: cmsm@libero.it

P.G.n. 8240 del 20/01/99

COMUNICATO STAMPA
IL PRESIDENTE DELLA FNOMCeO INTERVIENE IN MERITO AL PROGETTO FINALIZZATO ALLA AUTOMEDICAZIONE DELLA RINITE ALLERGICA DENOMINATO "ARIA IN FARMACIA"

Del Barone: ancora un caso di esercizio abusivo della professione medica?

➔ "*Una professione, quella medica, sempre più assediata; la salute dei cittadini messa ancora a repentaglio*" è il primo commento del Presidente della federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri **Giuseppe Del Barone** alla notizia dell'avvio di una campagna nazionale rivolta ai farmacisti, "Progetto Aria in farmacia", con la quale si intende coinvolgerli nell'automedicazione responsabile del paziente affetto da forme di rinite allergica.

"*Siamo di fronte* – ha aggiunto Del Barone – *ad un chiaro e preoccupante caso di esercizio abusivo della professione medica, a tutto danno della salute dei cittadini nel momento in cui si delega al farmacista, nell'angolo del "consiglio" la facoltà di proporre, al cittadino di turno, questo o quel prodotto ed eventualmente l'intervento o meno del medico. Non si deve dimenticare infatti che la diagnosi e la cura di ogni tipo di patologia è un atto medico e come tale non può essere delegato ad altri professionisti. Senza contare – tornando al caso specifico – che una rinite allergica, che con il messaggio dato da questa iniziativa si tende a sottovalutare, se mal diagnosticata e curata nel 50% dei casi può evolvere in asma bronchiale o peggio*".

"*La inopportunità di avviare la campagna informativa* – ha concluso Del Barone – *mi ha spinto ad inviare al Ministro della Salute e alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti, una nota di diffida nel dare il via a questa iniziativa, nel 2002 delegata ai soli medici, sollecitando nel contempo un incontro volto a definire, con spirito di collaborazione ma decisi a difendere la salute dei cittadini, i termini della questione*".

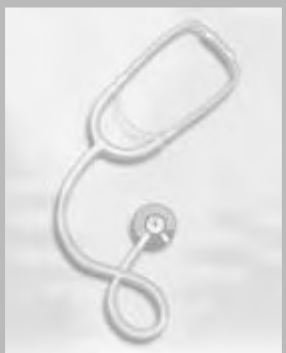
COMUNICATO STAMPA
IL PRESIDENTE DELLA FNOMCeO GIUSEPPE DEL BARONE HA ACCOLTO L'INVITO DELL'AVIS PER UNA INIZIATIVA PROMOZIONALE AL SEGUITO DEL "GIRO D'ITALIA"

Promuovere la donazione del sangue

L'Ordine dei Medici a fianco del volontariato

➔ "*Mille grazie da AVIS, anzi un milione*" è lo slogan che caratterizza l'iniziativa promossa dall'Associazione Volontari del Sangue per ringraziare i propri

soci che, appunto, hanno registrato il ragguardevole numero di un milione di iscritti.
Con il patrocinio della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, l'AVIS quest'anno prende parte con una sua coloratissima macchina, alla carovana che segue il Giro d'Italia.
Partita da Reggio Calabria, città dove ha preso il via la competizione sportiva, la macchina dell'AVIS percorrerà i 3465 chilometri previsti dal tracciato, sensibilizzando, attraverso la distribuzione di materiale informativo, sportivi ed opinione pubblica in genere sulla necessità di donare il sangue.
"*Ho aderito con entusiasmo a questa iniziativa* – ha dichiarato il Presidente della FNOMCeO **Giuseppe Del Barone** – *perché ritengo doveroso il riconoscimento della categoria medica per l'attività svolta dall'AVIS, un'attività tanto più preziosa oggi in cui, a seguito del progresso della medicina, la necessità di sangue ed emoderivati è aumentata*".
Da parte sua il dr. **Paolo Marcianò**, referente dell'area sanitaria dell'AVIS, nel ringraziare Del Barone per la disponibilità dimostrata, ha sottolineato come quest'anno la Regione Calabria sarà l'emblema della donazione del sangue. Lamezia Terme, infatti, sarà la sede della 69ª Assemblea Nazionale dell'Associazione in programma dal 27 al 29 maggio.



I Corsi CISDO
per rispondere con competenza alla richiesta di omeopatia.

Per maggiori informazioni, contatta il numero verde

800-017348

(lun.-gio. ore 10.00-13.00, 14.00-16.00 ven. ore 10.00-13.00)

o la segreteria al numero 02.926814.276/277
oppure **medici@cisdo.it**

Centro Italiano di Studi e di Documentazione in Omeopatia

Scuola di omeopatia clinica

Syncronia **DDB** Health

Corsi di formazione per i Medici 2005-2006

Il **CISDO**, Centro Studi, è impegnato dal 1980 nella formazione e nell'aggiornamento in omeopatia di medici e farmacisti. Il **corso triennale** fornisce una competenza specifica che amplia le opportunità terapeutiche del medico nella cura dei suoi pazienti.

Corso base annuale
10 seminari (ottobre - giugno)
Sedi: **Bari, Bologna, Cagliari, Catania, Firenze, Milano, Napoli, Palermo, Roma, Torino, Venezia.**

Corso avanzato biennale
10 seminari (ottobre - giugno)
Sedi: **Bari, Bologna, Catania, Firenze, Milano, Palermo, Roma, Torino, Venezia.**

www.cisdo.it

Termine ultimo per le iscrizioni 2.9.2005

ENPAM

Aspetti previdenziali della maternità fuori dal lavoro

a cura di
Marco Perelli Ercolini

➔ La Corte dei conti del Piemonte con la sentenza 133 del 26 aprile 2005 ha stabilito che l'INPDAP deve riconoscere l'accredito dei contributi per maternità avvenuta al di fuori del rapporto di lavoro anche alle madri pensionate, in quanto il diritto spetta indipendentemente dalla collocazione temporale dell'evento da riconoscere; infatti la disposizione contenuta nell'articolo 25 comma 2 del D. Lgs. 151/2001, per effetto dell'abrogazione dei commi 2 e 3 dell'articolo 14 del D.Lgs. 503/1992, prevede come sola condizione che il soggetto possa far valere all'atto della domanda almeno cinque anni di contribuzione versata in costanza di rapporto di lavoro.
Ricordiamo che in base al comma 5 dell'articolo 2 del decreto legislativo 564 del 16 settembre 1996, che amplia quanto già in parte previsto al punto i) e l) dall'articolo 3 della legge numero 421 del 23 ottobre 1992, è previsto che, a far data dal 1° gennaio 1994, i periodi di astensione obbligatoria dal lavoro, verificatesi al di fuori del rapporto di lavoro, siano riconosciuti figurativamente purché si possano far valere almeno cinque anni di contribuzione effettiva, mentre i periodi di assenza facoltativa dal lavoro, come previsti dall'articolo 7 della legge 1204/71, collocati temporalmente al di fuori del rapporto di lavoro, possono essere riscattati, nella misura massima di cinque anni, a condizione che chi li richiede possa far valere, complessivamente, all'atto della domanda, almeno cinque anni di contribuzione effettiva in costanza di attività lavorativa.
Inoltre in base alla legge Dini di riforma delle pensioni (legge 335/95) a prescindere dell'assenza o meno dal lavoro, al verificarsi dell'evento maternità, alle lavoratrici (dipendenti pubbliche o private), cui verrà applicato il sistema contributivo nel calcolo della futura pensione, viene riconosciuto un anticipo di età, rispetto al requisito di accesso alla pensione, di 4 mesi per ogni figlio, nel limite massimo di 12 mesi oppure, in alternativa, l'opzione per la determinazione del trattamento con l'applicazione del moltiplicatore di età, relativo all'età di accesso al trattamento di pensione, maggiorato di un anno in caso di uno o due figli e maggiorato di due anni in caso di tre o più figli.
Il trattamento previdenziale è esteso anche ai genitore adottivi o affidatari.

Le ferie dell' ospedaliero

a cura di
Marco Perelli Ercolini

➔ È tempo di ferie.
Ma quanti medici ospedalieri riusciranno a fare le ferie, se non impegnandosi con turni massacranti?
Le ferie sono un diritto-dovere di ogni lavoratore e, in particolare, il diritto alle ferie (quale giusto riposo dopo un anno di lavoro, atto a consentire il recupero delle energie psicofisiche e a soddisfare le esigenze ricreative, culturale e socio-famigliari), costituendo un principio di rilievo costituzionale, non è un bene disponibile né da parte dell'amministrazione ospedaliera, né da parte del medico e, pertanto, risulta nulla ogni rinuncia o elisione in tal senso.
Non va inoltre ignorata dai relativi responsabili (Direttore di struttura, Direzione Sanitaria e Direttore generale) la nuova legislazione sull'orario di lavoro che col decreto legislativo 213/04 ha inoltre introdotto le sanzioni per le inadempienze: una sanzione amministrativa da 130 a 170 euro per ciascun periodo violato (se il Dirigente di struttura per motivi di servizio non riesce ad accordare le ferie nei tempi e modi previsti, a scarico delle responsabilità, deve inoltrare alla Direzione sanitaria la segnalazione, onde la stessa provveda nel rispetto di quanto previsto dalla legge e dalle norme contrattuali).
La sanzione, prescrivibile in cinque anni dalla violazione, viene irrogata se rilevata in sede ispettiva o dietro denuncia motivata dell'interessato.
Ma certamente un nodo cogente sarà lo smaltimento delle ferie degli anni pregressi: contrattualmente entro i primi sei mesi dell'anno successivo, per legge invece con possibilità entro diciotto mesi.
Quale, dunque, è la normativa attuale?
All'ospedaliero in ogni anno solare di servizio spettano 30 giorni lavorativi, con una differenza per i neoassunti, ai quali spettano per i primi tre anni due giorni in meno.
Se l'orario settimanale è articolato su cinque giorni, il sabato è considerato non lavorativo e i giorni di ferie spettanti sono ridotti di quattro.
Il medico ospedaliero ha anche diritto, per ciascun anno, secondo quanto previsto dalla legge 23 dicembre 1977 numero 937, a ulteriori due giorni di ferie.
Il periodo di ferie deve essere riconosciuto in proporzione al periodo che verrà prestato nell'anno.
Pertanto coloro che sono assunti posteriormente alla data del 1° gennaio hanno diritto ad usufruire un numero di giornate proporzionalmente al periodo di servizio (rapportato a mese, tenendo presente che la frazione di mese superiore ai quindici giorni è considerata a tutti gli effetti come mese intero) che presteranno nell'anno e non, quindi, commisurate ai mesi di servizio già effettuati.
Agli anestesisti, sottoposti ad intossicazione cronica da gas e vapori anestetici, spettato ulteriori 8 giorni e ai radiologi e all'altro personale, riconosciuto sottoposto al rischio di radiazioni ionizzanti, altri 15 giorni.
Questi ulteriori periodi di riposo dovrebbero essere effettuati in una unica soluzione e possibilmente lontano dal periodo di ferie ordinarie.
Le ferie possono essere fruite anche frazionatamente nel corso di ciascun anno solare in periodi programmati dallo stesso medico nel rispetto delle esigenze connesse ai compiti di istituto e organizzativi dell'ospedale.
Nel periodo dal 1° giugno al 30 settembre, tranne casi eccezionali, al medico dovrebbe essere garantito un periodo di almeno 15 giorni continuativi di ferie.
Se per comprovate esigenze di servizio una Amministrazione rinvia, riduce o sospende il periodo feriale già autorizzato, è

tenuta al rimborso delle spese che il lavoratore ha sostenuto, purché documentate, nonché al pagamento dell'indennità di missione per la durata del viaggio di rientro.
Va rilevato come molti medici, per motivi per lo più di servizio, in modo del tutto illegittimo, non riescono a effettuare tutte le ferie nell'arco temporale previsto e perdono diversi giorni, anche se la Direzione sanitaria, cui competono funzioni organizzative, dovrebbe vigilare affinché il diritto-dovere alle ferie non venga meno.
Il godimento delle ferie dovrebbe avvenire entro l'anno solare e non dovrebbe essere rinviato o interrotto se non per eccezionali e motivate esigenze di servizio.
Solo in caso di indifferibili esigenze di servizio che non abbiano reso possibile il godimento nel corso dell'anno, le ferie potranno essere fruite entro il primo semestre dell'anno successivo.
Il diritto alle ferie, poiché irrinunciabile, non è monetizzabile.
Solo in caso di cessazione dal rapporto di lavoro, le ferie residue non fruite per esigenze di servizio o cause indipendenti dalla volontà del medico, debbono essere pagate.
A questo proposito ricordiamo che l'indennità per ferie non godute, seppur abbia natura risarcitoria, è soggetta a IRPEF, rientrando ordinariamente nel monte retributivo e solo se pagata al di fuori dei periodi di riferimento va assoggettata ai fini fiscali alla tassazione separata specificatamente prevista per gli emolumenti arretrati (circolari del Ministro delle Finanze 30 ottobre 1992 numero 31 e 12 gennaio 1995 numero 5/2191).
Data la natura dell'istituto del riposo annuale che ha lo scopo di ritemprare il lavoratore dipendente dalle fatiche dell'attività lavorativa, il diritto alle ferie è strettamente collegato alla esigenza e alla piena efficacia del rapporto di lavoro.
Fanno maturare le ferie:

- i periodi di astensione obbligatoria e i periodi di astensione facoltativa per gravidanze e purperio o per malattia del bambino per i primi trenta giorni per i quali spetta la retribuzione per intero nei primi tre anni di vita del bambino
- le assenze per malattia o infortunio
- i periodi di assenza per richiamo alle armi
- i periodi di assenza per adempimento di funzioni presso seggi elettorali
- le assenze dovute a permessi retribuiti (partecipazione congressi, concorsi o esami; lutti famigliari; particolari motivi personali o di famiglia)
- il congedo matrimoniale
- i permessi previsti dalla legge 104/92 per l'assistenza ai figli handicappati.

Non maturano le ferie, invece:

- per i periodi di aspettativa concessa al lavoratore chiamato a cariche pubbliche elettive o cariche sindacali provinciali o nazionali
- per le assenze da sciopero
- per le assenze per il servizio militare di leva
- nei periodi di astensione facoltativa per puerperio e nelle assenze riconosciute per malattia del figlio oltre i trenta giorni di assenza totalmente retribuita.

Le ferie vengono sospese per malattie che si protraggano per più di tre giorni o diano luogo a ricovero. L'Ente, cui va inviata la relativa certificazione medica, deve essere tempestivamente informato.
Le ferie interrotte riprendono a decorrere alla cessazione della malattia fino al loro termine come preventivamente fissato; non è quindi consentito al lavoratore di prolungare di sua iniziativa il periodo feriale per compensare i giorni di malattia.
Alcune Amministrazioni non permettono di attaccare consecutivamente le ferie al periodo di assenza per malattia.
In particolare il periodo di ferie non è riducibile per assenza per malattia o infortunio e pertanto se tali assenze si sono protratte per l'intero anno solare, il godimento delle ferie avverrà anche oltre il termine previsto dei sei mesi oltre l'anno di riferimento.
Da rilevare che le assunzioni temporanee in ambito ospedaliero mediante contratto libero-professionale, se non espressamente previsto tra le clausole sottoscritte tra le parti, non danno diritto a periodo feriale retribuito.

