



# BOLLETTINO

ANNO XXXV - Settembre 2004 N° 9

*notiziario*



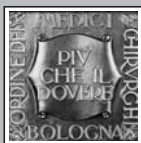
## IN QUESTO NUMERO

- CONVEGNO SULLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DELL'ODONTOIATRA

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



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

## **BOLLETTINO NOTIZIARIO 09/04**

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

**DIRETTORE RESPONSABILE**  
Dott. Paolo Cernuschi

**DIRETTORE DI REDAZIONE**  
Dott. Fabrizio Scardavi

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

**DIREZIONE E REDAZIONE**  
Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 4  
Telefono 051.399745  
Contiene I.P.

*I Collegli 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:*  
*Autunno a San Luca*  
*di Brando Cappelletto*

Il Bollettino di Agosto 2004 è stato  
consegnato in posta il giorno 05/08

# **I N D I C E**

## **EDITORIALE**

Elementare, Watson

3

## **ATTIVITÀ DELL'ORDINE**

Commissione Odontoiatri 16 giugno 2004

4

Giornata del medico

5

## **DALLA FEDERAZIONE**

La Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della  
FNOMCeO non intende impugnare il Decreto sull'E.C.M.

6

Del Barone: l'iniziativa legislativa di correzione della legge N.40  
avalla la richiesta di riflessione già avanzata dalla FNOMCeO  
e dal Consiglio Nazionale

7

Il Presidente Giuseppe Del Barone nominato componente del  
Consiglio Superiore della Sanità

7

## **I COLLEGHI SCRIVONO**

In missione con noi

8

## **NOTIZIE**

Autorizzazione degli studi soggetti a regime autorizzativo

10

Termine di scadenza presentazione domanda di autorizzazione  
studi professionali soggetti ad autorizzazione all'esercizio

10

Medici disponibili per attività professionali agg. al 29/07/2004

12

Medici specialisti disponibili per attività

14

L'Iraq chiama Pezzi che stavolta vola a Nassirya

14

Informazioni per il ritiro di Diplomi (Pergamene) di abilitazione

16

XXV Giochi Mondiali della Medicina

17

Piano Sanitario Regionale 1999-2001

18

## **GIURISPRUDENZA**

Legge 19 febbraio 2004, n. 40

46

## **CONVEGNI CONGRESSI**

La reponsabilità professionale dell'Odontoiatra

54

Linee guida aspetti clinici e medico legali

55

44° Corso di aggiornamento medico "Franco Ferratini"

56

Image-guided ablation therapies

58

Traumatologia della strada

59

Carcinoma mammario: dalla ricerca alla pratica clinica

60

Maturità e vecchiaia "Gruppi di ascolto"

61

III Edizione del Master Nazionale in Bioterapie nella cura  
dei disturbi psichici

61

III Edizione del Master Nazionale di Floriterapia clinica

62

Le lesioni muscolari dell'arto inferiore e le tendinopatie di spalla,  
ginocchio e caviglia

62

"Manifestazioni endocrine nelle malattie sistemiche"

62

## **ASSOCIAZIONI E SINDACATI**

Quando la realtà supera la fantasia

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

## *Elementare, Watson*

Come molti sanno, è recentemente scomparso Francis Crick, premio Nobel, insieme a James Watson, per la medicina per la struttura del DNA.

In una epoca di grandi ripensamenti, quando tutto viene visto e rivalutato dubbiosamente, con rara capacità di modificare il vissuto reale e quotidiano, la loro scoperta fu di portata eccezionale, vera pietra miliare del sapere umano.

La definizione di vita, quand'anche fosse possibile e universalmente condivisa in tutti i suoi aspetti, non potrà mai prescindere da questa eccezionale scoperta del febbraio 1953 e rapidamente condivisa in tutto il globo. Di particolare interesse, inoltre, è la natura della scoperta stessa, ovvero quella di una struttura unica ma con elementi orientati in modo opposti e antiparalleli e la cui estrinsecazione presupponeva una ulteriore molecola (ovvero l'RNA) ipotizzato ma non ancora trovato fino al 1962.

Le conoscenze scientifiche sono effettivamente "parziali, circoscritte e provvisorie" (Antiseri) e valide sino alla successiva scoperta. Nel caso della struttura dell'acido nucleico la conoscenza e la validità della sua applicazione è saldamente connessa con il metodo che è "per il medico la questione più essenziale" (Murri).

Piace immaginare che, durante le loro ricerche, questa frase sia stata pronunciata, con ironia, senza quella superiorità che ogni tanto incontriamo.

Anche per posta.

Il Direttore

# Commissione Odontoiatri 16 giugno 2004

→ Alle ore 10.00 del 16 Giugno 2004, presso la Sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna, Via G. Zaccherini Alvini n. 4, si riunisce la Commissione dell'Albo Odontoiatri, convocata tramite lettera in data 18 Maggio 2004, con il seguente ordine del giorno:

- 1) Approvazione verbale seduta precedente (30-04-2004).
- 2) Comunicazioni del presidente.
- 3) Autorizzazioni sanitarie per gli studi odontoiatrici.
- 4) Eventuale apertura procedimenti disciplinari.
- 5) Opinamento notule.
- 6) Varie ed eventuali.

## Presenti:

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

## Punto 1) all'O.d.G.: approvazione verbale seduta precedente (30-04-2004).

Il Segretario fornisce copia del verbale relativo alla seduta del 30-04-2004. I presenti, dopo averla analizzata attentamente, l'approvano all'unanimità.

## Punto 2) all'O.d.G.: comunicazioni del Presidente.

Il Dr. .... ha inviato all'attenzione del Presidente un quesito riguardante l'effetto del patteggiamento, in ambito penale, sull'esercizio della professione. La CAO decide di dare incarico all'Avv. .... di richiedere un certificato del casellario giudiziale relativo al Dr. ....

## Punto 3) all'O.d.G.: Autorizzazioni Sanitarie per gli studi odontoiatrici.

Il Dr. Nobili annuncia che il Presidente del FRER, con propria nota, ha comunicato che il termine per la presentazione delle domande di autorizzazione degli studi professionali è stato rinviato al 31-12-2004.

## Punto 4) all'O.d.G.: eventuale apertura procedimenti disciplinari.

Non sono prevenute segnalazioni in merito.

## Punto 5) all'O.d.G.: opinamento notule.

Sono analizzate n. 3 notule, che vengono considerate congrue. La parcella del Dr. ...., approvata in data 30-04-2004, è stata ritirata dal professionista ed è stata ripresentata, dopo lo storno delle voci già saldate, in data 18-05-2004. La parcella in oggetto è considerata congrua.

## Punto 6) all'O.d.G.: varie ed eventuali.

Si autorizza l'Avv. .... a rappresentare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna alla seduta di giudizio per la discussione dei ricorsi avanti la Commissione Centrale Esercenti le Professioni Sanitarie proposti dalla Dr.ssa .... e dalla Dott.ssa ....

La CAO ritiene opportuno far pervenire ai colleghi tutt'ora iscritti esclusivamente all'Albo dei Medici Chirurghi, specialisti in branche odontoiatriche ed in possesso della speciale annotazione per l'esercizio della professione odontoiatrice, una lettera nella quale li si raccomanda caldamente di iscriversi anche all'Albo degli Odontoiatri (**allegato n. 1**).

Si mette in discussione il programma del Convegno "Gli attuali adempimenti dello studio odontoiatrico" che si terrà il 27-11-2004. Non essendo emersi ulteriori argomenti di discussione la seduta è tolta alle ore 13,00.

*Il Presidente*

Dott. Alessandro Nobili

*Il Segretario*

Dott. Carlo D'Achille



**Allegato n. 1**

Gentile Collega,  
l'Art. 13 della legge 3 febbraio 2003 n. 14, Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 31 del 07-02-2003, ha definitivamente sancito l'abrogazione dell'istituto della speciale annotazione, quale complemento all'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi al fine dell'esercizio dell'odontoiatria.

Da questa legge deriva che condizione per l'esercizio della professione odontoiatrica è l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri, che ai sensi della stessa legge può coesistere con la contestuale iscrizione all'Albo dei Medici.

Dal momento che a tutt'oggi non risulta pervenuta da parte tua alcuna domanda di

iscrizione, riteniamo opportuno farti presente che un Tuo esercizio della professione odontoiatrica in mancanza di tale iscrizione, a stretti termini di legge, può configurare il reato di esercizio abusivo della professione (Art. 348 Codice Penale).

Pertanto, qualora sia Tuo intendimento continuare ad esercitare in futuro la professione odontoiatrica, Ti raccomandiamo vivamente di chiedere nei termini più brevi l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri.

*Il Presidente dell'Ordine*  
Dr.ssa Nicoletta Longo

*Il Presidente della Commissione Odontoiatrica*  
Dr. Alessandro Nobili

**GIORNATA DEL MEDICO**

Alle ore 10 del 28 Novembre 2004 si terrà la "Giornata del Medico" presso l'Oratorio di San Filippo Neri - Via Manzoni, 5 - Bologna.

I Medici che hanno compiuto nel 2004 il 50° anno di Laurea verranno insigniti della **Medaglia d'Oro di benemerenzza**.