Lettera aperta

Il sottoscritto Specialista Oncologo, sperando di fare cosa condivisa da altri colleghi, segnala quanto segue:

1) Tutti gli antiblastici per uso parenterale possono essere prescritti solo da "medici ospedalieri" e distribuibili dalle sole farmacie degli ospedali.
2) A mio parere, che credo condivisibile da altri colleghi oncologi, tale limitazione viola la libertà prescrittiva del medico in senso generale e, in particolare, di chi, non più operante nelle strutture ospedaliere, si dedica alla cura dei tumori maligni, limitandone così la libertà professionale.
3) Si chiede pertanto un Suo intervento affinché, se possibile, tale anomalia venga eliminata.

La richiesta viene posta perché tali farmaci possano essere prescritti anche dal Medico Oncologo non ospedaliero previo "Piano Terapeutico".

Dott. Sigerio Castellari
Oncologia Generale e Radiologia

A fine anno chiamata per l'opzione tra Tfr o Fondi pensione

a cura di
Marco Perelli Ercolini

→ Tfr o previdenza complementare?

Tra poco potrebbe essere emanato un decreto di attuazione e, allora, in mancanza di opzione entro sei mesi il silenzio-assenso sarà vincolante per deviare il Tfr maturando verso la previdenza complementare.

Si parla di data ultima il 31 dicembre. L'INPDAP ha già approntato, invece, le procedure per l'opzione dal trattamento di fine servizio (Tfs) al Tfr per i dipendenti in servizio prima del 31 dicembre 2000 (dopo tale data tutti i neoassunti in ospedale sono a Trf). Infatti i titolari dell'indennità premio di servizio potranno aderire al II pilastro della previdenza solo esercitando l'opzione al trattamento di fine rapporto (Tfr).

Ma c'è convenienza?

Nel caso della deviazione del Tfr ai Fondi pensione il lavoratore non potrà più richiedere anticipazioni del Tfr (questo istituto vale solo nel privato e per ora non è esteso al settore pubblico) e soprattutto ogni volta che cesserà un rapporto di lavoro non potrà usufruire subito della "*liquidazione*": infatti solo quando raggiungerà i requisiti per il trattamento previdenziale (pensione) potrà godere dei benefici previsti da questo istituto. Inoltre va tenuto presente che mentre il Tfr darà all'età pensionabile un somma sicura anche se con una rivalutazione molto contenuta, i fondi pensione sono soggetti alle fluttuazioni dell'economia che potrebbero al limite erodere lo stesso capitale.

Nello stesso tempo va però anche detto che i Fondi pensione costituiscono un risparmio previdenziale forzoso stuzzicante soprattutto se unito alla contribuzione datoriale e ai vantaggi fiscali.

Ma attenzione che il Tfr viene liquidato sotto forma di capitale, mentre il Fondo pensione eroga in gran parte una rendita e in caso di decesso viene escluso il capitale e rimane solo un trattamento indiretto di reversibilità.

Ci sono dunque dei pro e dei contro.

Certamente molti dubbi sorgono invece

sull'opportunità di passare dal trattamento premio di servizio (ex liquidazione INADEL) al Tfr.

È consigliabile, dunque, valutare oculatamente cosa fare anche in relazione alla propria situazione famigliare e economica.

PRO	**1.** garantirsi a fine dell'età lavorativa un certo grado di ulteriore pensione **2.** crearsi una pensione complementare senza sacrifici contributivi particolari **3.** avere somme impegnate in enti sottoposti a controlli di gestione e vigilanza e non lasciate al datore di lavoro che potrebbe in un domani rivelarsi insolvente **4.** una certa scelta del fondo da parte del lavoratore
CONTRO	**1.** prolungamento all'età pensionabile della percezione delle somme **2.** nessuna possibilità di anticipazione di somme (per ora prevista solo nel regime privato) **3.** solo una parte in capitale, l'altro va in rendita periodica **4.** in caso di decesso il Tfr spettava agli eredi che in questo caso avrebbero solo il trattamento indiretto

Per una valutazione più approfondita riportiamo la normativa che regola il Tfr.
Per il trattamento di fine rapporto(Tfr) è previsto un accantonamento pari alla retribuzione annua (per ciascun anno di servizio o frazione di anno) divisa per 13,5. Per i lavoratori pubblici l'aliquota di computo è del 6,91 per cento cioè uno 0,50 per cento in meno rispetto a quella dei lavoratori privati (7,41 %) che hanno compresa la contribuzione a loro carico destinata al fondo di garanzia per il Tfr istituito presso l'INPS.
Per il pubblico dipendente la retribuzione utile contiene le stesse voci prese a calcolo del premio di servizio (ogni ulteriore modifica dovrà essere prevista nella contrattazione di comparto).

Le quote accantonate, con esclusione della quota maturata nell'anno, sono rivalutate al 31 dicembre di ogni anno, con la applicazione di un tasso costituito dall'1,5 % e dal 75 % dell'aumento dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati accertato dall'ISTAT, rispetto al mese di dicembre dell'anno precedente.
Dalle somme accantonate, figurativamente dall'INPDAP, viene scomputata annualmente l'imposta sostitutiva nella misura dell'11% sui rendimenti cioè sulle rivalutazioni operate (decreto legislativo 47/2000 e 168/2001). Il Tfr sarà quindi assoggetto ai fini fiscali per la sola quota capitale senza la pregressa riduzione di euro 309,87 (600mila lire) per ogni anno.

Un "EROE SANTO" non dimenticato - dr. Antonio De Biase

➔ Durante la guerra dopo il 9/9/1943 le Caserme Rosse (colore dei suoi mattoni) furono adibite a Campo di concentramento di transito verso Fossoli e Veroni per la Germania.
Prima furono transitati i militari Italiani, poi i Carabinieri di Roma (fatti prigionieri per ordine di Graziani (prot. 269 Gen. Delfino) poi gli Ebrei e infine i rastrellati della Toscana e poi gli Emiliani.

Ora il Buon Dr. De Biase, in ricordo del trattamento che ricevettero già nel 914/918, falsificò le diagnosi di idoneità al lavoro coatto per la Germania ma, alla verifica dei medici tedeschi venne scoperto e duramente malmenato a sangue e, gettato isolato per due giorni fra le ceste dei rifiuti, poi sparì.
Si è appreso solo ora dalla testimonianza degli ex prigionieri delle Caserme Rosse (sono di età oltre gli Ottanta) da LUI beneficiati con segnalazione al Quartiere Sig. Mazzanti e al sig. Sarti Armando.
Il 25/4/05 fu data a me la pergamena perché sapevano che avevo lavorato coi Sig. Medici (Dr. Cipollani, Prof. Pascucci, Prof. Sciasia, Prof. Labriola, Dr. Migliori ecc.) come ex funzionario della Cassa Soccorso A.T.C. e anche al Benemerito Mons. Salmi Giulio di Villa Pallavicini tre med. ORO perché era nel 944 il Pretino delle Caserme Rosse.

Arbizzani Romeo

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 Compex • Correnti Diadinamiche • Correnti interferenziali • Correnti Faradiche • Correnti Galvaniche • Idrogalvano • Ionoforesi • Infrarossi • Ultravioletti • Ultrasuoni • Paraffina • Radar • Massaggio • Massaggio Linfodrenaggio Manuale • Trazioni Vertebrali • Kinesi • Riabilitazione Funzionale • Rieducazione Neuromotoria • Riabilitazione Respiratoria • Manipolazioni Vertebrali Manu Medica • R.P.G. Rieducazione Posturale Globale • Isocinetica • Palestra Generale
Autorizzazione Comune di Bologna P.G. 84545 del 21.05.2001
P.ZZA MARTIRI, 1/2 - 40121 BOLOGNA - ☎ 051 24 91 01 - 25.42.44 r.a. - Fax 051 42 29 343
e-mail: poliamb@ckf-digiorno.com - www.ckf-digiorno.com - Partita IVA 04141560377

Bando di concorso per borse di studio per il perfezionamento all'estero di giovani medici finanziate dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna

Art. 1
Tipologia delle borse di studio

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna intende e promuove il miglioramento culturale e l'acquisizione di innovate capacità professionali tra i giovani medici in modo tale da incrementare il patrimonio conoscitivo, la qualità scientifica e l'appropriatezza delle cure nell'ambito della Provincia di Bologna. A tal fine l'Ordine dei Medici mette a disposizione un finanziamento annuale per l'attribuzione di tre borse di studio da 6000 euro ciascuna per i giovani medici meritevoli e impegnati in progetti di ricerca rilevanti per la comunità bolognese.

Art. 2
Caratteristiche dei progetti

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna attiva un bando provinciale per l'erogazione di 3 borse di studio a fronte di progetti di ricerca/approfondimento presentati nei tempi e nei modi di cui all'art. 3. Al bando possono partecipare solo medici iscritti all'Ordine dei Medici di Bologna da non più di sette anni. Le borse di studio sono erogate per un periodo di sei mesi e non sono rinnovabili.

Art. 3
Modalità di presentazione della domanda

La domanda di partecipazione, da redigersi in carta semplice, deve presentare
a) progetto di ricerca/approfondimento
b) titolo
c) finalità (massimo 10 righe)
d) metodologia (massimo 30 righe)
e) risultati attesi (massimo 15 righe)
f) bibliografia per esteso (massimo 3 lavori)
Devono inoltre essere allegati:
1) lettera di presentazione di un Tutor
• il tutor deve essere iscritto all'Ordine dei Medici di Bologna
• la lettera deve specificare in che contesto la ricerca si inserisce;
2) lettera di accettazione del tutor straniero ove verrà svolta la ricerca/approfondimento, nella quale si dovrà specificare:
• la sede dove la ricerca verrà svolta (tale sede deve essere di riconosciuto valore internazionale)
• un breve curriculum vitae del responsabile.
La data di scadenza del bando è stata stabilita dal Consiglio Direttivo per il 15 settembre 2005.
La documentazione dovrà essere presentata o fatta pervenire al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Bologna, in via Zaccherini Alvisi, 4 - 40100 Bologna, entro e non oltre la data di scadenza.
Nella domanda il candidato dovrà presentare sotto la propria responsabilità:
• Cognome, nome, data e luogo di nascita, cittadinanza, residenza, numero di telefono e recapito eletto ai fini del concorso.
• Il diploma di laurea posseduto, con indicazione della data e della votazione conseguita.
• Certificato di iscrizione all'Albo dei Medici.
• Di aver conoscenza della lingua stra-

niera in cui sono tenuti i corsi che intende frequentare presso l'istituzione prescelta.

Art. 4
Valutazione

La borsa sarà assegnata dopo la valutazione comparativa delle domande presentate dai candidati che ne hanno fatto richiesta. Sarà inoltre sostenuto un colloquio volto ad illustrare le caratteristiche del progetto, le finalità dell'interesse collettivo e alla necessità della comunità medico scientifica della provincia di Bologna.
La valutazione avverrà il giorno 14 ottobre alle ore 11 presso la sede dell'Ordine dei Medici.
Per la valutazione dei progetti sarà costituita una commissione giudicatrice composta da:
• Il Presidente della Commissione, nominato dal Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna
• Il Dr. Michele Ugliola, tesoriere
• Un terzo membro ad honorem, da scegliere tra il Dott. Enzo Castiglione e il Prof. Fabio Roversi Monaco.
La commissione avrà mandato annuale.

Art. 5
Conferimento borse

Al termine dei lavori la Commissione giudicatrice formulerà apposita graduatoria di merito che sarà affissa presso la sede dell'Ordine dei Medici di Bologna.
Il vincitore perde diritto alla borsa stessa in caso di rinuncia o espressa comunicazione di disdetta da parte dell'istituzione estera.
Le borse di studio non danno luogo a trattamenti previdenziali, né a valutazioni ai fini della carriera giuridica o economici né a riconoscimenti automatici ai fini previdenziali.
Le borse di studio non sono incompatibili con altre borse.

Art. 6
Atti conclusivi

I Medici che usufruiranno della borsa di studio dovranno, nelle pubblicazioni effettuate durante o anche grazie al finanziamento ottenuto, inserire un ringraziamento all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Bologna.
Inoltre dovranno, entro sei mesi dal rientro in Italia produrre una relazione che presenteranno in una adeguata occasione promossa dall'Ordine allo scopo di aggiornamento e divulgazione dei risultati.

Art. 7
Erogazione della Borsa

L'importo della borsa di studio verrà erogato a cura dell'Ordine dei Medici mediante una relativa delibera. L'importo della borsa è di 1000 euro al mese per sei mesi a fronte di un eguale corrispettivo in scontrini fiscali e/o fatture inerenti.
L'erogazione sarà anticipata in una unica soluzione alla partenza della sede straniera con l'obbligo di presentare la documentazione suddetta.

Art. 8
Trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'articolo 10 della legge 31-12-1996 en. 675 e successive modifiche ed integrazioni, i dati personali forniti dai candidati con le domande di partecipazione al concorso saranno trattati per le finalità connesse alle procedure di conferimento della borse e alla successiva gestione dell'attività correlate.

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI
AGGIORNATO AL 9/06/2005

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
AGAJ JERIV	Via Gherardi, 5 - Bologna	033/24.12.377
AGOSTINI FEDERICA	Via Bencivenni, 25 - Bologna	051/40.51.22 - 347/31.86.030
AHMED SHEIKH MAYE HODMAN	Via del Carpentiere, 56 - Bologna	051/53.38.38 - 333/76.28.084
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
BENEDETTI EMANUELA	Via S. Felice, 121 - Bologna Via Massarenti, 41 - S. Giovanni in Persiceto	335/56.19.093
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
BIANCHINI SILVIA	Via P. Mengoli, 20 - Bologna	051/34.12.65 - 347/76.04.654
BIAZZO DANIELA	Via Mulino Parisio, 6 - Bologna	349/56.64.115
BOCCIA LORENZA	Via Borgo S. Pietro, 99 - Bologna	333/10.87.014
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
BOVINA GABRIELE	Via Argini Nord, 4738 - Crevalcore	051/98.73.23 - 380/41.35.207
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
CARUSO LORELLA	Via L. Berti, 2 - Bologna	051/55.40.79 - 328/92.58.209
CIPRIANI LINDA	Via Albini, 2 - Bologna	349/87.49.563
CONGEDO ENRICO MARIA	Via Mascarella, 30 - Bologna	051/22.03.42 - 347/00.81.655
DAMIANO GIUSEPPE	P.tta Carlo Musi, 1 - Bologna	347/31.15.267
DAVIDOVITS MICHAL	Via B. Marcello, 20 - Bologna	051/62.33.536 - 339/35.11.175
D'ECCLESIA ANNARITA	Via Orlandi, 3 - S. Lazzaro di Savena	329/71.26.175
DE CRISTOFARO ENRICO	Via Dell'Argine, 29 - Bologna	348/38.20.746
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
FALZONE FRANCESCA	Via G. Pacini, 1/C - Caltanisetta	0934/45.95.735 - 349/32.55.347
FIORINI MASSIMO	Via Casale, 4 - S. Lazzaro di Savena	051/60.12.632 - 349/32.52.049
GRAZIOSI MADDALENA	Via Riva di Reno, 118 - Bologna	051/26.49.60 - 340/73.07.803
GUERNELLI BARBARA	Via Montelungo, 6 - Bologna	347/60.32.516
IELASI ALFONSO	Via A. Righi, 1 - Bologna	051/58.79.943 - 338/84.33.189
LIO VALENTINO	Via Massa Carrara, 4 - Bologna	051/18.92.317 - 348/65.25.277
LOTTI ENRICO MARIA	Via Bollettini, 18 - Bologna	328/21.96.313
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
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
MEI LINDA	Via Stazione - Porretta Terme	051/58.75.615 - 347/76.43.462
MICONI ALESSANDRA	Via Torleone, 10 - Bologna	051/30.84.78 - 343/46.23.147
MOSCARDELLI ELISA	Via Mazzini, 54 - Bologna	051/30.93.44 - 320/30.09.747
MURAGLIA ALESSANDRO	Via Tibaldi, 1/4 - Bologna	349/77.73.718
MURATORI GIUSEPPE	Via Riva di Reno, 56 - Bologna	051/52.26.94 - 338/60.33.803
MUSCOLO PATRIZIA	Via Guerrini, 7 - Bologna	339/81.91.400
NANNI LISA	Via Romagnoli, 40 - Bologna	051/44.22.39 - 347/77.30.083

NDONGKO AFIANDEM	Via Guelfa, 68 - Bologna	051/60.14.703 - 349/05.49.054
NTRETA MARIA	Via A. Massone, 1 - Bologna	051/30.97.34 - 347/01.83.143
ORAZI LUCA	Via Albini - Bologna	347/86.16.380
PEREZ CRISTIAN MANUEL	Via O. Regnoli, 50 - Bologna	051/25.16.97 - 338/11.87.790
POLI FRANCESCA	Via Malta, 7 - Bologna	335/65.31.677
PRATI ANDREA	Via Morandi, 5 - Pianoro	347/83.94.839
RIPANI RAFFAELLA	P.zza Porta Mascarella, 1 - Bologna	051/25.12.49 - 347/50.05.518
RIZZO ALESSANDRA	Via Francesco Rocchi, 20 - Bologna	347/62.72.570
RIZZUTI SIMONA	Via Vittorio Veneto, 38 - Bologna	347/68.86.349
SABETTI ANNARITA	Via P. Palagi, 25 - Bologna	051/39.31.82 - 328/33.92.178
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
Solo nei mesi di giugno, agosto e settembre		
SIFAKI EVANGELIA	Via Mengoli, 34 - Bologna	328/26.12.987
STAFA ALTIN	Via Barberia, 24 - Bologna	349/58.70.970
TSANITA STAVROULA-CHAROULA	Via Murri, 8 - Bologna	051/30.84.51 - 348/03.28.636
TURILLI PAOLA DANIELA	Via Caravaggio, 20 - Casalecchio di Reno	349/23.03.676
UJKAJA MANJOLA	Via N. Pisano, 36 - Bologna	051/53.17.26 - 340/33.96.347
VACCARISI DAVIDE CORRADO	Via della Salita, 23 - Bologna	339/28.36.797
VENTURA ELISABETTA	Via Pasubio, 61 - Bologna	333/22.05.287

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione	Telefono
BAIOCCHI MASSIMO	Anestesia e Rianimazione	347/44.32.960
BELMONTE SIMONA	Neuropsichiatria Infantile	347/79.84.005
BERNARDI ALESSANDRA	Oncologia	338/90.75.037
CARACCIOLO DOMENICO	Ginecologia e Ostetricia	051/39.90.43 - 347/03.05.503
CIANCIMINO SAVERIO	Odontoiatra	339/20.37.061
DE TOMA DAMIANA	Medicina Interna	051/39.75.12
DE PASQUALE ANNA	Radioterapia	329/01.17.643
FABBRI SILVIA	Oftalmologia	328/18.84.312
GARUTI SILVIA	Oftalmologia	338/25.35.341
GIORGI GIUSEPPE	Otorinolaringoiatria	349/38.18.064
KURIA FREDRICK G.	Medicina Interna	380/42.51.331
LABELLARTE IVANA	Otorinolaringoiatria	349/84.86.351
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
MENNA GIUSEPPE	Pediatria	051/62.31.824 - 333/99.26.185
MONORCHIO SAVERIO	Igiene e Medicina Preventiva	051/56.45.45 - 328/69.66.126
MORARA DONATELLA	Psichiatria	051/34.06.28 - 347/41.01.641
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
RUGHI MORENA	Dermatologia e Venerologia	333/47.48.242
SARTI MANUELA	Oncologia	051/62.59.618 - 320/11.36.618
TARTAGLIA ANDREAS	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	051/34.68.42 - 333/21.21.566
VENTURI MARTA	Medicina Interna	051/53.57.43 - 333/61.66.366
VISENTIN STEFANO	Pediatria Preven. e Puericoltura	051/23.13.29

Invito per stipulare convenzioni con medici specialisti

➔ Si trasmette l'invito diretto a tutte le strutture sanitarie ed ai singoli medici finalizzato alla stipula di convenzioni per l'esecuzione di visite specialistiche cardiologiche e psichiatriche sui richiedenti prestazioni previdenziali all'INPS presso il Centro Medico Legale Polispecialistico della Direzione Regionale, con preghiera di dare ampia pubblicità all'invito, anche mediante pubblicazione sul Bollettino Notiziario.
Per ogni eventuale informazione si prega di mettersi in contatto con lo scrivente utilizzando i seguenti numeri telefonici:
051 256 394-396-397 - Fax 051 256399
E-mail: nicolo.detrizio@inps.it

Dr. Nicolò de Trizio

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 professiionisti.
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 definiti 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 aderiranno 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) CARDIOLOGIA
2) PSICHIATRIA

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 nasci-

ta 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 Dirigento Medico 2° livello
Dr. Nicolò de Trizio

Il Direttore Regionale
Dr. Francesco Papa

Medici, non più di 48 ore settimanali

➔ **Il Tribunale di Bolzano boccia un'ordinanza della Provincia che aumentava a 56 ore l'orario dei sanitari**

Il Tribunale di Bolzano ha accolto il ricorso presentato dalle associazioni sindacali dei medici ospedalieri, che definisce illegittima un'ordinanza della provincia con la quale si aumentava a 56 ore l'oradio dei sanitari. Rovesciando quanto stabilito in primo grado, la decisione definisce illegittima l'ordinanza della provincia emessa il 7 febbraio scorso sulla materia e che aveva dato luogo a vivaci polemiche e ad agitazioni da parte dei destinatari del provvedimento. Secondo la decisione, l'ordinanza provinciale violerebbe la normativa europea e quella nazionale per la quale l'orario massimo di lavoro non può superare le 48 ore settimanali, compresi gli straordinari. La notizia è stata diffusa dall'Anaao, il più rappresentativo dei sindacati dei camici bianchi, che ha manifestato comprensibile soddisfazione per questa decisione del tribunale.

Onorari per le sostituzioni medico di medicina generale e pediatra di libera scelta

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

➔ Visto il favore con il quale gli scorsi anni i medici di medicina generale ed i colleghi sostituti hanno accolto le "tariffe indicative" proposte dall'Ordine dei Medici di Bologna si ritiene utile pubblicare **le tariffe aggiornate al 2005**:

a) medico con meno di 1000 pazienti: 62 euro al giorno (–20% di ritenuta d'acconto da versare da parte del medico titolare che si fa sostituire = 49,60 euro netti al giorno);
b) medico con numero di pazienti compreso tra 1001 e 1499: 92 euro al giorno (–20% = 73,60 euro netti al giorno);
c) medico massimalista: 111 euro al giorno (–20% = 88,80 euro netti al giorno).

Le cifre riportate si riferiscono ai giorni lavorativi; nei giorni prefestivi, visto che la disponibilità a ricevere le chiamate per

visite domiciliari è di 2 ore (dalle 8 alle 10 del mattino) si ritiene congruo venga pagata una cifra pari al 30% (e quindi rispettivamente 20,50 euro fino a 1000 pazienti, 30 euro da 1001 a 1499, 36,50 euro per i massimalisti).
Si consiglia, infine, che le suddette cifre vadano adattate, col buon senso, al numero reale dei pazienti.
Ribadiamo che la "monetizzazione" del paziente, in base alla quota capitaria è veramente avvilente (specie a queste cifre) ma è l'unica soluzione valida per potere regolamentare, in modo equo, i rapporti tra medico titolare e sostituto.

PEDIATRA CONVENZIONATO

a) da 0 a 400 assistiti = 73 euro al giorno (–20% ritenuta d'acconto = 58,40 euro);
b) da 401 a 799 assistiti = 100 euro al giorno (–20% = 80 euro);
c) da 800 assistiti in poi = 122 euro al giorno (–20% = 97,60 euro);

In caso di assistenza prolungata:
in caso di assenza oltre il 30° giorno il medico sostituto (che riceve l'intero onorario dalla AUSL) dovrebbe versare il 30% del suddetto importo al titolare (per contributo spese alla gestione dello studio).

AVVISO IMPORTANTE

Comune di Bologna

IL SINDACO

Viste:
le ordinanze PG 121652/1998 e 172589/1998, relative alla Zona residenziale "E" comprendente le strade: VIA BELLINZONA (tratto da Via Belluzzi al termine della strada in corrispondenza del civico 60) - VIA VALLE DI PREDA - VIA VOLTERRA - VIA LEVI CIVITA

le ordinanze PG 67104/1999, 74485/1999, 97250/1999 relative alla Zona residenziale "D" comprendente le strade: VIA VALLESCURA - VIA CINO DA PISTOIA - VIA ODOFREDO - VIA SAN FREDIANO - VIA PETRARCA - VIA GUALANDI - VIA BAMBAGLIOLI - VIA DELL'OSSERVANZA (tratto tra via San Mamolo e civici 17 e 32).
Preso atto delle difficoltà oggettive riscontrabili per i medici che debbano recarsi in visita domiciliare presso le abitazioni dei residenti in quelle zone, a causa della macchinosità dell'operazione di consegna preventiva del permesso da parte del residente al proprio medico.
Ritenuto opportuno individuare una soluzione atta a rendere possibile la sosta dei medici in visita domiciliare, in considerazione della loro specifica e preminente caratteristica di attività al servizio del residente.
Visti gli artt. 6 e 7 del vigente Codice della Strada.
Su proposta del Settore Mobilità Urbana

ORDINA

I medici che si recano in visita domiciliare nelle zone citate in premessa potranno sostare nell'area per un tempo massimo di 30 minuti, da comprovarsi mediante esposizione di disco orario.
Il veicolo in sosta dovrà esporre in maniera ben visibile sul parabrezza lo specifico contrassegno "medico in visita domiciliare" rilasciato dall'Ordine dei Medici.
Il presente provvedimento ha carattere sperimentale, e sarà soggetto a revisione dopo un congruo periodo di attuazione, tale da consentire una corretta valutazione degli effetti.

p. il Sindaco Maurizio Zamboni

COMUNICATO STAMPA

Schema Polizza Lloyd's - RICS Italia 2005

Siglata la convenzione tra Lloyd's e Royal Institution of Chartered Surveyor
Testo Lloyd's All Risks per gli iscritti al RICS Italia

➔ Il RICS Italia – **Royal Institution of Chartered Surveyors** – dopo una lunga e approfondita ricerca di mercato tra le maggiori compagnie Italiane ed Internazionali ha concluso, lo scorso 20 Maggio, una convenzione che permette, a tutti i membri del **RICS Italia** Liberi professionisti o associati nelle varie forme previste dalla legge, di stipulare a condizioni di favore una copertura assicurativa di Responsabilità Professionale con i Lloyd's di Londra.
La polizza RICS Italia 2005 è formulata con lo schema Lloyd's di tipo "All Risks", già collaudato con importanti associazioni e Consigli Nazionali (OICE, InArSind, CNG, CNAL, CNC, ecc), secondo il quale tutte le tipologie di sinistro sono comprese salvo quelle esplicitamente escluse, e prevede, a differenza delle polizze normalmente reperibili sul mercato, anche la garanzia dei danni "patrimoniali o indiretti" senza sottolimiti rispetto al massimale generale.
Le principali specializzazioni dei membri RICS Italia comprese in garanzia sono: Building Survey, Commercial Property, Construction, Dispute Resolution, Environment, Facilities Management, Geomatics, Management Consultancy, Planning and Development, Plant and Machinery, Project Management, Research, Residential, Rural, Valuation.
"L'importanza dell'accordo – dichiara l'Ing. Luciano Capaldo, Presidente del RICS Italia – è quella di aver creato una copertura assicurativa completa, nata dalla reciproca collaborazione, tramite la AEC Broker, tra gli assicuratori (Lloyd's) e il RICS Italia, che garantisse anche in Italia le attività professionali e le specializzazioni che i membri RICS esercitano a livello mondiale a condizioni economiche di 'Convenzione' ".
"Inoltre – sottolinea Fabrizio Callarà, Presidente della AEC Broker – i membri del RICS Italia potranno stipulare singolarmente la copertura assicurativa senza necessità di un numero minimo di aderenti e godranno dell'assistenza professionale fornita dalla rete territoriale di Broker professionisti nostri corrispondenti".
"Dopo aver creato una fitta rete di convenzioni per i professionisti italiani – continua Fabrizio Callarà – stiamo consolidando la nostra nicchia con le associazioni internazionali di professionisti operanti in Italia confermandoci il Corrispondente dei Lloyd's specializzato nella Professional Indemnity".
Un documento illustrativo della polizza è visibile nel sito Internet dell'AEC Broker (www.merloni.net) e sul sito del RICS Italia (www.rics.org).