I Colleghi che per oltre mezzo secolo hanno onorato la professione nei vari campi dell'attività medico-chirurgica sono:

ABBATI DOTT.SSA MARIA ELISA MATILDE  
BRIGHETTI PROF. ANTONIO  
BRIGHETTI DOTT.SSA MARIA ANTONIETTA  
CACCIARI PROF. EMANUELE  
CANTORE DOTT. AURELIO  
CAPPONCELLI DOTT. FRANCO  
CARIANI DOTT. ADOLFO  
CARLOZZO DOTT.SSA BIANCA  
CAVRINI DOTT. PAOLO  
COCCHI DOTT.SSA BRUNA  
COLALONGO PROF. GAETANO  
COMELLINI DOTT. LUCIANO  
CRISTALLI DOTT. GIORGIO  
D'AMORE DOTT. GIOVANNI  
DANI DOTT. GIULIANO  
DE RUBERTIS PROF. CESARE  
DELL'AQUILA PROF. ANTONIO  
DOMINI DOTT. REMIGIO  
EUTIZI DOTT. DAVIDE  
FANTI DOTT. MARCO  
FANTINI DOTT. GIANCARLO  
FISCHER DOTT. FRANCESCO  
GALLONI DOTT. ORAZIO  
GAMBETTI PROF. GIOVANNI  
GIRO PROF. CARLO  
IPPOLITO DOTT. ALDO  
KRIZNIC DOTT.SSA MARIA  
LA PLACA PROF. MICHELE

LAMEGO DOTT.SSA LUCIANA TERESE  
LIPPARINI DOTT. RAFFAELE  
MALFATTI PROF. TITO  
MANZINI DOTT. ENNIO  
MARINI DOTT. NAZARIO  
MORSIANI DOTT. CARLO  
NUCCI PROF. CARLO  
ODORICI DOTT. GIULIANO  
PACE DOTT. CARLO  
PIERI DOTT. PIER GIORGIO  
PETTO DOTT. GIOVANNI ANGELO  
RIPONI DOTT. PAOLO  
SCARANTINO DOTT. SALVATORE  
SOVERINI DOTT.SSA LUISA  
SPERANZA DOTT. MICHELANGELO  
STOICO DOTT. USO GERARDO  
TONIUTTI DOTT.SSA MARTA  
TOSCHI DOTT. GIAN PAOLO  
TRABELLA DOTT. ROMUALDO  
TURA PROF. SANTE  
VALERIO DOTT. ARTURINO  
VOLTERRA PROF. VITTORIO  
ZAMPA PROF. GIAN ANGELO

Interverrà il Prof. Gian Paolo Prandstraller Docente di Sociologia all'Università di Bologna.

COMUNICATO STAMPA

# *La Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della FNOMCeO non intende impugnare il Decreto sull'E.C.M.*

→ “Non ho mai dichiarato che il Decreto del Ministero della Salute del 31 maggio 2004, in tema di Educazione Continua Medica, debba essere impugnato davanti al TAR pur se confermo, come del resto molti altri componenti della Commissione Nazionale E.C.M., di non aver potuto discutere in quella sede i contenuti del Decreto stesso” così si esprime il Dott. Giuseppe Renzo, Presidente della Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della

FNOMCeO, commentando il comunicato ANSA diramato a seguito della Tavola Rotonda su “Aggiornamento professionale e E.C.M.” promossa dall'ANDI.

“Non mi risulta che alcuna decisione sia stata assunta ed approvata al riguardo durante i lavori della Tavola Rotonda svoltasi il 24 luglio u.s. a Roma, da parte del Consiglio Nazionale del Sindacato ANDI”.

“La posizione della Commissione Odontoiatrica della FNOMCeO” – ha proseguito il Dott. Renzo – “risulta dal continuo scambio di opinioni che su questa materia si è svolto con continuità tra la Federazione e il Ministero della Salute, così come si comprende nel comunicato stampa dello stesso Ministero della Salute del 22 luglio. Tale scambio di opinioni continuerà anche alla ripresa autunnale attraverso incontri ufficiali tra la Federazione e il Ministero”.

“È inaccettabile che mi vengano attribuite dichiarazioni rese da altri, che travisano completamente il mio pensiero e non corrispondono alla verità dei fatti”.

“Mi riservo – ha concluso il Dott. Renzo – dopo le opportune verifiche, di chiedere ai legali se esistano gli estremi per proporre querela per diffamazione. L'accaduto, infatti, rischia di recare gravissimi danni alla categoria, al diritto di corretta informazione dei cittadini e, soprattutto, alla verità dei fatti”.

## **Centro Odontoiatrico Grimaldi**

Via Grimaldi 6/e -Bologna (adiacenze Paladocza)

### **Affitta Locale/i operativi odontoiatrici**

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

rif. Dott. Antonio Madera 051 6494868 (LMMGV), 3358114518 (SD)

COMUNICATO STAMPA

## ***Del Barone: l'iniziativa legislativa di correzione della legge N. 40 avalla la richiesta di riflessione già avanzata dalla FNOMCeO e dal Consiglio Nazionale***

→ “L’iniziativa legislativa di due senatori della maggioranza tendente ad apportare correzioni alla Legge n. 40 concernente la procreazione assistita – ha dichiarato il presidente della Federazione

Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone – avvalora le critiche mosse alla legge dalla professione medica”.

Aggiunge che “non vi è dubbio che ci sono previsioni che devono essere modificate in una legge che presenta alcune negatività, ben specificate nel comunicato stampa del 26 maggio 2004, in cui si fa notare che il divieto di selezione dei feti anche nel caso di coppie affette da gravi patologie o da malattie ereditarie si riflette negativamente sull’attività professionale dei medici, di fatto costretti per legge a disattendere il Codice di Deontologia medica che impone al sanitario la conoscenza e l’uso dei nuovi mezzi diagnostici e terapeutici messi a disposizione dalla scienza, al fine di garantire la salute psico-fisica dei propri assistiti”.

La professione medica – a prescindere dal fatto che si arrivi alla auspicata correzione della legge per via legislativa o per via referendaria – chiede che, qualora sia discusso il ddl in sede parlamentare, venga ascoltata anche la FNOMCeO, ente esponenziale della professione medica cui spetterà il compito di dare pratica applicazione alla normativa.

COMUNICATO STAMPA

## ***Il Presidente Giuseppe Del Barone nominato componente del Consiglio Superiore della Sanità***

→ Viva soddisfazione è stata espressa dal Presidente dell’FNOMCeO On. Dr.

Giuseppe Del Barone all’uscita del decreto del Ministro della Salute che lo nomina componente del Consiglio Superiore di Sanità - sezione V.

Questa nomina – ha dichiarato Del Barone – viene a premiare, tramite la mia modesta persona, l’attività di tutta la Federazione Nazionale dei Medici e degli Odontoiatri e viene altresì a colmare il vuoto determinato nella composizione del CSS dall’assenza di rappresentanti ufficiali della istituzione ordinistica quale Organo ausiliario dello Stato, nonché a dare pieno e legittimo riconoscimento al ruolo della FNOMCeO nei momenti decisionali della professione.



## In missione con noi

maggio-giugno 2004

Cari amici,  
dopo avervi parlato nei mesi scorsi di noi qui in Etiopia, questo mese facciamo un salto indietro, proponendovi il resoconto delle nostre attività del 2003.

1. Continuando sulla linea dell'anno precedente, abbiamo enormemente ampliato l'attività del **food for work** (cibo in cambio di lavoro). Abbiamo avuto per la maggior parte dell'anno otto-nove lavoratrici al giorno per sei giorni alla settimana. Non sempre è stato facile trovare un lavoro per tutte, ma con impegno e perseveranza ci siamo riusciti, a tal punto che la bontà dei risultati ottenuti è stata sotto gli occhi di tutti coloro che ci sono venuti a trovare a Matibi. Certamente l'estrema semplicità di questo tipo di lavoro è tale che lo rende facilmente trasferibile da un posto ad un altro, con inesauribili possibili alternative per le donne (comprese alcune semplici attività sedentarie per le gravide).

2. Anche nel 2003, come in passato, ci siamo adoperati perché bambini di famiglie povere potessero andare a **scuola**, al di là dei loro problemi economici. Così abbiamo aiutato per tutto l'anno una ventina di bambini tra Zimbabwe ed Etiopia, certamente donando loro dal punto di vista dell'equipaggiamento scolastico ciò che le loro famiglie non avrebbero potuto permettersi.

A ciò va aggiunto l'aiuto che abbiamo fornito in modo occasionale e non sistematico a due allievi infermieri e ad uno studente di medicina.

Infatti in Africa è spesso un lusso poter studiare dopo la scuola superiore per

avere un diploma professionale o addirittura una laurea. Dato che siamo venuti a conoscenza di questi casi, ci è parso utile intervenire: tuttavia, abbiamo preferito l'occasionalità, per non creare troppe aspettative su di noi da parte dello studente e allo stesso tempo per stimolarlo a cercare aiuti su più fronti.

3. Oltre venti **mucche** sono state affidate in comodato d'uso a famiglie bisognose. Visti i buoni risultati di questa attività negli anni passati, la abbiamo notevolmente sviluppata, anche per le numerose richieste pervenute in tal senso.

4. Un'altra pista operativa è stata quella di aiutare alcuni **pazienti** in difficoltà economiche, sia nei confronti del nostro ospedale sia soprattutto in quelle particolari situazioni, per fortuna rare, in cui era necessario trasferirli presso altri ospedali.

5. **In ospedale** siamo intervenuti in un'area diversa dal passato: infatti la cronica scarsità di personale ci ha spinti a chiedere alla Diocesi il permesso di assumere cinque nuovi inservienti con contratto annuale, da distribuire nei vari reparti. Quindi fin dall'inizio del 2003 abbiamo respirato un'aria nuova in ospedale, con il personale (ed il medico in particolare) a lavorare con meno fretta e più cura nei confronti dei pazienti. Ovviamente sono state felicissime del lavoro le cinque donne che abbiamo impiegato.

Oltre a ciò, abbiamo rifornito l'ospedale di alcuni elementi essenziali introvabili in loco. Tra i numerosi ricambi vorremmo segnalare: due pezzi per il letto operatorio, fatti appositamente per noi dalla scuola professionale O. Belluzzi di Bologna; le strisce per gli esami biochimici del laboratorio; numerose lampadine per microscopi e sala operatoria; la soda calcina per la macchina anestesilogica (comprata in Sudafrica). Si tratta di cose non economicamente molto dispendiose, ma che costano

parecchio in termini di tempo: bisogna quasi sempre cercare tra macchinari fuori produzione in Europa, vale a dire che è improbabile che ci siano ancora i ricambi disponibili. Comunque vorremmo sottolineare che tutto ciò è possibile solo grazie alla preziosissima disponibilità di persone in Italia che cercano queste cose per conto nostro.