Per maggiori informazioni:
RICS Italia
Via Albricci, 9 20122 - Milano
tel. 02.72006090 - Fax 02.72015845
E-mail: ricsitalia@rics.org
Internet : www.rics.org

AEC SpA
Piazza delle Muse, 7 - 00197 ROMA
Tel. 06.85332.1 - Fax 06.85332.333
E-mail: info@merloni.net
Internet: www.merloni.net

Ai blocchi di partenza le verifiche per l'autorizzazione degli studi odontoiatrici

➔ Con l'art. l'art. 13 della legge n. 14 del 3 febbraio 2003 è scomparsa la cosiddetta "annotazione" per i medici specialisti in campo odontoiatrico. In pratica, come già noto, coloro che svolgono l'attività di dentista devono, per poter essere legittimati all'esercizio, essere iscritti all'albo degli odontoiatri. Per questo motivo è stato richiesto dal coordinatore della commissione di esperti L.R.34/98 dell'ASL di Bologna l'elenco degli iscritti all'albo "… in quanto l'accertamento previsto dalla delibera regionale 2520/04 sarà completato anche dalla valutazione dell'iscrizione all'albo degli odontoiatri e dalla segnalazione all'Ordine nel caso di esercizio di attività odontoiatrica di persona non iscritta".

Non è mia intenzione innescare polemiche con colleghi che rispetto, soprattutto, quando sono disposti a pagare in prima persona per le proprie opinioni; lo scenario che si apre va, però, valutato attentamente, a maggior ragione da chi non è a fine carriera e non può contare sul cronico ritardo della giustizia italiana.

Nessuno mette in dubbio il diritto del medico specialista in campo odontoiatrico di esercitare questa professione. La condizione che si è creata è, però, simile a quella dell'automobilista che per anni non ha causato incidenti o ricevute contravvenzioni, ma fermato per un controllo ha la patente scaduta. Questa condizione non significa che non è più in grado di condurre l'auto, ma questa gli è sequestrata lo stesso. L'esempio è banale, ma forse spiega meglio di tante parole la condizione di chi per scelta o per pigrizia non si è ancora iscritto all'albo degli odontoiatri.

Il contemporaneo obbligo di dover autorizzare lo studio professionale (le prime verifiche sono attese poco prima delle vacanze estive) mi fanno sorgere un ulteriore dubbio. È possibile autorizzare un professionista che non è legittimato? Se l'autorizzazione non è possibile, la successiva iscrizione porterà alla necessità di presentare una nuova domanda autorizzativa con la perdita della possibilità di usufruire delle deroghe? Il problema non è di poco conto, anche perché i provvedimenti previsti dalle normative in vigore, chiusura dello studio e possibile denuncia penale ai sensi dell'art. 193 del testo unico delle leggi sanitarie, fanno tremare i polsi. Nella speranza che gli 88 colleghi che ancora non hanno regolarizzato la loro posizione valutino attentamente il loro comportamento formulo un caloroso in bocca al lupo a coloro che hanno lo studio in via Ragazzi del '99 e aree limitrofe. Come avrete già saputo la lettera sorteggiata è stata la R e da questa lettera cominceranno le verifiche.

M. Venturi

Per gentile concessione Aboca Museum

continua dal numero precedente

LEGGE REGIONALE 23 dicembre 2004, n. 29

Norme generali sulla organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario regionale

AVVERTENZA - Il testo viene pubblicato con l'aggiunta delle note redatte dal Servizio Affari Legislativi e Qualità della Normazione al solo scopo di facilitarne la lettura. (*Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 466 del 17 settembre 1985*).

segue NOTE ALL'ART. 3

6. Il Direttore generale nel disciplinate con proprio atto l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda deve, inoltre, attenersi al rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza e prevedere che:

a) l'attribuzione ai dirigenti di strutture complesse, di cui al comma 1 dell'art. 15-bis del decreto legislativo di riordino, di compiti comportanti decisioni che impegnano l'Azienda verso l'esterno, avvenga nel rispetto della programmazione aziendale, entro i limiti economici e secondo le modalità operative definite in sede di assegnazione degli obiettivi previsti dal piano delle azioni e, comunque, avvalendosi delle strutture aziendali di riferimento;
b) l'affidamento di appalti e di contratti per la fornitura di beni e servizi, d'importo inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, avvenga nel rispetto di adeguate valutazioni di economicità e efficacia e dei principi della concorrenza; il ricorso, in via ordinaria, alla procedura negoziata e, nell'ambito di essa, alla trattativa diretta con il singolo fornitore, avvenga previe indagini di mercato, valutazione del dati, ove disponibili, dell'osservatorio prezzi di cui all'art. 28 della L.R. 50/94, c/o confronti concorrenziali, sia pure privi delle formalità previste con riferimento alle procedure concorsuali; la rinnovazione dei contratti in essere è consentita unicamente nel rispetto del limite massimo di durata novennale ed in presenza di un significativo beneficio per l'Azienda, in termini economico-funzionali.

7. L'atto aziendale costituisce lo strumento di valorizzazione dell'autonomia e della responsabilità dell'Azienda e delle sue articolazioni con riguardo ai risultati da conseguire ed agli strumenti per la loro verifica; esso è adottato in coerenza con apposite direttive della Giunta regionale che, tra l'altro, individuano il profilo e le principali funzioni del Direttore sanitario, del Direttore amministrativo, nonché del Servizio infermieristico e tecnico e dei soggetti preposti alle articolazioni aziendali di cui ai commi 3, 4 e 5.

8. Il Direttore generale di ciascuna Azienda sanitaria adotta l'atto aziendale di organizzazione e funzionamento entro sessanta giorni dalla emanazione delle direttive di cui al comma 7.

9. L'atto aziendale è trasmesso alla Giunta regionale per la verifica di confor-

mità alle direttive di cui al comma 7. Decorsi trenta giorni dal ricevimento dell'atto la verifica si intende positiva.

10. La Giunta regionale con apposita direttiva individua le attività e la composizione del Collegio di direzione, del Consiglio del sanitari e del Comitato di dipartimento.».

Comma 5
3) Il testo dell'art. 3, comma 1-quater e 1-quinquies del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è il seguente:
«Art. 3 – Organizzazione delle unità sanitarie locali
omissis.

1-quater. Sono organi dell'azienda il direttore generale e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.

1-quinquies. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.
omissis».

NOTE ALL'ART. 4

Comma 1
1) Il testo dell'art. 3 – quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1**
della Legge 23 ottobre 1992, n. 421 è il seguente:
«Art. 3-quinquies – Funzioni e risorse del distretto
1. Le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire:
a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presìdi specialistici ambulatoriali;
b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

2. Il distretto garantisce:
a) assistenza specialistica ambulatoriale;
b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
d) attività o servizi rivolti a disabili e anziani;
e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;

f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

3. Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizza-tive del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.».

Comma 2
2) Il testo dell'art. 3 – quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è il seguente:
«Art. 3-quarter – Il distretto
1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presìdi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:
a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies;
b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presìdi per il territorio di competenza;
c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione.».

NOTE ALL'ART. 5

Comma 1
1) Il testo dell'art.11 della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 concernente **Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517**, come modificato dalla legge regionale 20 ottobre 2003, n.21, è il seguente:
«Art. 11 – Conferenza territoriale sociale e sanitaria
1. È istituita la Conferenza territoriale sociale e sanitaria composta:
a) dai Sindaci dei comuni ricompresi nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda Unità sanitaria locale, o loro

delegati, individuati nell'ambito dell'esecutivo;
b) dal Presidente della Provincia, o suo delegato, individuato nell'ambito dell'esecutivo che fa parte di diritto dell'esecutivo di cui al comma 4. Nelle province in cui sia presente la sede universitaria, opportune intese con l'Università disciplinano la partecipazione del Rettore, o suo delegato, alla Conferenza ed all'esecutivo, limitatamente alle materie di reciproco interesse.

2. La Conferenza territoriale sociale e sanitaria assolve ai compiti ed alle funzioni di cui al comma 14 dell'articolo 3 del decreto legislativo di riordino ed alla normativa regionale in materia di servizi sociali:
a) partecipa alle funzioni di programmazione locale e regionale e, secondo modalità disciplinate dal Piano sanitario regionale, al processo di elaborazione e di approvazione dei piani attuativi locali ed esprime parere sui piani annuali di attività;
b) esercita le funzioni di indirizzo e verifica periodica dell'attività delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole al Direttore generale ed alla Regione. A tal fine viene dotata di strumenti informativi ed operativi idonei ad espletare i compiti e le funzioni di propria competenza;
c) esprime parere obbligatorio sul Piano programmatico delle Aziende sanitarie, di cui all'art. 5 della L.R. 20 dicembre 1994, n. 50 e sui relativi aggiornamenti annuali;
d) esprime parere obbligatorio sul bilancio pluriennale di previsione, sul bilancio economico preventivo e sul bilancio d'esercizio, trasmettendo alla Regione eventuali osservazioni ai fini del controllo esercitato dalla Giunta regionale a norma del comma 8 dell'art. 4 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412;
e) promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria previsti dai Piani di zona, tenuto conto delle indicazioni del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, assicurando l'integrazione e la coerenza con i Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale;
f) formula parere obbligatorio sugli accordi tra Aziende sanitarie e Università, attuativi dei protocolli di intesa tra Regione e Università;
g) partecipa alla valutazione della funzionalità dei servizi e della loro razionale distribuzione territoriale, utilizzando indicatori omogenei di attività e di risultato definiti dalla Regione ed eventualmente integrati dalle Aziende.

3. La Giunta regionale, sentita la Conferenza Regione-Autonomie locali, disciplina le modalità di funzionamento delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie e della rappresentanza di cui al comma 14 dell'art. 3 del decreto legislativo di riordino. Tale rappresentanza assume la denominazione ed il ruolo di Ufficio di Presidenza della Conferenza.

4. L'Ufficio di Presidenza, oltre che dal Presidente della Provincia, o suo delegato, è composto da non più di cinque membri individuati dalla Conferenza al proprio interno, tenuto conto dell'articolazione distrettuale della Azienda Unità sanitaria locale, ed espleta, in nome e per conto della Conferenza, le funzioni stabilite nella deliberazione di cui al comma 3. Il numero massimo dei membri può essere elevato nei casi in cui l'Azienda Unità sanitaria locale ricomprenda più di cinque distretti, sino ad includere un rappresentante per ogni distretto.

5. I Direttori generali delle Aziende sanitarie partecipano alle sedute dell'Ufficio di Presidenza e della Conferenza su invito del Presidente.».

2) Il testo dell'art. 3-bis, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è il seguente:
«Art. 3-bis – Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario
1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui al comma 3.

2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-octies.

3. Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:
a) diploma di laurea;
b) esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso.

4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale e in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 199, n. 229, con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data.

5. Le regioni determinano preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.

7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di

imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporne la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il Sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito, in sede di revisione del , anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.

9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

10. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

11. La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato.

12. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 11, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria e alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previ-

sti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, è versata dall'unità sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di appartenenza, con recupero della quota a carico dell'interessato.

13. In sede di revisione del , si applica il comma 5 del presente articolo.

14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.
15. In sede di prima applicazione, le regioni possono disporre la proroga dei contratti con i direttori generali in carica all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di dodici mesi.».

3) Il testo dell'art. 17 della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 concernente **Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517** è il seguente:

«Art. 17 – Piano sanitario regionale
1. Il Piano sanitario regionale, di norma di durata triennale, in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale e nel rispetto delle relative previsioni, prevede:
a) gli obiettivi di salute, nonché gli indirizzi e i programmi necessari a soddisfare le esigenze di salute della popolazione regionale;
b) le aree prioritarie di intervento;
c) la definizione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario regionale e la individuazione di criteri di riparto efficaci e funzionali ad un'equa allocazione delle stesse;
d) le modalità di raccordo tra la programmazione regionale e la programmazione attuativa locale;
e) i progetti obiettivo e i progetti speciali;
f) le modalità di proposta e di approvazione da parte della Regione dei piani attuativi locali.

2. Il Piano sanitario è approvato dal Consiglio regionale, su proposta della Giunta, previo esame delle osservazioni eventualmente formulate dalla conferenza Regione-autonomie locali, nel rispetto delle procedure di cui ai commi 13 e 14 dell'art. 1 del decreto legislativo di riordino.

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

3. Le università dell'Emilia-Romagna partecipano alla elaborazione del Piano sanitario regionale nelle forme e con le modalità di cui ai protocolli d'intesa stipulati tra Regione e università.

4. La Giunta regionale presenta annualmente al Consiglio regionale ed alla conferenza Regione-autonomie locali, di cui all'art. 25 della , una relazione sull'attuazione del Piano sanitario regionale.».

Comma 4
4) Il testo dell'art. 11 della della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 concernente **Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517** è citato alla nota 1 del presente articolo.

Comma 7
B>5) Il testo dell'art.9, comma 5, della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 concernente **Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517** è il seguente:
Art. 9 – Distretti
(omissis)

5. Il Comitato di Distretto, nell'ambito degli indirizzi espressi dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria, svolge funzioni di proposta e di verifica sulle attività distrettuali relativamente a:
a) piani e programmi distrettuali definiti dalla programmazione aziendale;
b) budget di Distretto e priorità d'impiego delle risorse assegnate;
c) verifica dei risultati conseguiti utilizzando a tal fine indicatori omogenei come definiti alla lett. g) del comma 2 dell'art. 11;
d) assetto organizzativo e localizzazione dei servizi distrettuali. Le proposte di localizzazione dei servizi distrettuali sono sottoposte al parere obbligatorio del Comitato di Distretto;
e) esprime parere obbligatorio sulla assegnazione delle risorse tra i distretti.
(omissis)».

NOTE ALL'ART. 6

Comma 3
1) Il testo dell'art. 828 del codice civile è il seguente:
«Art. 828 – Condizione giuridica dei beni patrimoniali
I beni che costituiscono il patrimonio dello Stato, delle province e dei comuni sono soggetti alle regole particolari che li concernono e, in quanto non è diversamente disposto, alle regole del presente codice (C.c 11).
I beni che fanno parte del patrimonio indisponibile non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalle leggi che li riguardano (C.c. 1145)».

Comma 4
2) Il testo dell'art. 2, comma 2 – sexies, lettera g), numero 1 e numero 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è il seguente:

«Art. 2 – Competenze regionali
2-sexies. La regione disciplina altresì:
(omissis)
g) fermo restando il generale divieto di indebitamento, la possibilità per le unità sanitarie locali di:
1) anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, inclusi i trasferimenti, iscritti nel bilancio preventivo annuale;
2) contrazione di mutui e accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino a un

ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, a esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;
omissis».

NOTE ALL'ART. 7

Comma 1

1) Il testo dell'art. 9 – bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421**, nel testo aggiunto dall'art. 11 del decreto legislativo n.517 del 1993 e successivamente sostituito dall'articolo 10 del decreto legislativo n.229 del 1999 è il seguente:

«Art. 9-bis – Sperimentazioni gestionali

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, autorizzano programmi di sperimentazione aventi a oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.