Di nuovo abbiamo introdotto una bilancia per neonati ed un po' di strumenti chirurgici, oltre ovviamente ad abbondanti quantità di medicine provenienti da varie fonti.

Inoltre, una clinica privata ci ha donato una bella apparecchiatura per il laboratorio, che arriverà qui nei prossimi mesi.

6. Una nuova attività intrapresa è stata l'introduzione di **attività ludiche** all'interno della fisioterapia dell'ospedale e nella vicina scuola.

Data la discreta diffusione a livello nazionale del gioco degli scacchi, abbiamo deciso di avere una adeguata quantità di scacchiere per poter cominciare a giocare anche in una zona così remota. Pertanto grazie al primario contributo economico della Fondazione della Cassa di Risparmio di Bologna e all'appoggio di altri, abbiamo iniziato l'insegnamento del gioco degli scacchi ad alcuni giovani.

Abbiamo anche sostenuto la Chess Association of Masvingo: dato che essa focalizza quasi tutta la sua attività scacchistica sulle scuole, ci è sembrata buona cosa aiutarla in un frangente irto di ostacoli, dovuto alla carenza di materiale.

7. Oltre alle usuali **spese di segreteria**, vorremmo segnalarvi un'ultima iniziativa estemporanea che abbiamo intrapreso: si tratta dell'acquisto di un computer per un giovane sacerdote africano, che vivendo in una località isolata ci ha chiesto di aiutarlo per la segreteria della sua grande parrocchia.

In conclusione, 19.257 Euro sono stati utilizzati in questi sette campi di attività nel corso dell'anno. Si tratta di oltre sei volte di più rispetto al 2002: un risultato certamente al di là di ogni aspettativa per noi, che utilizziamo come fondi ciò che ci arriva dalla Provvidenza, ma che spendiamo molto del nostro tempo in queste attività.

Ora che siamo in Etiopia alcune attività dovranno essere adattate al luogo, ma certamente nonmacheremo di impegnarci come negli anni passati in queste attività caritative.

Cari saluti

Dott. Stefano Cenerini  
e Zenebech Cenerini

## VILLA BARUZZIANA

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO  
PER MALATTIE NERVOSE**

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

**BOLOGNA - V. DELL'OSSERVANZA, 19**

**CENTRALINO: TEL. 051 580 395**

**AMBULATORI: TEL. 051 644 7852**

**UFFICIO PRENOTAZIONI RICOVERI:**

**TEL. 051 644 0324 - FAX: 051 580 315**

**e-mail: villabaruzzianafn@intervision.it**

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

# Autorizzazione degli studi soggetti a regime autorizzativo

DI CUI AI PUNTI 1.5 e 1.6 DELLA DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE N. 327 DEL 23.2.2004 (BUR N. 28 DEL 27.2.2204)

→ In riferimento alla ns. nota del 29.03.2004 PG. n. 63472/04, si comu-

nica che con **Deliberazione di Giunta regionale n. 1099 del 2004**, il termine di presentazione delle domande di autorizzazione all'esercizio da parte dei professionisti titolari di studio professionale soggetto a regime di autorizzazione sanitarie di cui ai punti 1.5 e 1.6 del dispositivo della delibera n. 327/2004 è stato prorogato alla data del 31/12/2004.

Si coglie l'occasione per allegare alla presente, il modulo 2bis.1 approvato dalla Regione con la delibera sopracitata relativamente agli studi odontoiatrici. A disposizione per ulteriori chiarimenti, si porgono distinti saluti.

*Dr. Claudio Bartolomei*

DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE  
N. 327/04

# Termine di scadenza presentazione domanda di autorizzazione studi professionali soggetti ad autorizzazione all'esercizio

→ Con riferimento alla nota di cui all'oggetto, Le comunico che, con provvedimento n. 1099 del 7 giugno 2004, che si allega, la Giunta regionale ha differito il termine di presentazione delle domande di autorizzazione all'esercizio da parte degli studi professionali soggetti ad autorizzazione al 31 dicembre p.v., anche accogliendo la richiesta da Lei inoltrata a nome degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della regione.

Colgo inoltre l'occasione per chiederLe, in vista della costituzione del coordinamento regionale previsto dal punto 1.12 del dispositivo della deliberazione n. 327/04, di indicare due nominativi, uno in rappresentanza dei medici chirurghi, l'altro in rappresentanza degli odontoiatri. La richiesta è motivata dalla opportunità di una presenza, in tale coordinamento regionale, delle categorie professionali interessate dall'estensione dell'autorizzazione all'esercizio anche ad alcune tipologie di studi professionali. Distinti saluti.

*Giovanni Bissoni*

## GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno di lunedì 7 del mese di giugno dell'anno 2004 si è riunita nella residenza di Viale A. More, 52, la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Errani Vasco, Presidente, 2) Delbono Flavio Vice Presidente, 3) Barbieri Marco Assessore, 4) Bastico Mariangela Assessore, 5) Bissoni Giovanni Assessore, 6) Pasi Guido Assessore, 7) Rivola Pier Antonio Assessore, 8) Vandelli Luciano Assessore.

Funge da Segretario l'Assessore Bastico Mariangela.

**Oggetto: Differimento al 31-12-04 della data di scadenza delle domande di autorizzazione all'esercizio da parte dei Professionisti Titolari di Studio soggetti a regime di autorizzazione sanitaria e modifica del modello di domanda di cui alla DGR 327/04.**

La Giunta della Regione Emilia-Romagna

Premesso:

– che con propria deliberazione n. 327 del 23 febbraio 2004 avente ad oggetto: "Applicazione della L.R. n. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti" ha, tra l'altro, ai punti 1.5 e 1.6 del dispositivo, provveduto a dare attuazione alla disposizione di cui al secondo comma dell'articolo 8 ter del DLgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni circa la necessità di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie anche "per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente" stabilendo che i profes-

sionisti titolari degli studi di cui trattasi alla data di adozione del provvedimento stesso, debbano avanzare domanda di autorizzazione al Comune competente per territorio entro 180 giorni dalla medesima data;

– che, con il richiamato provvedimento, si è provveduto, altresì, al punto 1.8 del dispositivo ad approvare l'allegato n. 1 concernente, tra l'altro, i requisiti generali e specifici di cui la detta categoria di studi professionali deve essere dotata, nonché, al successivo punto 1.9, l'allegato n. 2 bis, riguardante un fac-simile di "Domanda per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento di studio professionale medico-chirurgico e odontoiatrico". Valutato che la rilevante numerosità degli studi odontoiatrici esistenti sul territorio regionale e la complessità e novità degli adempimenti cui i soggetti interessati devono dar corso, come, tra l'altro, evidenziato in occasione di specifici incontri pubblici con i professionisti e le categorie interessate, motivino l'opportunità di differire al 31 dicembre 2004 la data di presentazione delle domande, anche in considerazione che il termine fissato con delibera G.R. n. 327/07 sarebbe scaduto il 21 Agosto 2004, quindi in pieno periodo feriale.

Ritenuto opportuno, inoltre, al fine di semplificare la modalità di compilazione della domanda e di consentirne l'utilizzazione sia da parte degli odontoiatri titolari di studio alla data di entrata in vigore della deliberazione n. 327/04, sia da parte di quelli che si doteranno di studio professionale successivamente a tale data, di modificare lo schema di domanda di cui all'allegato 2 bis alla richiamata DGR n. 327/04 procedendo, pertanto, alla sua integrazione con il modello di cui all'allegato al presente atto approvato quale sua parte integrante e sostanziale. Dato atto del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, dott. Franco Rossi, ai sensi dell'art. 37, quarto

comma, della L.R. n. 43/2001 e della propria deliberazione n. 447/2003;

su proposta dell'Assessore alla Sanità  
a voti unanimi e palesi

### DELIBERA

1. di differire alla data del 31/12/2004 il termine di presentazione delle domande di autorizzazione all'esercizio da parte dei professionisti titolari di studio soggetti a regime di autorizzazione sanitaria di cui ai punti 1.5 e 1.6 del dispositivo della propria delibera n. 327/004;

2. di approvare lo schema 2bis.1 allegato, quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, dando atto che esso integra il precedente schema 2bis approvato al punto 1.9 del dispositivo della citata delibera, relativamente agli studi odontoiatrici;

3. di confermare in ogni altra sua parte la propria delibera n. 327/04;

4. di pubblicare la presente deliberazione ed il relativo allegato nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna.

### MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI AGGIORNATO AL 29/07/2004

| Cognome - Nome            | Indirizzo                                  | Telefono                        |
|---------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|
| ANCONETANI BRUNO          | Via C. da Pistoia, 16 - Bologna            | 051/58.14.50 - 339/12.79.199    |
| ANDALÒ FEDERICA           | Via Calanco, 51 - Dozza Imolese            | 0542/67.90.51 - 338/90.31.414   |
| BAIOCCHI MASSIMO          | Via Montelungo, 6 - Bologna                | 347/44.32.960                   |
| BERNARDI ROBERTO          | Via Mezzofanti, 10 - Bologna               | 051/39.95.28 - 349/56.80.207    |
| BIANCHINI SILVIA          | Via Mengoli, 20 - Bologna                  | 051/34.12.65 - 347/74.04.654    |
| BIAZZO DANIELA            | Via Parisio, 6 - Bologna                   | 349/56.64.115                   |
| BLANDINO SIMONA           | Via G. Bentivogli, 77 - Bologna            | 051/63.60.983 - 333/34.40.836   |
| BOLLETTA MAURA            | Via Z. Alvisi, 5 - Bologna                 | 051/39.14.58 - 328/22.27.766    |
| BONAVINA GIUSEPPE         | Via Mura di Porta Castiglione, 3 - Bologna | 051/58.01.97 - 340/29.79.142    |
| BORRI FRANCESCO           | Via Breventani, 10 - Bologna               | 051/61.54.817 - 397/53.31.438   |
| CARBONE CATERINA          | Via Massarenti, 222 - Bologna              | 051/34.74.66 - 348/76.33.402    |
| CARUSO LORELLA            | Via Berti - Bologna                        | 051/55.40.79                    |
| CASATELLO MARIAPIA        | Via S. Donato, 136 - Bologna               | 051/63.31.353 - 339/46.91.165   |
| CECILIA ROSA              | Via Battistelli, 10 - Bologna              | 051/55.13.05 - 338/72.28.882    |
| CONCORDIA ALESSANDRA      | Via Vezza, 24 - Bologna                    | 051/19.98.06.72 - 347/29.98.754 |
| CONTINI PAOLA             | Via Venturoli, 1 - Bologna                 | 347/66.29.912                   |
| CREMANTE GIULIA           | Via L. Cipriani, 9 - Bologna               | 051/52.08.12 - 347/94.78.844    |
| D'ECCLESIA ANNA RITA      | Via Orlandi, 3 - S. Lazzaro di Savena      | 329/71.26.175                   |
| DEL FAVERO VALENTINA      | Via Broccaindosso, 71 - Bologna            | 349/40.01.920                   |
| DE TORAKI MARIA           | Via Vizzani, 37 - Bologna                  | 348/89.80.610                   |
| DI MARCO CHRISTIAN        | Via Cremona, 90 - Pieve di Cento           | 349/84.49.981                   |
| FARNETI DESIDERATA        | Via Solferino, 4 - Bologna                 | 335/82.39.109                   |
| FILIPOVIC RICCI BENEDETTA | Strada Maggiore, 40 - Bologna              | 051/23.99.47 - 328/44.54.744    |
| FOCARDI EMANUELA          | Via S. Giuliano, 3 - Bologna               | 051/39.82.80 - 347/52.08.162    |
| FUCXHI NEVILA             | Via Spina, 3 - Bologna                     | 339/13.34.507                   |
| GALLIERI SIMONA           | Via E. Levante, 53/a - Bologna             | 339/18.65.361                   |
| GASPARRONI VERUSCA        | Via Carducci, 20 - Bologna                 | 051/39.74.15 - 348/72.84.362    |
| GESSA GIUSEPPE            | Via Enriques, 17 - Bologna                 | 051/45.56.07 - 349/78.29.243    |
| GHEDINI FEDERICA          | Via Paolo Poggi, 62 - S. Lazzaro di Savena | 051/58.71.259 - 348/88.55.709   |



|                          |                                             |                               |
|--------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|
| GIANNINI ENRICO          | Via Murri, 80 - Bologna                     | 335/81.02.481                 |
| GIORDANO MARIA CHIARA    | Via Grossi - Torino                         | 338/98.46.600                 |
| GROTTI SILVIA            | Via M. Masia 2/3 - Bologna                  |                               |
| GUERNELLI BARBARA        | Via Montelungo, 6 - Bologna                 | 347/60.32.516                 |
| IORIZZO MATILDE          | Via Massarenti, 50 - Bologna                | 335/50.67.313                 |
| LAZZARA CLAUDIO          | Via Indipendenza, 22 - Bologna              | 051/23.33.77 - 347/61.78.566  |
| LUBONJA PIRO             | Via Lemonia, 33 - Bologna                   | 339/53.25.942                 |
| LUCANO ANGELO            | Via Vallescura, 21 - Bologna                | 051/58.54.54 - 347/41.55.274  |
| LUCCHETTA PATRIZIO       | Via Pizzardi, 6 - Bologna                   | 051/34.39.36 - 349/28.93.126  |
| MAIDONI DAVARIS VERENIKI | Via H. De Balzac, 7 - Bologna               | 051/61.95.81 - 347/87.03.191  |
| MASCITTI MONICA          | Via Pizzardi, 61 - Bologna                  | 051/36.25.55 - 347/15.86.365  |
| MIGLIETTA BARBARA        | Via S. Felice, 116/F - Bologna              | 051/52.12.73 - 328/37.93.551  |
| MIRONE MARCO             | Via Ferri, 7 - Bologna                      | 328/27.40.035                 |
| MONTANARI PAOLO          | Via 2 Giugno, 11 - Castel Guelfo di Bologna | 0542/53.534 - 348/88.25.984   |
| MOSCARDELLI ELISA        | Via Roma - Alba Adriatica                   | 0861/71.45.20 - 320/30.09.747 |
| MOSCONI PIER PAOLO       | Via Broccaindosso, 40 - Bologna             | 051/23.53.17 - 349/46.75.888  |
|                          |                                             | 0543/91.74.85                 |
| MURARIU IOAMA ADINA      | Via Rizzoli - Granarolo Emilia              | 051/76.04.82 - 348/91.48.155  |
| MUSIANI MARIA            | Via Lombardia, 31 - Bologna                 | 051/62.40.624 - 338/87.11.502 |
| OZERI EITAN              | VIA ZACCONI, 2                              | 335/70.71.570                 |
| PALANDRI FRANCESCA       | Via Micheli, 34 - Parma                     | 349/71.16.012                 |
| PALMERINI EMANUELA       | Via S. Rocco - Bologna                      | 348/41.48.954                 |
| PARIS VIVIANA            | Via Ravenna, 8 - Bologna                    | 051/58.79.489 - 347/87.83.614 |
| PEDRABISSI FABRIZIO      | Via Caldara, 50/c - Soresina                | 333/36.67.883                 |
| PELLONI DILETTA          | Via Montirone, 23/B - S. Giovanni Persiceto | 051/82.34.91 - 333/83.10.383  |
| PERRONE LILIANA GIGLIOLA | Via Zaccherini Alvisi, 10 - Bologna         | 328/21.68.981                 |
| PODETTI MARIO ANGELO     | Via di Barbiano, 1/10 - Bologna             | 051/63.66.848 - 348/47.44.823 |
| PRATI ANDREA             | Via Morandi, 5 - Pianoro                    | 347/83.94.839                 |
| PUGLIOLI EMILO           | VIA B. CELLINI, 11 - Bologna                | 333/30.75.111 - 051/53.30.09  |
| RAIMONDI MONICA          | Via Cartoleria, 12 - Bologna                | 051/58.77.351 - 347/21.14.517 |
| RAPAGNANI MARIA PAOLA    | Via Napoli, 3 - Bologna                     | 051/46.25.97 - 349/126.88.54  |
| RIZZO ALESSANDRA         | Via F. Rocchi, 20 - Bologna                 | 051/39.89.31 - 347/62.72.570  |
| SABETTI ANNARITA         | Via O. Palagi, 25 - Bologna                 | 051/39.31.82 - 328/33.92.178  |
| SARTORI ELISABETTA       | Via Ferrarese, 66/2 - Bologna               | 329/21.46.027                 |
| SIFAKI EVANGELIA         | Via P. Loreta, 2 - Bologna                  | 328/26.12.987                 |
| SINICROPI GIUSEPPE       | Via Andrea Costa, 74 - Bologna              | 328/46.12.065                 |
| SPIGONARDO VINCENZO      | Via Lame, 116 - Bologna                     | 051/52.10.04 - 329/62.17.975  |
| STAFÀ ALTIN              | Via Barberia, 24 - Bologna                  | 051/33.99.442 - 349/58.70.970 |
| VENTURA ELISABETTA       | Via Pasubio, 61 - Bologna                   | 333/22.05.287                 |
| VERONESI MARCO           | Via Morini, 35 - Prunaro di Budrio          | 051/69.20.436 - 339/32.88.927 |
| VIOLA ANTONELLA          | Via Malvasia, 18 - Bologna                  | 051/55.66.16 - 340/59.08.330  |
| ZANZANI CHIARA           | Via De Nicola, 74 - Bologna                 | 051/56.37.55 - 347/ 03.58.038 |

## POLIAMBULATORIO PRIVATO S. LUCIA

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

P.G. n. 69914 del 6.4.2004

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

### DOTT. LUCIA SCOROLLI

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

### DOTT. SERGIO ZACCARIA SCALINCI

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

### DOTT.SSA MARIACHIARA MORARA -

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

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

## MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

| Cognome - Nome     | Specializzazione                          | Telefono                      |
|--------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|
| ANTONIONI MARCELLO | Gastroenterologia                         | 333/53.69.458                 |
| CASELLA GIORGIO    | Formazione Specifica in Medicina Generale | 339/84.86.356 - 051/75.11.04  |
| CRISCI CARMINE     | Patologia Clinica                         | 051/50.27.18 - 336/35.95.86   |
| FERRARI MONALISA   | Chirurgia Pediatrica                      | 051/61.53.967 - 335/60.74.385 |
| GAZZOTTI VALERIA   | Medicina Fisica e Riabilitazione          | 347/76.28.388                 |
| GHERSI STEFANIA    | Gastroenterologia                         | 333/37.37.133                 |
| LEONE VINCENZA     | Fisiatra                                  | 051/24.97.63 - 347/73.42.537  |
| LIMONI PAOLO       | Neurochirurgia e Neurologia               | 338/93.47.857                 |
| LUCENTE PASQUALE   | Dermatologia e Venerologia                | 051/38.04.62                  |
| MATTEINI PAOLA     | Igiene e Med. Preventiva                  | 051/44.32.41 - 339/48.19.676  |
| MAZZOTTI VALERIA   | Medicina Fisica e Riabilitazione          | 051/44.11.05 - 347/76.28.388  |
| MONTANARI EVA      | Medicina Fisica e Riabilitazione          | 051/23.18.97 - 339/36.23.750ù |
| PANTANI PATRIZIA   | Cardiochirurgia                           | 348/93.02.036                 |
| PEDERZINI MONICA   | Psichiatria e Psicoterapia                | 339/56.62.217                 |
| PELUSI CARLA       | Endocrinologia e Malattie del Ricambio    | 335/75.52.183                 |
| SANDRI LORENZA     | Gastroenterologia                         | 051/619.41.93 - 339/86.85.286 |
| SPETTOLI ELISA     | Dermatologia e Venerologia                | 051/56.03.88 - 335/63.52.844  |
| VACIRCA ANNA       | Endocrinologia e Malattie del Ricambio    | 0542/41.990 - 347/46.41.307   |
| VISENTIN STEFANO   | Pediatria Preven. e Puer.                 | 051/23.13.29                  |

LA MISSIONE CON LA CROCE ROSSA

## L'Iraq chiama Pezzi che stavolta vola a Nassirya

→ Un anno fa a Bagdad, e adesso a Nassirya. Sempre più difficile per Antonio Pezzi che nel suo ventaglio di "qualifiche" conserva anche quella di tenente medico della Croce Rossa Italiana.