2. Il programma di sperimentazione è adottato dalla regione o dalla provincia autonoma interessata, motivando le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale ed evidenziando altresì gli elementi di garanzia, con particolare riguardo ai seguenti criteri:

a) privilegiare nell'area del settore privato il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale individuate dall'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460;
b) fissare limiti percentuali alla partecipazione di organismi privati in misura non superiore al quarantanove per cento;
c) prevedere forme idonee di limitazione alla facoltà di cessione della propria quota sociale nei confronti dei soggetti privati che partecipano alle sperimentazioni;
d) disciplinare le forme di risoluzione del rapporto contrattuale con privati che partecipano alla sperimentazione in caso di gravi inadempienze agli obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi;
e) definire partitamente i compiti, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati che partecipano alla sperimentazione gestionale, avendo cura di escludere in particolare il ricorso a forme contrattuali, di appalto o subappalto, nei confronti di terzi estranei alla convenzione di sperimentazione, per la fornitura di opere e servizi direttamente connessi all'assistenza alla persona;
f) individuare forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione della convenzione di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione.

3. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi, ivi comprese le forme di collaborazione in atto con soggetti privati per la gestione di compiti diretti di tutela della salute. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

4. Al di fuori dei programmi di sperimentazione di cui al presente articolo, è fatto divieto alle aziende del Servizio sanitario nazionale di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute.».

Comma 2
2) Il testo dell'art. 7, comma 3, della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 concernente **Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517**, nel testo introdotto dall'articolo 57 della legge regionale n. 2 del 2003 è il seguente:
«Art. 7 – Integrazione delle attività socio-assistenziali e sanitarie
omissis
3. Le Aziende unità sanitarie locali possono partecipare, al fine di migliorare l'integrazione professionale nei servizi e favorire semplificazioni gestionali, a forme di gestione di attività e servizi socio-sanitari costituite dagli Enti locali, secondo quanto previsto dal testo unico di cui al DLgs n. 267 del 2000. Per le partecipazioni societarie si applicano le norme di cui all'articolo 51 della L.R. 20 dicembre 1994, n. 50 (Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere).».

NOTE ALL'ART. 8

Comma 1
1) Il Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 concerne **Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni pubbliche**.

2) Il testo dell'art. 15 – sexies del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421**, nel testo introdotto dal decreto Legislativo n. 229 del 1999, è il seguente:
«Art. 15-sexies – Caratteristiche del rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari che svolgono attività libero-professionale extramuraria
1. Il rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari in servizio al 31 dicembre 1998 i quali, ai sensi dell'articolo 1, comma 10, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, abbiano comunicato al direttore generale l'opzione per l'esercizio della libera professione extramuraria e che non intendano revocare detta opzione, comporta la totale disponibilità nell'ambito dell'impegno di servizio, per la realizzazione dei risultati programmati e lo svolgimento delle attività professionali di competenza. Le aziende stabiliscono i volumi e le tipologie delle attività e delle prestazioni che i singoli dirigenti sono tenuti ad assicurare, nonché le sedi operative in cui le stesse devono essere effettuate.».

3) Il testo dell'art. 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 concernente **Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419** è il seguente:

«Art. 13 – Modificazioni all'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502».
4) Il testo dell'art. 2 – septies del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81 concernente **Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica** è il seguente:
«Art. 2 – septies
Il comma 4 dell'articolo 15-quater del , è sostituito dal seguente:
«4. I soggetti di cui ai commi 1, 2 e 3possono optare, su richiesta da presentare entro il 30 novembre di ciascun anno, per il rapporto di lavoro non esclusivo, con effetto dall'1 gennaio dell'anno successivo. Le regioni hanno la facoltà di stabilire una cadenza temporale più breve. Il rapporto di lavoro esclusivo può essere ripristinato secondo le modalità di cui al comma 2. Coloro che mantengono l'esclusività del rapporto non perdono i benefici economici di cui al comma 5, trattandosi di indennità di esclusività e non di indennità di irreversibilità. La non esclusività del rapporto di lavoro non preclude la direzione di strutture semplici e complesse».

2. Il termine di cui al comma 3 dell'articolo 15-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è differito alla data della stipulazione del relativo contratto collettivo nazionale di lavoro successivo all'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Sono fatti salvi gli effetti degli atti amministrativi definitivi, emanati dagli organi preposti nel periodo intercorrente tra il 1° gennaio 2003 e la data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, compiuti in ottemperanza delle disposizioni previste dal citato comma 3 dell'articolo 15-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.».

Comma 3
5) Il testo dell'art. 15 – ter del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è il seguente:
«Art. 15-ter – Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura
1. Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti, a tempo determinato, dal direttore generale, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale, compatibilmente con le risorse finanziarie a tal fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui all'articolo 15, comma 5. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a sette, con facoltà di rinnovo. Ai predetti incarichi si applica l'articolo 19, comma 1, del decreto legislativo n. 29 del 1993 e successive modificazioni. Sono definiti contrattualmente, nel rispetto dei parametri indicati dal contratto collettivo nazionale per ciascun incarico, l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata dell'incarico, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico.
2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, sulla base di una rosa di candidati idonei selezionata da una apposita commissione. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve. La commissione, nominata dal direttore generale, è composta dal direttore sanitario, che la presiede, e da due dirigenti dei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale, preposti a una struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno individuato dal direttore generale e uno dal Collegio di direzione. Fino alla costituzione del collegio alla individuazione provvede il Consiglio dei sanitari.

3. Gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 sono revocati, secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, in caso di: inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento; mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati; responsabilità grave e reiterata; in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro. Nei casi di maggiore gravità, il direttore generale può recedere dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del codice civile e dei contratti collettivi nazionali di lavoro. Il dirigente non confermato alla scadenza dell'incarico di direzione di struttura complessa è destinato ad altra funzione con il trattamento economico relativo alla funzione di destinazione previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico del relativo profilo.

4. I dirigenti ai quali non sia stata affidata

la direzione di strutture svolgono funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca nonché funzioni ispettive, di verifica e di controllo.

5. Il dirigente preposto a una struttura complessa è sostituito, in caso di sua assenza o impedimento, da altro dirigente della struttura o del dipartimento individuato dal responsabile della struttura stessa; alle predette mansioni superiori non si applica l'articolo 2103, comma primo, del Codice civile.».

Comma 4
6) Il testo dell'art. 5 del decreto legislativo 29 dicembre 1999, n. 517 concernente **Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale e Università, a norma dell'articolo 6 della Legge 30 novembre 1998, n. 419** è il seguente:
«Art. 5 – Norme in materia di personale
1. I professori e i ricercatori universitari, che svolgono attività assistenziale presso le aziende e le strutture di cui all'articolo 2 sono individuate con apposito atto del direttore generale dell'azienda di riferimento d'intesa con il rettore, in conformità ai criteri stabiliti nel protocollo d'intesa tra la regione e l'università relativi anche al collegamento della programmazione della facoltà di medicina e chirurgia con la programmazione aziendale. Con lo stesso atto, è stabilita l'afferenza dei singoli professori e ricercatori universitari ai dipartimenti di cui all'articolo 3, assicurando la coerenza fra il settore scientifico-disciplinare di inquadramento e la specializzazione disciplinare posseduta e l'attività del dipartimento. I protocolli d'intesa tra università e regione determinano, in caso di conferimento di compiti didattici, l'attribuzione di funzioni assistenziali alle figure equiparate di cui all'articolo 16 della Legge 19 novembre 1990, n. 341, con l'applicazione delle disposizioni di cui al presente articolo e all'articolo 6.

2. Ai professori e ricercatori universitari di cui al comma 1, fermo restando il loro stato giuridico, si applicano, per quanto attiene all'esercizio dell'attività assistenziale, al rapporto con le aziende e a quello con il direttore generale, le norme stabilite per il personale del Servizio sanitario nazionale. Fermo restando l'applicazione del presente decreto, apposite linee guida emanate con decreti dei Ministri della sanità e dell'università, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, possono stabilire specifiche modalità attuative in relazione alle esigenze di didattica e di ricerca. Dell'adempimento dei doveri assistenziali il personale universitario risponde al direttore generale. Le attività assistenziali svolte dai professori e dai ricercatori universitari si integrano con quelle di didattica e ricerca. L'obbligo dell'esercizio dell'attività assistenziale per i professori e per i ricercatori è sospeso nei casi di aspettativa o congedo ai sensi degli articoli 12, 13 e 17 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382. Le autorizzazioni di cui al predetto articolo 17 sono concesse dal rettore, previa intesa con il direttore generale, per assicurare la compatibilità con l'ordinario esercizio dell'attività assistenziale. Non è altrimenti consentito al predetto personale recedere dall'attività assistenziale.

3. Salvo quanto diversamente disposto dal presente decreto, nei confronti del personale di cui al comma 1, si applicano le disposizioni degli articoli 15, 15-bis, 15-ter, 15-quater, 15-quinquies, 15-sexies e 15-novies, comma 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

4. Ai professori di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice o complessa, il direttore generale, sentito il rettore, affida, comunque, la responsabilità e la gestione di programmi, infra o interdiparti-

mentali, finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale. La responsabilità e la gestione di analoghi programmi può essere affidata, in relazione alla minore complessità e rilevanza degli stessi, anche ai professori di seconda fascia ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione semplice o complessa. Gli incarichi sono assimilati, a tutti gli effetti, agli incarichi di responsabilità rispettivamente di struttura complessa e di struttura semplice. I professori di prima fascia che non accettano gli incarichi di responsabilità e di gestione dei programmi di cui al primo periodo del presente comma non possono svolgere funzioni di direzione nell'ambito delle disposizioni attuative del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, limitatamente alle scuole di specializzazione.

5. L'attribuzione e la revoca ai professori e ai ricercatori universitari dell'incarico di direzione di una struttura, individuata come complessa ai sensi dell'articolo 3, comma 2, è effettuata dal direttore generale d'intesa con il rettore, sentito il direttore di dipartimento. L'attribuzione è effettuata senza esperimento delle procedure di cui all'articolo 15-ter, comma 2, dello stesso decreto legislativo n. 502 del 1992 fermo restando l'obbligo del possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484. L'attestato di formazione manageriale di cui all'articolo 15, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni può essere sostituito da altro titolo dichiarato equipollente, con decreto dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica. Fino alla costituzione dei dipartimenti, si prescinde dal parere del direttore di dipartimento.

6. L'attribuzione e la revoca ai professori e ai ricercatori universitari degli incari-chi di struttura semplice e degli incarichi di natura professionale è effettuata dal direttore generale su proposta del responsabile della struttura complessa di appartenenza, previo accertamento della sussistenza delle condizioni e dei requisiti di cui agli articoli 15, 15-bis e 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

7. I professori e i ricercatori universitari afferenti alla facoltà di medicina e chirurgia optano rispettivamente per l'esercizio di attività assistenziale intramuraria ai sensi dell'articolo 15-quinquies del , e successive modificazioni e secondo le tipologie di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 2 dello stesso articolo, di seguito definita come attività assistenziale esclusiva, ovvero per l'esercizio di attività libero professionale extramuraria. L'opzione per l'attività assistenziale esclusiva è requisito necessario per l'attribuzione ai professori e ai ricercatori universitari di incarichi di direzione di struttura nonché dei programmi di cui al comma 4.

8. Entro 45 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto i professori e i ricercatori universitari, in servizio alla predetta data ovvero che saranno nominati in ruolo a seguito di procedure di reclutamento indette prima della predetta data, esercitano o rinnovano l'opzione ai sensi e per gli effetti di cui al comma 7. In assenza di comunicazione entro il termine, si intende che abbia optato per l'attività assistenziale esclusiva.

9. I professori e i ricercatori universitari che hanno optato per l'attività libero professionale extramuraria possono modificare l'opzione al 31 dicembre di ogni anno.

10. I professori e i ricercatori universitari di cui al comma 8 che ha optato per l'at-

tività assistenziale esclusiva possono modificare l'opzione solamente nei seguenti casi:

a) mutamento di stato giuridico per effetto della nomina in ruolo nelle fasce di professore associato e ordinario a seguito di procedure di valutazione comparativa ai sensi della Legge n. 210 del 1998;
b) mutamento del settore scientifico-disciplinare di inquadramento che comporti l'esercizio di una diversa attività assistenziale;
c) trasferimento da diverso ateneo di altra regione;
d) cessazione dai periodi di congedo e aspettativa di cui agli articoli 12 e 13, nonché di cui all'articolo 17 del predetto decreto del Presidente della Repubblica, se di durata pari o superiore all'anno ed al comma 17 del presente articolo.

11. I professori e i ricercatori universitari che hanno modificato l'opzione ai sensi del comma 10 cessa dall'attività assistenziale ordinaria, salvo la facoltà di optare nuovamente per l'attività assistenziale esclusiva. L'eventuale attività libero professionale non può comunque essere svolta nelle strutture accreditate con il Servizio sanitario nazionale. Ad essi si applicano le disposizioni di cui all'articolo 15-nonies, comma 2, ultimo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Qualora i protocolli d'intesa di cui al predetto articolo 15-nonies, comma 2, non siano stipulati entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto si provvede in via sostitutiva, previa diffida ad adempiere entro i successivi trenta giorni, con decreti interministeriali dei Ministri della sanità e dell'università, sentita la Conferenza Stato regioni.

12. I professori e i ricercatori universitari nominati in ruolo successivamente alla data di entrata in vigore del presente decreto possono svolgere unicamente l'attività assistenziale esclusiva; gli interessati possono optare per l'attività libero professionale extramuraria nei casi ed alle condizioni di cui ai commi 10 e 11. Fino alla data di entrata in vigore della legge di riordino dello stato giuridico universitario lo svolgimento di attività libero professionale intramuraria comporta l'opzione per il tempo pieno e lo svolgimento dell'attività extramuraria comporta l'opzione per il tempo definito ai sensi dell'articolo 11 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

13. Gli incarichi di natura professionale e quelli di direzione di struttura semplice o complessa nonché quella di direzione dei programmi, attribuiti a professori o ricercatori universitari, sono soggetti alle valutazioni e verifiche previste dalle norme vigenti per il personale del servizio sanitario nazionale, secondo le modalità indicate da apposito collegio tecnico disciplinato nell'atto aziendale di cui all'articolo 3. Sono, altresì, soggetti a valutazione i professori di prima fascia di cui all'ultimo periodo del comma 4. Nel caso di valutazione negativa nei confronti di professori o ricercatori universitari il direttore ne dà comunicazione al rettore per i conseguenti provvedimenti.

14. Ferme restando le sanzioni ed i procedimenti disciplinari da attuare in base alle vigenti disposizioni di legge, nei casi di gravissime mancanze ai doveri d'ufficio, il direttore generale previo parere conforme, da esprimere entro ventiquattro ore dalla richiesta, di un apposito comitato costituito da tre garanti, nominati di intesa tra rettore e direttore generale per un triennio, può sospendere i professori ed i ricercatori universitari dall'attività assistenziale e disporne l'allontanamento dall'azienda, dandone immediata comunicazione al rettore per gli ulteriori provvedimenti di competenza. Qualora il

comitato non si esprima nelle ventiquattro ore previste, il parere si intende espresso in senso conforme.