Dopo aver appeso temporaneamente al chiodo il camice di medico di pronto soccorso e lasciando vuoto (sempre temporaneamente) il banco conquistato in consiglio comunale con la sua candi-

## CENTRO DIAGNOSTICO «S. DONATO»

## POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO PRIVATO

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

## LE CONSULENZE

**andrologia**  
Dott. Giorgio Isgrò - Medico Chirurgo -  
Spec. in Ostetricia e Ginecologia

**cardiologia ed angiologia**  
Dott. Claudio Vincenzi -  
Specialista in Cardiologia e Angiologia

**chirurgia e piccola chirurgia  
ambulatoriale**  
Dott. Lucio Montone  
Specialista in Chirurgia

**dermatologia**  
Dott.ssa Marcella Melino - Specialista  
in Dermatologia e Venerologia

**endocrinologia**  
Dott.ssa Anna Maria Ferraro -  
Specialista in Endocrinologia

**gastroenterologia - endoscopica**  
Prof. Giancarlo Caletti - Specialista in  
Gastroenterologia

**medicina dello sport**  
Dott. Enrico Drago - Specialista in  
Medicina dello Sport

**medicina del lavoro**  
Dott.ssa Grazia Guiducci  
Specialista in Medicina del Lavoro  
Dott. Maurizio Montesi  
Specialista in Medicina del Lavoro

Dott. Giacomo Garragnani  
Specialista in Medicina del Lavoro

**neurologia - EMG**  
Dott. Lino Pasquale Marchello -  
Specialista in Neurologia  
Dott.ssa Marcella Pedrelli  
Specialista in Neurologia e Psichiatria

**oculistica**  
Dott.ssa Luisa Mazza  
Specialista in Oculistica

**oncologia**  
Prof. Franco Pannuti  
Libero Docente in Patologia Speciale  
Medica e Metodologia Clinica

**ostetricia ginecologia colposcopia**  
Prof. Giovanni Gentile - Professore  
Associato di Ginecologia e Ostetricia

**ortopedia e fisioterapia**  
Dott. Valerio Orlandi  
Specialista in Ortopedia e Traumatologia  
Dott. Fedele Giannone  
Specialista in Medicina Fisica  
e Riabilitazione

**otorinolaringoiatria**  
Dott.ssa Silvia Giacchini  
Specialista in Otorinolaringoiatria

**urologia**  
Dott. Massimo Fini  
Specialista in Urologia

datura a sindaco, Pezzi partirà giovedì per l'Iraq della caldissima Nassirya, dove farà servizio nell'ospedale allestito nell'accampamento dell'Esercito italiano. "È l'ospedale a disposizione dei nostri soldati; ragazzi di vent'anni che potrebbero essere miei figli – dice il medico delle mille missioni –. Rischiano la vita, ed è importante essere con loro. Se posso aiutarli, beh... questa è la mia missione". Ma non è facile partire oggi per Nassirya. Ancora meno facile di un anno fa, quando Antonio Pezzi tenente medico della Croce Rossa Italiana partì per Bagdad, dove dal 13 luglio al 21 agosto prestò servizio all'ospedale allestito per i civili nella capitale irachena dell'immediato dopoguerra. E ora, puntuale un anno dopo, la seconda missione in Iraq. E stavolta è una missione militare al fianco dei soldati italiani. "Siamo ausiliari delle Forze armate – spiega Pezzi in attesa di indossare la divisa –. Ci occuperemo del pronto soccorso per le nostre truppe, ma certo non ignoreremo i civili. Se ci sarà bisogno, saremo lì anche per loro".

Oggi la partenza per Roma e giovedì per Nassirya. E tutto a tambur battente, con la chiamata ufficiale arrivata venerdì con tanto di precetto.

Emozioni?

"È un'esperienza nuova, vado a vedere com'è; il mio spirito è lo stesso – dice questo medico giramondo sulla rotta della solidarietà –. Certo, rispetto all'esperienza di un anno fa, questa missione è completamente diversa. È una missione militare, e anche la libertà personale sarà più limitata. Ma se capiterà di aiutare bambini, come è successo lo scorso anno, lo faremo ancora".

Ma Pezzi parte per la seconda volta per l'Iraq anche con la "bandiera" di Imola.

"Per questa città ho lottato – scandisce –, sono stato eletto in consiglio comunale e mi sento quindi di rappresentarla. Partire per questa missione è per me un privilegio anche come rappresentante della mia città".

Il Resto del Carlino - Imola  
13 luglio 2004

### **CENTRO DIAGNOSTICO «S. DONATO»**

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO PRIVATO

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

#### **EQUIPE MEDICA**

#### **LABORATORIO ANALISI**

analisi cliniche

Dott. Massimiliano STANTE

Chimico

allergologia

Dott.ssa Camilla MASCAGNI

Specialista in Diagnostica di laboratorio

#### **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

Radiologia/Ecografia total body

Mammografia - Ortopantomografia

Prof. G. GOLFIERI - Libero Docente in Radiologia

TAC elicoidale/Ricostruzione 3D

Denta-scan - Densitometria

P.G. 65729 - 17/04/2001

# Informazioni per il ritiro di Diplomi (Pergamene) di abilitazione

→ I Laureati che hanno conseguito l'abilitazione presso l'Università di Bologna e non hanno ancora ritirato il loro diploma, sono invitati a ritirarlo, presso l'Ufficio esami di Stato, previa restituzione del "certificato sostitutivo" di abilitazione. Si informa che sono attualmente in distribuzione i diplomi delle abilitazioni conseguite fino all'anno 1999 (dato aggiornato al gennaio 2004).

In caso di smarrimento del "certificato sostitutivo", occorre presentare una copia di denuncia di smarrimento fatta alle Autorità competenti o compilare presso l'ufficio una dichiarazione sostitutiva (auto-certificazione) – vedi modulo **A** + modulo **B**. Chi non ha mai richiesto e ritirato il "certificato sostitutivo", dovrà presentare domanda di rilascio del solo diploma, corredata da una marca da bollo da euro 10.33 – e dalle ricevute dei versamenti previsti e in vigore al momento – vedi modulo **C**.

**Per ulteriori informazioni, telefonare al numero 051/2094651 dalle ore 8.00 alle ore 9.00 o dalle 11.30 alle 13.00.**

## MODALITÀ PER IL RITIRO

### • Ritiro diretto ALLO SPORTELLLO:

Presentarsi all'Ufficio esami di Stato muniti di:

- "CERTIFICATO SOSTITUTIVO" in originale (esemplare unico rilasciato a suo tempo e talvolta consegnato erroneamente all'Ordine, al momento dell'iscrizione).
- DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Se al ritiro provvede una persona incaricata, dovrà essere munita di:

- "CERTIFICATO SOSTITUTIVO" in originale (esemplare unico rilasciato a suo tempo e talvolta consegnato erroneamente all'Ordine, al momento dell'iscrizione).
- proprio DOCUMENTO di identità
- DELEGA in carta semplice, scritta dal titolare
- FOTOCOPIA della carta di identità del titolare del diploma

**Nel caso in cui il certificato risulti smarrito** (ma conviene sempre controllare presso l'Ordine di appartenenza) presentare:

- AUTOCERTIFICAZIONE di smarrimento (da compilare direttamente allo sportello) - modulo **A**

*Oppure* copia della DENUNCIA ai carabinieri, in carta libera

- una marca da bollo da euro 10.3 per la domanda - modulo **B**

### • Richiesta di spedizione a casa del Diploma:

Inviare all'Ufficio Esami di Stato:

- Richiesta scritta (in carta libera) indirizzata a UNIVERSITÀ DI BOLOGNA - Ufficio Esami di Stato - via Belle Arti, 42 - 40126 Bologna - in cui sia ben specificato l'indirizzo a cui si desidera ricevere il diploma. *Per la spedizione non verrà richiesta alcuna spesa aggiuntiva.*

- FOTOCOPIA della carta di identità del titolare del diploma

- "CERTIFICATO SOSTITUTIVO" IN ORIGINALE

**Nel caso in cui il certificato risulti smarrito** (ma conviene sempre controllare presso l'Ordine di appartenenza) allegare anche:

- AUTOCERTIFICAZIONE DI SMARRIMENTO - modulo **A**

*Oppure* copia della DENUNCIA ai carabinieri, in carta libera

- Domanda in bollo a euro 10.33 - modulo **B**

# XXV Giochi Mondiali della Medicina

→ Dal 10 al 17 Luglio 2004 Garmisch-Partenkirchen (Germania) ha ospitato l'annuale edizione dei Giochi Mondiali della Medicina.

Ogni anno, dal 1978, circa 4000 persone partecipano a questo grande raduno sportivo e professionale: più di 40 i paesi rappresentati nelle 22 discipline sportive. Preghiamo i Colleghi che hanno partecipato ai XXV Giochi della Medicina di fornirci informazioni (ed eventuali foto) sulle loro performances.

I dati in nostro possesso si riferiscono, per ora, a due sole discipline sportive:

## CICLISMO:

- 1) Categoria C (45-55 anni): 17° (su 33 concorrenti) Dott. Stefano Cavazza (Oculista)
- 2) Categoria D (55-65 anni): 9° (su 16 concorrenti) Dott. Francesco Biavati (Medico di Medicina Generale)

## MOUNTAIN BIKE: Cross Country

- 1) Categoria D (55-66 anni): 5° (su 13 concorrenti) Dott. Francesco Biavati (Medico di Medicina Generale)

La XXVI edizione dei Giochi Mondiali della Medicina avrà luogo ad Alicante (Spagna) dal 2 al 9 luglio 2005.



Partecipanti alle competizioni ciclistiche.

Da sinistra nella foto: Sig. Cavallini (Direttore Sportivo), Dott. Cavazza, Dott. Biavati.



*continua dal numero precedente*

# Piano Sanitario Regionale 1999-2001

In particolare:

- il termine “rete” indica che l’assistenza è prodotta e distribuita da una rete di interconnessione fra équipes multiprofessionali, in cui la gestione delle relazioni, anziché la centralizzazione della produzione, è l’elemento programmatico più rilevante;

- il termine “integrate” sottolinea l’enfasi sulle esigenze di governo, contro i rischi di diluizione e di dispersione delle attività. La individuazione della rete di servizi e la conseguente attenuazione dei confini formali e l’allargamento delle aree di intervento dei singoli servizi non deve comportare una riduzione delle possibilità di esercizio della funzione di verifica e controllo. Lo sviluppo della organizzazione in rete dei servizi deve quindi procedere di pari passo con la compiuta attuazione del nuovo sistema di governo aziendale;
- il termine “servizio” sottolinea l’enfasi sul prodotto offerto, rappresentato dalla erogazione di un servizio integrato non dalla produzione di prestazioni.

I modelli operativi di configurazione del sistema secondo il concetto di rete sono numerosi e potenzialmente infiniti, in quanto si distinguono principalmente per la intensità e la eventuale natura gerarchica delle relazioni funzionali fra i punti di produzione dei servizi, alcuni dei quali possono essere individuati come critici in quanto dotati di funzioni peculiari. Nel campo sani-

tario, le applicazioni possibili riguardano due soluzioni relativamente estreme:

- organizzazione dei servizi afferenti alla medesima linea di produzione secondo il modello “hub & spoke”, che prevede la concentrazione della produzione della assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza (hub) e l’organizzazione del sistema di invio da centri periferici funzionalmente sotto-ordinati (spoke) cui compete principalmente la selezione e l’invio dei pazienti al centro di riferimento;

- organizzazione dei servizi secondo il modello delle reti cliniche integrate che prevede la concentrazione della gestione del sistema reticolare di produzione, senza individuare a priori una gerarchia fra i punti di produzione.

Il modello hub & spoke si configura come un sistema di relazioni fra unità produttive in cui i pazienti sono trasferiti verso una o più unità centrali di riferimento (gli hub) quando la soglia di complessità degli interventi previsti nelle sedi periferiche (gli spoke) viene superata.

Questa versione del modello presenta una alta componente gerarchica nella relazione fra i nodi e può essere qualificato come una razionalizzazione del sistema produttivo attraverso la centralizzazione della produzione di attività complesse in centri di riferimento. Può quindi essere convenientemente adottato per concentrare i servizi caratterizzati da bassi volumi di attività o da una elevata tecnologia. Questa forma è attualmente adottata per le attività di trapianto e, parzialmente per la neurochirurgia.

I documenti attuativi specifici del PSR puntualizzeranno l’applicazione di questo modello per l’assistenza ai traumi, la prevenzione ed il trattamento dei problemi di sterilità e di infertilità e per il trattamento chirurgico delle neoplasie ginecologiche. Il modello delle “reti cliniche integrate” si presta ad essere utilmente applicato anche a servizi diversi da quelli ospedalieri, servizi a valenza territoriale, a con-



notazione sanitaria e sociale, appartenenti anche ad amministrazioni diverse da quella aziendale e/o gestiti da soggetti non pubblici.

### 6.5. I livelli di organizzazione

Le reti integrate possono essere caratterizzate come organizzazioni "virtuali" di servizi, le cui competenze professionali e risorse tecnologiche sono orientate verso la popolazione residente in un determinato ambito di riferimento o verso categorie specifiche di utilizzatori dei servizi. La logica di rete si applica infatti sia a livello dell'intero sistema regionale, del sistema dei servizi aziendali e distrettuali, così come dei singoli servizi.

A livello aziendale, la logica di rete si esprime nella integrazione delle prestazioni in processi di produzione di servizi in favore di categorie di soggetti o nell'ambito di programmi di intervento.

La linea di autorità verticale è garante della appropriatezza tecnico-professionale della singola prestazione e fa principalmente riferimento, nel sistema di governo aziendale, al capo dipartimento. La linea di responsabilità orizzontale è invece principalmente responsabile della erogazione del servizio che risulta dalla integrazione delle diverse prestazioni, che si caratterizza principalmente per la tempestività degli interventi e la continuità della cura.

Nel sistema di governo aziendale, queste

dimensioni della qualità che comportano di norma l'intervento di servizi oltre l'ambito dipartimentale fanno principalmente riferimento al responsabile del presidio, nel caso della assistenza ospedaliera ed al capo distretto, nel caso della assistenza territoriale.

A livello del singolo servizio, la logica di rete si esprime nella organizzazione di servizi ambulatoriali o di day hospital, dedicati a problemi clinici specifici che permettono la soluzione "completa" del problema durante un unico accesso, garantendo l'integrazione di tutte le competenze e le tecnologie diagnostiche (ed eventualmente terapeutiche) necessarie, a partire dalla domanda originata all'interno della organizzazione/amministrazione. I documenti attuativi delle linee di indirizzo del PSR preciseranno le indicazioni specifiche per la offerta di servizi integrati diagnostico-terapeutici per problemi clinici elettivi, secondo le linee indicate nel piano di modernizzazione.

Aree prioritarie di intervento sono rappresentate dalla definizione diagnostica e dall'eventuale intervento terapeutico dei casi sospetti di neoplasie della cervice uterina e della mammella, a partire da quelli individuati nell'ambito di programmi di diagnosi precoce.

A qualsiasi livello di operatività, lo sviluppo di un'organizzazione per reti integrate richiede comunque almeno cinque condizioni essenziali:



**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

a) la definizione della numerosità della popolazione necessaria per sostenere una rete di servizi o, se si preferisce, le condizioni di autosufficienza degli ambiti territoriali, oltre i quali cessano di circolare operatori e cominciano a muoversi i pazienti;

b) la individuazione dei servizi presenti e le loro relazioni funzionali, distinguendo nell'ambito di una determinata funzione i servizi essenziali (che devono essere presenti e contigui nei diversi nodi di produzione), dai servizi e dalle attività complementari e da quelle integrative, che possono essere collocate in qualunque altro punto della rete;

c) lo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze relazionali necessarie per la creazione e la gestione di équipe multiprofessionali. Il carattere essenziale dei team multidisciplinari, indipendentemente dal livello a cui si realizzano, è quello di organizzarsi attorno ad una ristrutturazione dei processi assistenziali orientati a specifici programmi, al di fuori delle linee di autorità tradizionalmente separate e distinte per ciascuna professione. Lo sviluppo e la gestione efficace dei team multidisciplinari rappresenta pertanto l'elemento più critico nell'organizzare, a qualsiasi livello, risposte assistenziali integrate ed orientate per problemi;

d) lo sviluppo del sistema delle comunicazioni, logistiche e professionali, sia per la conservazione nel tempo e la trasmissione a distanza delle informazioni cliniche necessarie per la gestione della assistenza ai pazienti, sia per la produzione e l'utilizzo condiviso di linee di guida e di percorsi assistenziali;

e) la definizione di un preciso sistema di articolazione delle autonomie e delle responsabilità, sia gestionali sia tecnico-professionali.

Elemento preferenziale nella organizzazione di Reti Integrate di Servizi è la inclusione, quando possibile, di centri universitari, per potenziare la loro funzione di luogo della produzione e diffusione delle innovazioni e sviluppare le opportunità di formazione.

Riconoscendo la criticità di questi requisiti per lo sviluppo delle reti integrate di servizi, il PSR 1999-2001 prevede un piano di modernizzazione del sistema, che comprende lo sviluppo delle competenze tecniche e relazionali delle risorse umane del SSR, la creazione di un'area logistica regionale ed un fondo di modernizzazione, per il finanziamento delle soluzioni organizzative ottimali che saranno sviluppate dalle Aziende sanitarie secondo questi obiettivi.

#### 6.6. Le condizioni dell'autosufficienza degli ambiti territoriali

L'obiettivo di garantire equità di accesso a servizi di qualità adeguata attraverso lo sviluppo di un'organizzazione del sistema dei servizi di tipo reticolare richiede la definizione operativa delle caratteristiche che qualificano l'autosufficienza degli ambiti territoriali elementari in cui si articola il SSR. Queste condizioni rappresentano l'insieme delle caratteristiche relative alla dimensione e alla funzionalità dei servizi riferiti ad un determinato ambito territoriale, che sono necessari per soddisfare localmente la domanda di assistenza attesa nella popolazione residente sulla base delle sue caratteristiche epidemiologiche e demografiche.

Per ciascun ambito territoriale, la situazione di autosufficienza corrisponde quindi al dimensionamento ottimale di servizi operanti a livelli "efficienti" di funzionalità, al netto delle funzioni di terzo livello o di alta specialità, la cui pianificazione e organizzazione, per rarità delle condizioni, complessità dell'assistenza e/o per complessità e rarità delle risorse impegnate nella risposta assistenziale, rientra nelle responsabilità della programmazione regionale.

Le condizioni dell'autosufficienza territoriale rappresentano l'obiettivo e, al tempo stesso, l'unità elementare della programmazione assistenziale, organizzativa e finanziaria del sistema, in quanto:

a) descrivono i livelli di assistenza che

devono essere garantiti alla popolazione residente nei diversi ambiti territoriali.