15. Le aziende di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a), per esigenze assistenziali cui non possono far fronte con l'organico funzionale di cui al comma 1, possono stipulare, nel limite del 2 per cento dell'organico, contratti di lavoro a tempo determinato, di durata non superiore a 4 anni, non rinnovabili, con personale medico o sanitario laureato assunto con le modalità previste per il corrispondente personale del Servizio sanitario nazionale. Detto personale è assoggettato alla disciplina sul rapporto esclusivo di cui all'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. È fatto divieto all'università di assumere personale medico o sanitario laureato con compiti esclusivamente assistenziali.

16. I professori e i ricercatori universitari, ai quali è attribuito dalle aziende di cui agli articoli 3 e 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, un incarico di struttura complessa ai sensi degli articoli 15, comma 7, e 15-ter, comma 2, dello stesso decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, cessano dal servizio salvo che, compatibilmente con le esigenze didattiche e di ricerca siano collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento della anzianità di servizio per tutta la durata dell'incarico. Si applica il comma 11, terzo e quarto periodo, dell'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.».

Comma 6

7) Il testo dell'art. 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421**, nel testo introdotto dall'articolo 6 del decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254, è il seguente:

«Art. 8 – Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali

1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;
b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricusazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;
c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività liberoprofessionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-pro-

fessionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f);
e) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;
f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto;
g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;
h) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 o titolo equipollente prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzi i medici forniti dell'attestato o del diploma, al fine di riservare loro una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti ferma restando l'attribuzione agli stessi di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato;
i) regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;
l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;
m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscano a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti incon-

ciliabili con il mantenimento della convenzione.

1-bis. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, a esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite e approvate nel rispetto dei principi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale.

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'art. 4, comma 9, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;
b) per il servizio di cui alla lettera a) l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta corredata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiore a quelli legali;
c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché l'individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b), e le modalità di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria.

2-bis. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'articolo 8 della, sono individuati i criteri per la valutazione:

a) del servizio prestato in regime convenzionale dagli specialisti ambulatoriali medici e delle altre professionalità sanitarie, al fine dell'attribuzione del trattamento giuridico ed economico ai soggetti inquadrati in ruolo ai sensi dell'articolo 34 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449;
b) per lo stesso fine, del servizio prestato in regime convenzionale dai medici della guardia medica, della emergenza territoriale e della medicina dei servizi nel caso le regioni abbiano proceduto o procedano ad instaurare il rapporto di impiego ai sensi del comma 1-bis del presente articolo sia nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1992, n. 517, sia nel testo introdotto dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; a tali medici è data facoltà di optare per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Ente nazionale previdenza ed assistenza medici (ENPAM); tale opzione deve essere esercitata al momento dell'inquadramento in ruolo. Il servizio di cui al presente comma è valutato con riferimento all'orario settimanale svolto rapportato a quello dei medici e delle altre professionalità sanitarie dipendenti dalla azienda sanitaria.

2-ter. Con decreto del Ministro della sanità è istituita, senza oneri a carico dello Stato, una commissione composta da rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e del lavoro e della previdenza sociale e da rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di individuare modalità idonee ad assicurare che l'estensione al personale a rapporto convenzionale, di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dei limiti di età previsti dal comma 1 dell'articolo 15-nonies dello stesso decreto avvenga senza oneri per il personale medesimo. L'efficacia della disposizione di cui all'articolo 15-nonies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, è sospesa fino alla attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della Commissione di cui al presente comma.

3. Gli Ordini ed i Collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli Albi ed ai Collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli Ordini o dai Collegi sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'art. 43 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, con atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato entro il 31 dicembre 1993 nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire il perseguimento degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione definiti dal Piano sanitario nazionale;

b) garantire il perseguimento degli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale deve conseguire, giusta quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, concernente la «Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria» ovvero dal Piano sanitario nazionale, ai sensi del precedente art. 1, comma 4, lettera b);
c) assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;
d) assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;
e) garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di: protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplodenti, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del servizio;
f) prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;
g) prevedere l'obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate;
h) definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presìdi già autorizzati e per l'aggiornamento dei requisiti minimi, al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione.

5. (Abrogato).

6. (Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della sanità, sentita la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri ordini e collegi competenti, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome sono stabiliti i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di cui al comma 5 erogate in forma diretta nonché di quelle erogate in forma indiretta, ai sensi dell'art. 25, ultimo comma, della Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Ove l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome non intervenga entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, il Ministro della sanità provvede direttamente con atto motivato).

7. (Fermo restando quanto previsto dall'art. 4, comma 2, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, da attuare secondo programmi coerenti con i principi di cui al comma 5, entro il 30 giugno 1994 le regioni e le unità sanitarie locali per quanto di propria competenza adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. I rapporti vigenti secondo la disciplina di cui agli accordi convenzionali in atto, ivi compresi quelli operanti in regime di proroga, cessano comunque entro un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto).

8. Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo 1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255.

Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 4, comma 9, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriale da almeno cinque anni con incarico orario non inferiore a ventinove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del DLgs 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17, Legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità. In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilità operativa, incluse la riorganizzazione degli orari e le forme di mobilità interaziendale, nonché i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 34 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449.

8-bis. I medici che frequentano il secondo anno del corso biennale di formazione specifica in medicina generale possono presentare, nei termini stabiliti, domanda per l'inclusione nella graduatoria regionale dei medici aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale, autocertificando la frequenza al corso, qualora il corso non sia concluso e il relativo attestato non sia stato rilasciato entro il 31 dicembre dell'anno stesso, a causa del ritardo degli adempimenti regionali. L'attestato di superamento del corso biennale è prodotto dall'interessato, durante il periodo di validità della graduatoria regionale, unitamente alla domanda di assegnazione delle zone carenti. Il mancato conseguimento dell'attestato comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale.

9. (Abrogato)».

8) Il testo dell'art. 4 , comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 concernente **Disposizioni in materia di finanza pubblica** è il seguente:
«Art. 4 – Assistenza sanitaria
omissis.
9. È istituita la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Tale struttura, che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Della predetta delegazione fanno parte, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute, designati dai rispettivi Ministri. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi tenendo

conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. A tale fine è autorizzata la spesa annua nel limite massimo di 2 milioni di euro a decorrere dall'anno 2003.
omissis».

NOTE ALL'ART. 9

Comma 1
1) Il testo dell'art. 6-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421**, nel testo introdotto dall'articolo 6, comma 1, del decreto Legislativo n. 229 del 1999, è il seguente:
«Art. 6-ter – Fabbisogno di personale sanitario
1. Entro il 30 aprile di ciascun anno il Ministro della sanità, sentiti la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi professionali interessati, determina con uno o più decreti il fabbisogno per il Servizio sanitario nazionale, anche suddiviso per regioni, in ordine ai medici chirurghi, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi, nonché al personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione ai soli fini della programmazione da parte del ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica degli accessi ai corsi di diploma di laurea, alle scuole di formazione specialistica e ai corsi di diploma universitario. Con la stessa procedura è determinato, altresì, il fabbisogno degli ottici, degli odontotecnici e del restante personale sanitario e socio-sanitario che opera nei servizi e nelle strutture del Servizio sanitario nazionale.

2. A tali fini i decreti di cui al comma 1 tengono conto di:
a) obiettivi e livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;
b) modelli organizzativi dei servizi;
c) offerta di lavoro;
d) domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa.

3. Gli enti pubblici e privati e gli ordini e collegi professionali sono tenuti a fornire al ministero della sanità i dati e gli elementi di valutazione necessari per la determinazione dei fabbisogni riferiti alle diverse categorie professionali; in caso di indempimento entro il termine prescritto il Ministero provvede all'acquisizione dei dati attraverso commissari ad acta ponendo a carico degli enti inadempienti gli oneri a tal fine sostenuti.».
Comma 6
2) La legge regionale 24 marzo 2006 concerne Riforma del sistema amministrativo regionale e locale. Unione Europea e relazioni internazionali. Innovazione e semplificazione. Rapporti con l'università.

3) Il decreto legislativo del 7 dicembre 1993, n. 517 concerne Modificazioni al DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421.

4) Il testo dell'art. 3-bis del decreto legislativo Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421 è citato alla nota 2 all'articolo 5.

NOTE ALL'ART. 10

Comma 2
1) Il testo dell'art. 3 del decreto legislativo Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1**

della Legge 23 ottobre 1992, n. 421 è il seguente:
«Art. 3 – Organizzazione delle unità sanitarie locali
1. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4.

1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

1-ter. Le aziende di cui ai commi 1 e 1-bis informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato. I contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale di cui al comma 1-bis.

1-quater. Sono organi dell'azienda il direttore generale e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.

1-quinquies. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

2. (L'unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'articolo 1 nel proprio ambito territoriale).

3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.

4. Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma).

5. Le regioni disciplinano, entro il 31 marzo 1994, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro:
a) (la riduzione, sentite le province interessate, delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito

territoriale coincidente di norma con quello della provincia. In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane, ed alla densità e distribuzione della popolazione, la regione prevede ambiti territoriali di estensione diversa);

b) (l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti);

c) (i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità socio-sanitarie locali);

d) (il finanziamento delle unità sanitarie locali che tenga conto della natura aziendale delle stesse nonché del bacino d'utenza da servire e delle prestazioni da erogare);

e) (le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali);

f) (il divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'art. 4 di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:
1) l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;
2) la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione);

g) i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al DLgs 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'art. 20, DLgs 3 febbraio 1993, n. 29 , e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del DL 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla Legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative. (Il direttore generale è nominato, previo specifico avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, dalla regione, tra gli iscritti nell'apposito elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità di cui al comma 10). (La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio e, in sede di prima applicazione, dalla data di istituzione dell'unità sanitaria locale e comunque non oltre il 30 aprile 1994). (Abrogato). L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. (Abrogato). I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. (Abrogato).

7. (Abrogato). Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

8. (Abrogato).

9. Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale con la unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con la stessa. La predetta normativa si applica anche ai direttori amministrativi ed ai direttori sanitari. La carica di direttore generale è altresì incompatibile con la sussistenza di un rapporto di lavoro dipendente, ancorché in regime di aspettativa senza assegni, con l'unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni.

10. (Abrogato).

11. Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

a) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;
b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;
c) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'art. 15 della Legge 3 agosto 1988, n.

327, e dall'art. 14, Legge 19 marzo 1990, n. 55;
d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati – con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero – nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

13. (Abrogato).

14. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del co-mune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale.».

Comma 3
2) Il testo degli articoli 3-bis e 3-ter del decreto legislativo Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n.421**, è il seguente:
«Art. 3-bis – Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario
1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui al comma 3.
2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-octies.

3. Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:
a) diploma di laurea;
b) esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso.

4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale e in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data.

5. Le regioni determinano preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.

7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporne la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e alpresente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il Sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo

terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito, in sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.

9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del , alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del , o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

10. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

11. La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato.

12. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 11, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria e alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, è versata dall'unità sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di appartenenza, con recupero della quota a carico dell'interessato.

13. In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, si applica il comma 5 del presente articolo.

14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1992, n. 29, e successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

15. In sede di prima applicazione, le regioni possono disporre la proroga dei contratti con i direttori generali in carica all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di dodici mesi.».

segue nel prossimo numero

GIURISPRUDENZA

Obbligatorietà ECM per i liberi professionisti

➔ Alcune Associazioni professionali di operatori sanitari, con riferimento alle considerazioni svolte dal TAR Lazio nella sentenza n. 14062/2004 del 18 novembre 2004 che ha rigettato il ricorso proposto dalla FIMMG avverso il decreto del Ministro della salute 31 maggio 2004, hanno chiesto alla Segreteria della Commissione nazionale ECM conferma dell'obbligatorietà del Programma ECM per i liberi professionisti.

Le perplessità sulla obbligatorietà dell'ECM per i liberi professionisti sono derivate dal fatto che il TAR Lazio, nella richiamata sentenza, "per una migliore comprensione dei fatti in causa", ha osservato, fra l'altro, che "l'ECM s'appalesa obbligatoria solo per i sanitari dipendenti dagli enti del SSN, o per quelli che con esso collaborano in regime di convenzione o d'accreditamento, tant'è che questo se ne accolla i costi. Viceversa, per i professionisti, che erogano prestazioni sanitarie non coperte dal SSN, il controllo della prestazione connesso alla formazione e all'aggiornamento è rimesso, oltre che al mercato (ossia all'apprezzamento, o meno, del cliente-paziente), agli Ordini ed ai Collegi professionali, onde per costoro l'ECM rappresenta un onere, non già un obbligo".

Al riguardo si premette che, nella sentenza in questione, il TAR Lazio non ha affrontato il problema dell'obbligatorietà o meno dell'ECM per i liberi professionisti, ma si è limitato a svolgere, nelle premesse, alcune considerazioni sugli articoli 16-bis e 16-ter del decreto legislativo 502/92, e successive modificazioni, al fine di "chiarire per sommi capi il quadro fattuale e normativo di riferimento del DM impugnato".

Si osserva altresì che la interpretazione data alle richiamate disposizioni non è posta dal TAR a fondamento della decisione di rigetto del ricorso, che la soluzione di detta questione era del tutto ininfluente ai fini della decisione assunta e che l'obbligatorietà del programma ECM per i liberi professionisti non era oggetto di impugnativa da parte della FIMMG, che rappresenta i medici di farmiglia legati da un rapporto convenzionale con il S.S.N.

Le riflessioni sulla non obbligatorietà dell'ECM per i liberi professionisti, svolte dal TAR nelle premesse della sentenza, non sono condivisibili né sembrano fondate.

Da una parte, non è sostenibile l'interpretazione della obbligatorietà o meno dell'ECM basata sulla diversa attribuzione dei costi dell'ECM fra dipendenti/convenzionati e liberi professionisti, in quanto, per il personale dipendente e convenzionato, il S.S.N. si accolla, solo in alcuni casi e solo in parte, i costi dell'ECM. Infatti gli accordi, sanciti dalla conferenza Stato-Regioni, hanno previsto che "i costi delle attività formative possono gravare sulle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale... solo entro il limite costituito dall'importo complessivo medio di spesa annualmente registrata nel triennio 2001/2003 per interventi formativi nel campo sanitario nelle singole Regioni".