L'autosufficienza si esprime quindi secondo il volume e la tipologia dell'attività effettivamente prestata, piuttosto che rispetto alla capacità produttiva potenziale esistente;

b) rinviano alla distribuzione per macrolivelli di assistenza assunti a riferimento per la determinazione della quota capitaria da assegnare come finanziamento delle Aziende sanitarie;

c) sono flessibili rispetto alle strategie e alle politiche aziendali per la gestione della mobilità sanitaria intra ed extra-regionale, attraverso la definizione di alleanze fra Aziende nell'ambito dello sviluppo delle reti integrate di servizi o più semplici contratti di fornitura.

Una significativa mobilità passiva non ulteriormente comprimibile o una mobilità passiva programmata, in quanto rivolta verso Aziende con le quali sono

formalizzati rapporti di cooperazione o collaborazione per lo sviluppo dell'organizzazione in rete, dovrà pertanto comportare una coerente variazione nei livelli di finanziamento e quindi anche nella dotazione strutturale della Azienda. Se la base di riferimento per la determinazione della configurazione dei servizi è la popolazione residente nell'ambito del territorio a cui è riferita la condizione di autosufficienza, una variazione della capacità produttiva non correlata ad una modificazione di segno opposto in un altro ambito territoriale esiterebbe, inevitabilmente, in un aumento dei servizi non giustificato e in contraddizione con i principi che sostengono al concetto di autosufficienza territoriale. Decisioni relative a variazioni in aumento o in riduzione della capacità produttiva in rapporto a fenomeni di mobilità dovranno essere subordinate alla prioritaria valutazione dei livelli di

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

**Villa Rosa S.R.L.**

DIRETTORE SANITARIO: DOTT. PIERLUIGI FORGHIERI  
Specialista in Neuropsichiatria e Medicina Legale

EMILIA-ROMAGNA

Via F.lli Rosselli, 83 - 41100 Modena  
Tel. 059 303034 - Fax (Dir. Amm.) 059 394757  
Fax (Dir. San.) 059 399049  
E-mail: dirsan@villarosa.it - www.villarosa.it

#### Aree Specialistiche:

Psichiatria: Dott. Pierluigi Forghieri  
Neurologia Dott.ssa Antonella Rosi

#### Attività ambulatoriali - Responsabili

Psichiatria Dott. Pierluigi Forghieri  
Neurologia Dott.ssa Antonella Rosi  
Psicologia Dott.ssa Elena Zanfi  
Neurochirurgia Dott. Carlo Forni  
Cardiologia Dott.ssa Federica Cipressi  
Radiologia Dott.ssa Maria Teresa Nobile

(Tutti i medici sopra citati sono specialisti nella branca corrispondente)

#### Apparecchiature di diagnostica e cura

RM Aperta  
TAC CT Lightspeed Plus Advantage multislice  
Telecomandato - Ortopantomografo  
Ecografo Acuson per ecografia multidisciplinare  
Ecocardiografo Acuson per la Cardiologia  
Holter ECG - Holter pressorio - Rtest  
- Elettroencefalografo computerizzato  
- Elettromiografo computerizzato

*Nel ricordare che stanno procedendo le iniziative di completa ristrutturazione del reparto protetto che, oltre a dotare il reparto di un adeguato confort di tipo alberghiero, permetterà la costituzione di letti di day hospital e di un Servizio autonomo per le attività di riabilitazione, desideriamo sottolineare alcuni elementi che indicano come Villa Rosa sia sempre più una parte della rete dei Servizi di diagnosi e cura integrati pubblico-privato:*

- l'aumento della disponibilità dei posti letto per i disturbi da dipendenza da alcol in stretta collaborazione con i SERT
- la firma con l'AUSL ed il Dipartimento del protocollo per il ricovero di pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare
- un incremento del contratto di fornitura di libero accesso per la RMN aperta e un nuovo contratto in service per la TAC spirale multislice, avvenuto anche grazie al costante aggiornamento delle attrezzature diagnostiche che, per pazienti ambulatoriali ha ormai acquisito una notevole esperienza anche su esami particolari quali il calcium score e la colonoscopia virtuale (non in contratto con la AUSL) esami che stanno assumendo sempre maggiore rilevanza per lo screening di malattie dell'apparato cardiaco e dell'apparato digerente.

rigidità indotti sulla struttura e sulla dinamica di funzionamento del sistema dei servizi sanitari e alla preliminare definizione e negoziazione di precisi livelli di responsabilità circa la copertura dei costi aggiuntivi.

I criteri fondamentali per definire operativamente il concetto di autosufficienza sono l'esplicitazione dell'ambito territoriale di riferimento e la definizione della tipologia e del dimensionamento dei servizi presenti, inclusivi dei fenomeni di mobilità che interessano la popolazione residente nel territorio.

L'articolazione dei livelli istituzionali di governo del SSR, che attribuisce alla Conferenza Sanitaria Territoriale le funzioni di indirizzo e di verifica dell'attività delle Aziende sanitarie, così come l'analisi empirica della mobilità infraregionale individuano il territorio provinciale come l'ambito a cui riferire di norma le condizioni di autosufficienza.

All'ambito provinciale deve quindi essere attribuita la responsabilità e il diritto di poter soddisfare la domanda espressa dalla popolazione residente, con la rilevante eccezione dei servizi di alta specialità.

I criteri tecnici per definire dimensionamento e tipologia dei servizi comprendono il mix di servizi presenti; la capacità produttiva potenziale; il livello di operatività necessario perché alla popolazione di riferimento sia assicurata equità di accesso a servizi di adeguata qualità.

Il livello dell'assistenza ospedaliera rappresenta il settore prioritario di applicazione di tali criteri. In primo luogo, l'assistenza ospedaliera è la componente strutturale del sistema dei servizi alla quale è storicamente attribuito un ruolo di nodo operativo fondamentale, che la rende particolarmente funzionale alla realizzazione di un sistema a reti integrate. In secondo luogo, il contenuto assistenziale dei servizi territoriali e la loro configurazione organizzativa è strettamente connesso al consolidamento e

allo sviluppo che essi assumeranno all'interno dell'assistenza ospedaliera, sulla base delle scelte strategiche che ne hanno orientato la missione al trattamento della fase acuta degli episodi di cura e non possono trovare risposta altrettanto efficace nell'ambito del sistema dei servizi territoriali, ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Riferiti a tale livello assistenziale, i criteri sulla base dei quali definire la configurazione della condizione di autosufficienza devono essere appropriati al disegno di un sistema locale di servizi che sappia assicurare alla popolazione residente equità di accesso a prestazioni appropriate e di elevata qualità. Gli stessi criteri devono essere capaci di assecondare l'organicità degli interventi che interessano il sistema dei servizi su scala regionale e di tradurre operativamente su scala locale gli orientamenti strategici relativi al miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei servizi, alla ottimizzazione d'uso delle risorse, alla organizzazione dei servizi e al miglioramento della qualità degli stessi così come definiti dalle direttive regionali in materia o frutto di specifiche negoziazioni con il livello regionale.

A questo scopo, i criteri da adottare per la definizione delle condizioni di autosufficienza territoriale dovranno fare essenziale riferimento a:

- 1) frequenza delle patologie di interesse ospedaliero attese nel livello territoriale di interesse, tenendo conto delle principali variabili demografiche e induttive che agiscono sulla domanda;
- 2) modalità di trattamento o di presa in carico dell'episodio di ricovero, età e sesso specifico, ritenuta più appropriata o osservata a livello medio regionale;
- 3) livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili.

La configurazione e il dimensionamento risultanti da tale approccio dovranno essere modulati coerentemente alla dinamica dei fenomeni di mobilità e alle scelte strategiche relative agli stessi fenomeni.

Dal punto di vista quantitativo, il mix di servizi che concretizza la condizione di autosufficienza dovrà comunque fare riferimento ad una dotazione di posti letto, nel vincolo degli standard già definiti per l'assistenza ospedaliera, pari a 4 posti letto per acuti, di cui almeno il 10% in regime diurno, ogni mille abitanti e 0,7 posti letto ogni mille abitanti per la funzione di lungodegenza e riabilitazione estensiva. Anche al fine di garantire la coerenza fra sistema di finanziamento ed entità e tipologia della offerta di prestazioni, la distribuzione della capacità produttiva potenziale per i diversi ambiti provinciali dovrà inoltre essere qualificata in ragione di:

- a) composizione demografica dei diversi ambiti territoriali;
- b) livelli di funzionalità attesa della capacità produttiva esistente, al fine di garantire la coerenza fra capacità produttiva, efficienza operativa, domanda di ricovero e obiettivi aziendali di sviluppo di forme alternative di assistenza e di promozione della appropriatezza.

L'indice di rotazione per posto letto (che descrive la produttività dei posti letto esistenti a partire dalle condizioni standard di occupazione media e di durata media della degenza) rappresenta il parametro di riferimento per il governo della congruenza fra tasso di ricoveri ospedalieri programmati a livello aziendale e capacità produttiva potenziale.

Considerando come valori di riferimento ottimali per i posti letto ospedalieri una occupazione media percentuale dell'85% e una durata media di degenza complessiva di sei giorni nel settore delle acuzie, e del 95% e di 30 giorni per la lungodegenza e riabilitazione estensiva, i valori degli indici di rotazione utilizzabili per definire la capacità produttiva necessaria per soddisfare i tassi di ricovero programmati sono di 44 ricoveri per posto letto nel settore per acuti e di 17 ricoveri per posto letto in quello della lungodegenza riabilitativa e postacuzie.

Le indicazioni sulla configurazione dell'autosufficienza territoriale determinata

sulla base di questi criteri saranno oggetto di apposita direttiva regionale.

## 6.7. Aree di attività di livello regionale

La concentrazione della casistica presso strutture ed operatori che garantiscano un adeguato volume di attività è associata ad un miglioramento della qualità dell'assistenza e ad una riduzione dei costi unitari di produzione per alcune specialità e per numerosi settori di attività.