Né, dall'altra, la obbligatorietà o meno dell'ECM si può basare sul "controllo della prestazione sanitaria" che, per il personale dipendente e convenzionato, sarebbe di competenza delle istituzioni mentre, nel caso dei liberi professinisti, sarebbe rimesso al mercato (ossia al cittadino) ed all'Ordine o Collegio pro-

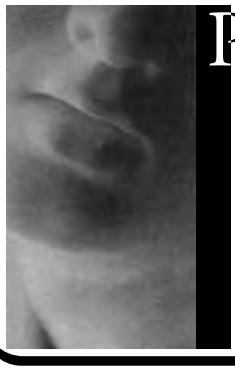
fessionale. Infatti il "controllo" della prestazione è comunque compito delle istituzioni e dell'ordine o collegio professionale (organo ausiliario delle istituzioni) ed è diretto a tutelare un prevalente interesse pubblico generale prescindendo dal rapporto che l'operatore sanitario ha con il S.S.N. e dall'eventuale assunzione anche parziale dei relativi oneri da parte delle strutture pubbliche.
È, quindi, da escludere che le suesposte considerazioni, incidentalmente svolte dal TAR nelle premesse della sentenza al solo fine di inquadrare la problematica di riferimento del D.M. impugnato, possano legittimare la interpretazione della non obbligatorietà dell'ECM per i liberi professionisti.
Ciò premesso, si ritiene opportuno ribadire che il programma ECM è obbligatorio per tutti i professionisti della salute; gli articoli 16-bis e 1-ter del decreto legislativo 502 prevedono, in generale, l'obbligo formativo per tutti gli "operatori sanitari".
La Formazione continua è, infatti, un requisito essenziale per il corretto esercizio professionale, ossia per il mantenimento nel tempo dell'abilitazione all'esercizio professionale di ciascun operatore sanitario; in quanto tale, deve essere necessariamente obbligatoria per tutti i professionisti e richiedere regole e garanzie uniformi su tutto il territorio nazionale. Regole e garanzie che sempre di più saranno comuni a tutti i Paesi dell'Unine europea.
La verifica periodica dell'abilitazione professionale, ossia la verifica del mantenimento di adeguati livelli di conoscenze professionali e del miglioramento delle competenze proprie del profilo di appartenenza, è possibile attraverso vari strumenti. L'ECM è, allo stato, l'unico strumento preordinato all'aggiornamento professionale ed alla formazione permanente per tutti i professionisti della salute che consente la verifica periodica del mantenimento dell'abilitazione professionale. Ovviamente saranno necessarie ulteriori specifiche disposizioni legislative in materia. Si rileva comunque che il d.d.l. governativo sulle professioni sanitarie non mediche (A.C. 3236) già prevede al riguardo che "l'abilitazione all'esercizio della professione sanitaria non medica è sottoposta e verifica periodica con modalità identiche a quelle previste per la professione medica".
In tale prospettiva il Piano Sanitario 2003/2005, approvato con D.P.R. 23 maggio 2003, ha confermato chiaramente l'obbligatorietà della formazione continua per tutti i professionisti della salute. Il Piano sanitario, facendo riferimento al Programma ECM, fra i dieci progetti proposti per il cambiamento, prevede, infatti, quello di "realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità" e, al riguardo, afferma che "elemento caratterizzante del programma è la sua estensione a tutte le professioni sanitarie".
Inoltre l'Accordo fra il Ministro della salute e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2001, ha fatto proprie le determinazioni assunte dalla Commissione nazionale per la formazione continua sulla obbligatorietà del Programma ECM per tutti i professionisti della salute; i successivi accordi non hanno modificato tale impostazione.
In conclusione, il Programma ECM deve ritenersi obbligatorio per tutti gli operatori sanitari dipendenti, convenzionati o liberi professionisti.

Dalla Webpage Ministero della Salute

È compito dell'intera équipe il controllo sulla rimozione dei ferri chirurgici

➔ Il controllo della rimozione dei ferri chirurgici spetta all'intera équipe operatoria, cioè ai medici, i quali hanno la responsabilità del buon esito dell'intervento, non solo in relazione all'oggetto dell'operazione, ma altresì per tutti gli adempimenti connessi; il controllo successivo alla suturazione della ferita, e cioè quello definitivo e tranquillizzante, non può essere devoluto solo al personale infermieristico, secondo una prassi consolidata, avendo il personale paramedico, nel settore chirurgico, funzioni di assistenza, ma non di verifica dell'attuazione dell'intervento operatorio nella sua completezza.
(www.dirittosanitario.net)

Avv. Ennio Grassini



POLIAMBULATORIO PRIVATO
con Day Surgery
Dott. Oppici
Direttore sanitario Dott. Lauro Oppici
Medico Chirurgo - Odontoiatra

n° prot. PG66586 del 16.04.2003 *Aut. San.* PG.136081 del 28.07.2003
40134 Bologna - Via Andrea Costa, 160

Tel. 051 6152754 - 6154769 Fax 051 6148438

www.poliambulatoriodaysurgery.com - www.studiooppici.com
info@studiooppici.com

Seminari della Scuola di Specializzazione in Reumatologia

Bologna, Giugno-Dicembre 2005
ore 16,00-18,00

Policlinico S. Orsola-Malpighi
Via Massarenti, 9 - Padiglione 22
Auletta D. Campanacci

Programma

Giovedì 8 Settembre
Malattie infiammatorie croniche intestinali e artriti sieronegative: condividono le stesse strategie terapeutiche? - P. Gionchetti (Bologna)

Giovedì 22 Settembre
Stimoli, trasduzione del segnale e riposta osteoblastica: meccanismi cellulari e molecolari - L. Moro (Trieste)

Giovedì 6 Ottobre
Entesite - I. Olivieri (Potenza)

Giovedì 20 Ottobre
Connettiviti indifferenziate - S. Bombardieri (Pisa)

Giovedì 27 Ottobre
Estrogeni e Les - M. Cutulo (Genova)

Giovedì 3 Novembre
Terapia steroidea e diabete mellito - S. Giangiulio (Bologna)

Lunedì 21 Novembre
La patogenesi della psoriasi - G. Girolomoni (Verona)

Lunedì 28 Novembre
Nuove prospettive nella terapia della sclerodermia - R. Scorza (Milano)

Lunedì 5 Dicembre
Vasculiti: diagnosi e trattamento - A. Gabrielli (Ancona)

Ogni Seminario sarà seguito da un incontro interattivo con l'Esperto sul tema svolto.

Informazioni generali
La partecipazione ai Seminari è gratuita.
Non è prevista la pre-iscrizione; l'iscrizione avverrà direttamente in sede.
Al termine di ogni Seminario verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

ECM
I Seminari sono stati registrati come unico Corso presso la Commissione E.C.M. del Ministero della Salute in ordine alla definizione dei Crediti Formativi per la categoria del Medico Chirurgo; pertanto il rilascio dell'attestato E.C.M. è vincolato alla effettiva presenza del partecipante a tutti i 12 Seminari.

Segreteria Scientifica
Dott.ssa Nazzarena Malavolta
U.O.S. di Reumatologia
U.O. di Medicina Interna
Dipartimento di Medicina interna e dell'Invecchiamento
A.O. Università Policlinico S. Orsola - Malpighi
Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna
Tel. 051.636.4901 - Fax 051.391320
E-mail: malavolt@med.unibo.it

Prof. Riccardo Meliconi
Modulo di Reumatologia
Università degli Studi di Bologna
Istituti Ortopedici Rizzoli
Via Pupilli, 1 - 40136 Bologna
Tel. 051.636.6803 - Fax 051.636.6807
E-mail: riccardo.meliconi@unibo.it

Segreteria organizzativa
I&C s.r.l.
Via A. Costa, 2 - 40134 Bologna
Tel. 051.614.4004 - Fax 051.614.0564
E-mail: posta@iec-srl.it

XII CONGRESSO NAZIONALE DELLA

Società Italiana di Ricerche Cardiovascolari (SIRC)

22-24 settembre 2005

Teatro dell'Osservanza
Via Venturini, 18 - Imola (Bologna)
con la partecipazione dell'Istituto Nazionale per la Ricerca Cardiovascolare (INRC)

Patrocini richiesti:
Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca Scientifica
Ministero della Salute
Regione Emilia-Romagna (Assessorato alla Sanità)
Provincia di Bologna
Comune di Imola
AUSL di Imola
Compagnia di San Paolo - Torino
Alma Mater Studiorum - Università di Bologna
Fondazione Cassa di Risparmio di Imola
Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna
International Society Heart Research - World Section
Società Italiana di Cardiologia
Società Italiana di Cardiologia dell'Ospedalità Accreditata
Società Italiana di Chirurgia Cardiaca
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Presidente del Congresso
Claudio M. Caldarera (Bologna)

Comitato Scientifico
A. Branzi (Bologna), *P. P. Campa* (Roma), *A. Catapano* (Milano), *A. Cevese* (Verona), *S. Dalla Volta* (Padova), *R. Ferrari* (Ferrara), *G. F. Gensini* (Firenze), *T. Gherli* (Parma), *C. Guarnieri* (Bologna), *F. Ledda* (Firenze), *A. Muscari* (Bologna), *P. Puddu* (Bologna), *A. Stella* (Bologna), *O. Visioli* (Brescia)

Comitato Organizzatore
C. Muscari (Bologna), *E. Giordano* (Bologna), *F. Bonafè* (Bologna), *C. Penna* (Torino), *W. Parisi* (Bologna)

INFORMAZIONI
Il modulo di iscrizione e il modulo abstract per le presentazioni orali e poster sono disponibili sul sito Internet: www.aimgroup.it/2005/SIRC.
L'INRC mette a disposizione due premi di 700,00 euro ciascuno per i migliori lavori presentati. Possono partecipare alla selezione giovani ricercatori di età non superiore ai 35 anni.

Segreteria Organizzativa
AISC & MGR - AIM Group
Sede di Roma, Via A. Ristori 38
00197 Roma
Tel. 06809681- Fax 069808491
e-mail: sirc@aimgroup.it.
È in corso l'accreditamento ECM.

PROGRAMMA
Giovedì 22 settembre
9.00 - Apertura della Segreteria
9.30-10.00 - Inaugurazione del Congresso
10.00-10.45 - *Lettura Inaugurale*

Rigenerazione del cuore
Piero Anversa (New York, USA)
Presentazione di C.M. Caldarera

Simposio: CELLULE STAMINALI
Chairmen: *G. Losano, A. Mugelli*
10.45-13.00 - Comunicazioni libere
13.00-14.00 - Colazione di lavoro

Simposio: FISIOPATOLOGIA DELL'ATEROSCLEROSI
Chairmen: *A. Branzi, A. Catapano*
14.00-14.30 - Aspetti molecolari dell'aterosclerosi - *Paolo Puddu* (Bologna)
14.30-15.00 - Infiammazione e malattie cardiovascolari - *Antonio Muscari* (Bologna)
15.00-15.45 - Comunicazioni libere

Simposio: GENETICA E RISCHIO CARDIOVASCOLARE
Chairmen: *N. Alessandri, S. Dalla Volta*
15.45- 16.15 - Profilo genetico proinfiammatorio e rischio di infarto - *Federico Licastro* (Bologna)
16.15-16.45 - Varianti genetiche della ciclossigenasi-2 e rischio cardiovascolare - *Andrea Mezzetti* (Chieti)
16.45-17.30 - Comunicazioni libere
17.30-17.45 - Coffee break

Simposio: MORTE IMPROVVISA
Chairmen: *R. Ferrari, C. Guarnieri*
17.45-18.15 - Malattie cardiovascolari a rischio di morte improvvisa nel giovane e nell'atleta - *Gaetano Thiene* (Padova)
18.15-18.45 - Genetica molecolare delle aritimie ventricolari eredo-familiari - *Silvia Priori* (Pavia)
18.45-19.30 - Comunicazioni libere

Venerdì 23 settembre
Simposio: TRASDUZIONE DEL SEGNALE E CONTRATTILITÀ CARDIACA
Chairmen: *F. Ledda, G. P. Trevi*
9.00 - 9.30 - Ossido d'azoto e controllo della funzione cardiaca - *Barbara Casadei* (Oxford, UK)
9.30-11.00 - Comunicazioni libere
11.00-11.15 - Coffee break
11.15-13.00 - Comunicazioni libere
13.00-14.00 - Colazione di lavoro

Simposio: IPERTROFIA DEL MIOCARDIO
Chairmen: *P. P. Campa, O. Visioli*
14.00 -14.30 - Varianti dell'espressione genica in forme di ipertrofia del miocardio di diversa eziologia - *Leslie Leinwand* (Boulder, Colorado, USA)
14.30-16.30 - Comunicazioni libere
16.30-16.45 - Coffee break
16.45-18.00 - Sessione Poster
18.00 - Assemblea dei Soci

Sabato 24 settembre
Simposio: CARDIOCHIRURGIA SPERIMENTALE
Chairmen: *G. Arpesella, T. Gherli*
9.00-9.30 - Terapia chirurgica dello scompenso - *Marisa Di Donato* (San Donato Milanese - Milano)
9.30-10.00 - Autologous myoblast transplantation - *Giacomo Frati* (Roma)
10.00-11.00 - Comunicazioni libere
11.00-11.15 - Coffee break
11.15-12.15 - Comunicazioni libere
12.15-13.00 - Presentazione lavori premi INRC

La spalla: ecografia, imaging integrato e problematiche clinico-chirurgiche

15 e 16 dicembre2005

Il Corso di perfezionamento: "La spalla: ecografia, imaging integrato e problematiche clinico-chirurgiche", si svolgerà a Bologna presso il Centro Congressi dell'Istituto di Ricerca Codivilla Putti in Via di Barbiano, 1/10 dal 15 al 16 dicembre 2005 e sarà diretto dal Dott. Stefano Galletti.
La manifestazione si articola in due giornate, con sessioni teoriche e pratiche ed è indirizzato a medici che praticano l'ecografia e la diagnostica per immagini, chirurghi ortopedici, medici dello sport e fisiatri.
Gli argomenti saranno integrati con spazi per discussione e confronto anche con i discenti.
La parte pratrica prevede lo svolgimento del lavoro in gruppi con workshop e analisi di casi clinici.
Al termine del Corso, il quale è a numero chiuso per un massimo di trecento partecipanti, sarà effettuata una verifica dell'apprendimento mediante test con quiz a risposte multiple.

Per informazioni e iscrizioni, rivolgersi a:

Segreteria Organizzativa

T.E.S. TOP ENTRETIEN SERVICE
Via Zanotti, 13 – 40137 Bologna
Tel. 051/441715 - Fax 051/440756
e-mail: daniela.liccardo@fastwebnet.it

Corso di Osteopatia e Terapia Manuale Globale

PRIMO ANNO

1. INTRODUZIONE, IL SACRO:
Tecniche manipolative e mobilizzazione articolare.
2. LOMBARI:
Tecniche manipolative e mobilizzazione articolare.
3. REVISIONE PRATICA 1. e 2. + omotossicologia.
4. DORSALI:
Tecniche manipolative e mobilizzazione articolare + omotossicologia.
5. CERVICALI:
Tecniche manipolative e mobilizzazione articolare
6. REVISIONE PRATICA 1., 2., 4. e 5. + esame teorico pratico.

Docenti:
Dr. G. Fratoni, Dr. C. Massullo, Dr. R. Molinaro, Dr. S. Lucaccioni, Dr. A. Ruocco.

Costo:
Il costo del Corso comprensivo di dispense e di materiale didattico è di E 1.300,00 ed include l'iscrizione alla S.I.M.O.C. per l'anno 2005/2006.

Attestato:
Al termine del Corso verrà rilasciato un attestato di partecipazione agli Allievi che abbiano partecipato ad almeno 5 week-end e superato l'esame finale.

Iscrizioni:
Termine ultimo per iscrizioni: una settimana prima dell'inizio delle lezioni.
Per iscriversi è sufficiente inviare in busta chiusa un assegno bancario o circolare non trasferibile o fotocopia di avvenuto versamento in ccp. di € 250,00 intestato a: S.I.M.O.C. - Via Vanvinelli, 6 - 20129 Milano. Il saldo dovrà essere liquidato all'inizio del primo week-end d'insegnamento. Il corso è a numero chiuso. Verranno ammessi i primi 30 Medici Chirurghi e primi 10 Odontoiatri iscritti per ogni sede.

Sedi:
NAPOLI
Hotel delle Terme - Agnano
Via Agnano Asurani, snc - FORMIA
Grand Hotel Fagiano
Via Appia Lato Napoli, 80 - BOLOGNA
Hotel Boscolo Tower
V.le Lenini, 43

Orari:
Sabato 9.00-13.00/14.00-18.00
Domenica 9.00-13.00.

Seminari di aggiornamento

Bologna
Policlinico S. Orsola Malpighi
Aula Murri

COINFEZIONI VIRALI
E TRAPIANTO DI FEGATO
Bologna
Martedì 27 Settembre 2005

Moderatori: *Prof. Mauro Bernardi, Prof. Francesco Chiodo*
14.30 - Introduzione
Prof. Mauro Bernardi
14.45 - Coinfezioni virali: impatto epidemiologico - *Prof.ssa Gabriella Verucchi*
15.10 - Discussione
15.20 - HIV and HCV immunity in liver transplantation - *Prof. Christian Brander*
15.45 - Discussione
15.55 - La Terapia dell'infezione da HCV prima e dopo il Trapianto di Fegato nel paziente HIV negativo - *Prof. Pietro Andreone*
16.20 - Discussione
16.30 - Coffee break
17.00 - La Terapia dell'infezione da HCV prima e dopo il Trapianto di Fegato nel paziente HIV positivo - *Dott.ssa Annagiulia Gramenzi*
17.25 - Discussione
17.35 - La gestione del paziente HIV positivo prima e dopo il Trapianto di Fegato - *Dott. Paolo Costigliola*
18.00 - Discussione
18.10 - Il trapianto di fegato nel paziente HIV positivo: luci ed ombre - *Prof. Antonio Pinna*
18.35 - Discussione
18.45 - Conclusioni
Prof. Francesco Chiodo
19.00 - Questionario di valutazione dell'apprendimento

INFEZIONI FUNGINE NEL PAZIENTE IMMUNOCOMPROMESSO
Bologna, Martedì 6 Dicembre 2005

Moderatori: *Prof. Mauro Bernardi, Prof. Francesco Chiodo*
14.30 - Introduzione
Prof. Mauro Bernardi
14.45 - Epidemiologia delle infezioni fungine nel paziente trapiantato - *Prof. Pietro Andreone*
15.10 - Discussione
15.20 - Diagnosi ed interazione con altri patogeni - *Dott.ssa Anna Nanetti*
15.45 - Discussione
15.55 - Clinica e terapia delle infezioni fungine nel paziente Trapiantato - *Prof. Antonio Pinna*
16.20 - Discussione
16.30 - Coffee Break
17.00 - Clinica e terapia delle infezioni fungine nel paziente con Infezione da HIV - *Dott. Paolo Costigliola*
17.25 - Discussione
17.35 - Clinica e terapia delle infezioni fungine nel paziente in Terapia Intensiva - *Dott.ssa Gabriella Sangiorgi*
18.00 - Discussione
18.10 - Clinica e terapia delle infezioni fungine nel paziente candidato al Trapianto di Fegato - *Dott. Fabio Tumietto*
18.35 - Discussione
18.45 - Conclusioni
Prof. Francesco Chiodo
19.00 - Questionario di valutazione dell'apprendimento

Sede del Corso
I tre Seminari si svolgeranno a Bologna presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola Malpighi, Complesso Augusto Murri, Aula Murri, Via Massarenti, 9

Iscrizioni
I crediti formativi verranno riconosciuti ai primi 100 iscritti.

Accreditamento
Per ogni Corso è stata inoltrata al Ministero della Salute la richiesta di accreditamento nell'ambito del programma formativo E.C.M.

Coordinament Scientifico
Prof. Pietro Andreone

Segreteria Organizzativa
Planning Congressi Srl
Via Santo Stefano, 97
40125 Bologna
Tel. 051 300100 - Fax 051 309477
E-mail: c.vecchi@planning.it
i.bortolotti@planning.it

SINCERT
CERMET
REG. N. 1888-A
UN EN 9001:2000

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
VILLA BELLOMBRA
RIABILITATIVO

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO RIABILITATIVO VB

Direttore Sanitario:
DOTT. GIUSEPPE GUERRA MEDICO CHIRURGO
Spec. in Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale e delle Assicurazioni

Responsabile di Raggruppamento:
DOTT. MARIA ROSARIA LEO MEDICO CHIRURGO
Specialista in Terapia Fisica e Riabilitazione

40136 BOLOGNA - VIA BELLOMBRA, 24 - Tel. 051/58.20.95 (2 linee)

P.G. 36486 del 5/3/01

Brioche e cappuccino...

➔ Col comunicato stampa del 24 aprile u.s., la FIMMG informa che si è coronata la "rivoluzione" annunciata due anni fa (intervista al Carlino del 10 aprile 2003): i certificati INPS cominceranno finalmente a viaggiare per via telematica. Evviva! Mentre lo SNAMI propone l'autocertificazione per i primi quattro giorni di malattia, che libererebbe del tempo ai pazienti ed ai Medici, la FIMMG persegue una sua logica diversa e contraria, che viaggia a tutta birra verso un impegno sempre maggiore nella burocrazia, quando avremmo bisogno proprio di più tempo da dedicare all'ascolto del paziente, un passo ancora necessario per la diagnosi e la terapia: a meno che non si creda di poter sostituire questi momenti con un'opportuna batteria d'indagini (ma che diranno i controllori della spesa??) oppure, in un'interpretazione estensiva della nota 13 AIFA, delegare allo specialista non solo per la terapia antidislipidemica, ma per tutto ciò che concerne la salute del Paziente, il MMG occupandosi solo dell'ormai dilagante e pervasiva pratica burocratica quotidiana! È questo un modo di guadagnare in professionalità, stima e rispetto? Si crede che i Pazienti possano farci un monumento equestre per questo tipo di "evoluzione"? sicuramente sarà comodo non doversi più recare agli uffici postali, mettersi in coda, oltretutto risparmiando sulle spese di spedizione ma... saremo ancora dei Medici per questo paziente?
Si dice e si scrive, ma lo sappiamo benissimo dalla nostra quotidianità, che la solitudine, lo stress e le ansie sono il male del momento: patologie legate, se non principalmente, all'isterilirsi dei rapporti umani. Se a noi Medici non tocca dare una risposta risolutiva al problema di una società degradata nei valori, sicuramente ci compete interessarci della salute psichica del paziente: un fatto su cui è limitativo l'approccio farmacologico se non sostenuto da adeguato supporto psicologico, che poi è solo squisitamente umano. Per questo ci vuole pazienza, ci vuole del tempo, quel tempo continuamente eroso da altre faccende che non hanno nulla di "medico". Un tempo che dovremmo rivendicare e riconquistare, a tutto beneficio della nostra professionalità e per qualche brandello d'umanità ed idealità che ancora alberga nell'animo di chi ha intrapreso l'attività medica nello spirito di voler curare i pazienti, non servirli, tutelando l'autorevolezza del ruolo.
Scrive la FIMMG, nel suo comunicato stampa, che "la trasmissione telematica dei certificati medici consentirà all'Istituto:

- di gestire funzionalmente la massa dei dati trattati;
- di ridurre il costo economico e umano di gestione;
- di sfruttare la potenzialità informativa del servizio"

Molto bene per l'INPS! È un traguardo giusto, sacrosanto e condivisibile, ma il MMG per chi lavora? Per l'INPS o per i suoi assistiti? Come scritto altrove, ripeto che l'invio telematico non è, non può essere di nostra competenza: lo faccia il paziente, se lo vuole, perché il certificato è solo suo.
Al Collega che pensa che si possa risparmiare sul cartaceo, chiedo di guardare in giro per lo studio: c'è materia su cui riflettere. A chi pensa che ci si possa far pagare qualcosina per questa nuova mansione chiedo: non è più giusto farsi pagare molto meglio per le prestazioni professionali? È forse il caso di ricordare che per la prescrizione dello stesso farmaco, la nostra firma sulla ricetta comporta responsabilità uguali a quelle del più celebrato, e pagato, specialista...

Francesco Calogiuri- SNAMI Bologna

PICCOLI ANNUNCI

In studio medico centralissimo affittasi stanza libera a generico o specialista. No odontoiatri, no ginecologi. Prezzo interessante.
Info 349 4914773.

Affittasi a medico di base studio medico nuovo, arredato, vicinanze ospedale S. Orsola, anche mezze giornate. Possibilità medicina di gruppo. Tel. mattina 051 6568336. Altri orari: 338 1296868.

Affittasi studio dentistico con una unità operativa a norma sito in Bologna centro anche a giornate. Per informazioni tel. 051 235489.

Adiacente all'Ospedale S. Orsola affittasi appartamento non arredato di recentissima costruzione in elegante complesso residenziale con ampio giardino composto da: sala con terrazza abitabile, disimpegno, camera da letto con terrazza, bagno, cantina, ampio garage, riscaldamento autonomo. Euro 900. Libero da Settembre 2005. - Tel. 338 8839945.

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

Medico ospedaliero internista di ruolo, con incarichi di P.S., attualmente occupato presso struttura ospedaliera pubblica nella provincia di Bologna, manifesta la propria disponibilità per trasferimento presso altra struttura ospedaliera di Bologna. Rivolgersi al seguente cellulare: 328 1772464.

Isola d'Elba Porto Azzurro ampio bilocale, indipendente, in villa, posizione panoramica in collina, a circa 800 mt. dal mare con vista mare. Ambiente gradevole immerso nella natura. Parcheggio, accessori esterni ottimali e 4 posti letto. Da Euro 350 a 700 la settimana.
Tel. 338 6282932.

Ginecologa cerca ambulatorio in condivisione nella zona di via Castiglione. Tel. 335 5221112.

Compro usato apparecchio RM10.
Tel. 051 242555 - Cell. 347 0352623

Affitto ambulatorio medico nuovissimo Via Masia - Zona S. Orsola. Telefonare ore pasti 051 467228.

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.

Da Settembre 2005 affittasi presso studio medico privato, ambulatori accessoriati (possibilità anche di utilizzo di ecografo per indagini internistiche/ginecologiche/vascolari) in zona Lame entro i viali di circonvallazione, con diverse possibilità di parcheggio, ben servita dai servizi di trasporto pubblico. Per informazioni telefonare al n. 051/6494501 ore 8,00-20,00.

ELENCO INSERZIONISTI BOLLETTINO LUGLIO 2005

AMBULATORIO PRIVATO LAURO OPPICI . . . . . pag. 56

CARISBO GRUPPO SAN PAOLO . . . . . pag. IV^a di cop.

CASA DI CURA "AI COLLI" . . . . . pag. 33

CASA DI RIPOSO "VILLA DEL PARCO" . . . . . pag. 14

CENTRO MEDICO SAN MICHELE . . . . . pag. 7

CISDO . . . . . pag. 9

MEB&CAR . . . . . pag. III^a di cop.

OSPEDALE PRIVATO "VILLA BELLOMBRA" . . . . . pag. 63

POLIAMBULATORIO CKF . . . . . pag. 15

SMART . . . . . pag. II^a di cop.

VILLA BARUZZIANA . . . . . pag. 5

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

SLK.

Tre lettere valgono più di mille parole.

Con *Light-Lease*, da € 199* al mese.

*L'esempio è riferito a una SLK 200 Kompressor. Prezzo chiavi in mano € 37.920 IVA compresa (esclusa IPT): anticipo € 12.444 o eventuale permuta e 35 rate mensili di € 199 e possibilità di riscatto di € 20.477. Spese d'istruttoria € 218,4 (T.A.N. 2,85% - T.A.E.G. 3,50%). Iniziativa valida fino al 30 settembre 2005. Salvo approvazione della DaimlerChrysler Servizi Finanziari S.p.A.

Consumo (l/100 Km.): urbano 13 - extraurbano 6,9 - combinato 9,1. Emissioni di CO2: 218 g/Km.

meb&car

Casalecchio di Reno - BO - via del Lavoro, 50 - Tel. 051/61.395

www.mebecar.it

Mercedes-Benz

CARISBO
SANPAOLO

Bologna, 1 Luglio 2005

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 Luglio 2005** sono :

	DOMUS TASSO FISSO		ASSIDOMUS TASSO FISSO	
DURATA MUTUO	**TASSO**	**RATA MENSILE PER MILLE EURO**	**TASSO**	**RATA MENSILE PER MILLE EURO**
5 anni	2,99%	17,96	n.d.	n.d.
7 anni	3,59%	13,48	n.d.	n.d.
10 anni	3,91%	10,08	4,16%	10,20
12 anni	4,08%	8,79	n.d.	n.d.
15 anni	4,28%	7,54	4,53%	7,67
20 anni	4,70%	6,43	4,95%	6,57

	DOMUS VARIABILE	ASSIDOMUS 10 VARIABILE
DURATA MUTUO	TASSO	TASSO
5 anni	EURIBOR 3 M. + 0,90%	n.d.
7 anni	EURIBOR 3 M. + 0,90%	n.d.
10 anni	EURIBOR 3 M. + 0,95%	EURIBOR 3 M. + 1,20%
12 anni	EURIBOR 3 M. + 1,00%	n.d.
15 anni	EURIBOR 3 M. + 1,00%	EURIBOR 3 M. + 1,25%
20 anni	EURIBOR 3 M. + 1,10%	EURIBOR 3 M. + 1,35%
25 anni	EURIBOR 3 M. + 1,30%	n.d.

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.

SANPAOLO Cassa di Risparmio in Bologna S.p.A. - Sede Legale: Via Farini, 22 – 40124 Bologna – Capitale Sociale € 570.000.000,00 - Registro Imprese di Bologna n. 02089911206 -Codice Fiscale 02089911206 - Partita I.V.A. 02089911206 - Codice A.B.I. 6385.9 - Numero Iscrizione Albo Banche:5466Appartenente al Gruppo Bancario Sanpaolo IMI - N. Iscriz. Albo Gruppi Bancari: 1025.6 - Socio Unico, Direzione e Coordinamento: Sanpaolo IMI S.p.A.