Per questi servizi e per questi settori, ragioni epidemiologiche ed economiche rendono necessaria una visione programmatica i cui confini si estendano oltre quelli che delimitano l'ambito provinciale e che sappia comporsi adeguatamente su scala regionale. Questi servizi devono quindi essere sottratti alla definizione locale della configurazione della condizione di autosufficienza e la loro programmazione e organizzazione deve essere definita a livello regionale.

Inoltre, le prestazioni rare comportano inevitabilmente una asimmetria informativa nel rapporto medico-paziente particolarmente elevata ed impegni particolari per sviluppare e mantenere la qualità del sistema tecnico di produzione, relativo a conoscenze e competenze dei professionisti e alla gestione delle tecnologie, che richiedono spesso un sistema di promozione della qualità sistematico e specifico. Qualità e sostenibilità economica sono le principali esigenze cui cerca di rispondere la concentrazione di tali attività assistenziali in centri di alta specialità. Rientrano tipicamente in tale classe le funzioni di cardiocirurgia e di neurochirurgia, i centri di riferimento per trapianti, grandi ustionati, riabilitazione intensiva, traumi, cardiologia interventiva, sistema delle emergenze-urgenze (incluso in tale sistema le Centrali Operative 118, il Pronto Soccorso e la Medicina d'urgenza), cure intensive perinatali, centro antiveleni, procreazione medicalmente assistita, sistema trasfusionale e piano san-

gue, genetica medica, Centri per la terapia del dolore.

A tale livello è necessario assicurare:

- la congestione minima possibile
- la minima rivalità del servizio
- la massima efficienza tecnica e allocativa
- la minore ridondanza nei servizi
- la massima concentrazione possibile della casistica di pertinenza
- la tempestività di invio dai punti di riferimento periferici.

Su queste funzioni e settori di intervento dei centri di riferimento sarà focalizzata prioritariamente l'azione programmatica ed organizzativa diretta del livello regionale, che dovrà definire la distribuzione territoriale ottimale, le caratteristiche strutturali e il modello di organizzazione reticolare più appropriato a massimizzare gli aspetti di qualità complessiva del servizio e ad ottimizzare la utilizzazione delle risorse rese disponibili, principalmente attraverso assetti organizzativi in rete tipo hub & spoke.

Queste funzioni dovranno inoltre essere integrate con quelle di cardiologia e neurologia, per sfruttare il contributo che queste possono produrre alla creazione di sistemi di offerta relativi all'area della patologia cardio-vascolare, cerebro-vascolare e delle neuroscienze, sui quali sperimentare in via prioritaria una organizzazione a reti integrate.

## 7. L'Aziendalizzazione

### 7.1. Il governo del sistema regionale delle Aziende sanitarie

#### 1. Il governo aziendale

Il binomio autonomia/responsabilità nella organizzazione interna della Azienda così come nelle sue relazioni con i soggetti esterni rappresenta l'essenza del processo di aziendalizzazione dei servizi sanitari. La sua definizione rispetto ai risultati aziendali, la sua articolazione secondo i diversi livelli organizzativi e la individuazione degli strumenti per la sua

operatività si esprimono nella organizzazione del sistema di governo aziendale. Lo sviluppo di un sistema di governo aziendale ha il compito di consolidare ed unificare norme, comportamenti e stili di direzione individuando ambiti di autonomia e linee di responsabilità che permettano la realizzazione delle strategie aziendali rispetto agli obiettivi economico-finanziari e clinico-assistenziali e ne garantiscano la coerenza con il sistema regionale.

Il modello di governo della sanità non ha quindi soltanto un significato gestionale interno, legato alle attitudini del management, ma assume un valore strategico per il sistema ed è pertanto legittimo un indirizzo regionale che:

- a) definisca le condizioni della responsabilizzazione delle Aziende sanitarie fra di loro e nei confronti dei cittadini e degli Enti locali;
- b) garantisca l'attuazione delle indicazioni programmatiche regionali;
- c) realizzi una più diffusa ma precisa articolazione delle responsabilità rispetto agli obiettivi e ai comportamenti attesi, contrastando il rischio che la flessibilità introdotta a tutti i livelli del SSR dalla scelta di privilegiare le relazioni funzionali sulle afferenze e sulle gerarchie si traduca in irresponsabilità diffusa;
- d) favorisca l'efficienza operativa dei processi di produzione aziendale e l'efficienza generale del sistema, riducendo le occasioni di frizione entro e fra le Aziende, abbassando quindi i costi di transazione.

#### 2. Regione ed Aziende sanitarie

Il sistema delle relazioni fra Aziende sanitarie e Regione è progressivamente evoluto da un processo di concertazione sugli obiettivi finanziari, organizzativi e gestionali delle Aziende di natura essenzialmente qualitativa e ispirato a indicazioni di massima, ad uno guidato da un Piano delle Azioni aziendali basato sulle priorità regionali ed applicato alle singo-



le realtà aziendali. Questo processo evolutivo della funzione di governo regionale sul sistema delle Aziende deve essere portato a pieno compimento, individuando per ciascuna Azienda e per ciascun ambito di riferimento territoriale in cui insistano più Aziende sanitarie un ridotto numero di obiettivi specifici e quantificati, che incorporino quelli previsti dal Piano di attività aziendale e dagli accordi locali fra Aziende, in modo da definire esplicitamente e preventivamente i termini di riferimento del processo di verifica dei risultati economici e assistenziali. All'andamento di alcuni di questi indicatori preselezionati potrebbero essere collegati interventi straordinari che la direzione aziendale dovrebbe necessariamente ed automaticamente adottare in caso di situazioni di dissesto conclamato rispetto ai risultati economici o ai livelli assistenziali.

### 3. Aziende sanitarie ed Enti locali

La nuova funzione di programmazione locale e di indirizzo generale riconosciuta alla Conferenza Sanitaria Territoriale dalla Legge regionale 3/99 trova espressione ottimale nella definizione di Programmi Per la Salute (PPS), che sono elaborati congiuntamente dalle Aziende sanitarie presenti sullo stesso ambito territoriale di riferimento, di norma provinciale, ed indicano gli obiettivi di salute selezionati come prioritari ed i relativi programmi di intervento.

Questi programmi poliennali devono integrare gli interventi la cui competenza amministrativa rientra nell'ambito delle responsabilità degli Enti locali, sia quelli più propriamente sanitari o comunque di rilevanza sanitaria, nella responsabilità delle Aziende sanitarie. I Programmi Per la Salute elaborati dalle Aziende in collaborazione con gli Enti locali comprendono quindi sia gli obiettivi generali di salute i cui programmi vanno oltre il campo di intervento proprio dei servizi sanitari, sia obiettivi di integrazione fra interventi

sanitari ed interventi di natura sociale. Essi rappresentano la formalizzazione della funzione di indirizzo degli Enti locali a livello aziendale e distrettuale in quanto rappresenta il livello cui è richiesta e si esprime la intersettorialità degli interventi e, al tempo stesso, la specificità locale nella selezione delle priorità, che rappresentano le precondizioni essenziali per il raggiungimento degli obiettivi del Piano. In questo modo, il riconoscimento di nuove e più ampie funzioni agli Enti locali non si traduce esclusivamente nella redistribuzione di competenze prima soddisfatte ad altri livelli istituzionali, ma comporta l'individuazione e l'esercizio di funzioni finora non praticate a livello locale in forma funzionalmente integrata e finalizzata agli obiettivi di salute localmente selezionati.

### 4. La programmazione strategica

a) Il Programma Per la Salute (PPS) rappresenta la traduzione operativa su base poliennale delle strategie per la salute e delle politiche degli interventi sanitari e sociali a rilevanza sanitaria relativi all'ambito territoriale di riferimento corrispondente alle Conferenze sanitarie territoriali, così come previsto dalla Legge regionale 153/98. Il PPS esprime gli obiettivi strategici, gli ambiti della collaborazione e le condizioni della reciprocità fra Aziende sanitarie, Enti locali, privato accreditato, privato sociale, volontariato. Lo sviluppo del PPS rappresenta l'applicazione concreta ad uno specifico ambito territoriale della programmazione negoziata scelta come riferimento dal PSR. Esso deve essere un processo collaborativo ed intrinsecamente competitivo, che impegna tutti i soggetti presenti nell'ambito di riferimento, sia nella fase di segnalazione e di selezione delle priorità, sia in quella di elaborazione dei programmi di intervento e di selezione dei soggetti operativi.

L'obiettivo finale è di rendere esplicito e soddisfare il mandato di tutela della salute affidato a tutte le Aziende sanitarie,

oltre la funzione di committenza propria delle Aziende territoriali nei confronti delle Aziende ospedaliere e di tutti i produttori di servizi sanitari, interni ed esterni, pubblici e privati. A questo scopo, il processo di elaborazione del PPS deve essere trasparente nelle sue diverse fasi, prevedendo anche appropriate forme di consultazione dei cittadini rispetto alle principali scelte operative.

b) Il Piano Annuale di Attività definisce il volume e la tipologia dei servizi sanitari offerti alla popolazione di riferimento, identificando i soggetti interni ed esterni alla Azienda territoriale che concorrono alla erogazione dei servizi programmati. Esso rappresenta la traduzione operativa del PPS in termini di prestazioni e servizi necessari, ed evidenzia i conseguenti impegni di risorse da parte (o a favore) dei produttori di servizi. Il PAA deve quindi trovare un corrispettivo piano di produzione della eventuale Azienda ospedaliera che insiste sullo stesso ambito territoriale di riferimento.

Un robusto e trasparente processo di prioritizzazione delle prestazioni e dei servizi offerti, basato sulle evidenze della efficacia clinica e della appropriatezza rispetto alle forme e ai livelli di produzione, è alla base della formulazione dei PAA. In attesa delle necessarie indicazioni nazionali rispetto ai livelli essenziali di assistenza, tale processo sarà guidato dalle indicazioni regionali e sensibile alle priorità emergenti a livello locale tenendo conto sia dell'impatto sulla situazione finanziaria sia delle preferenze espresse dalla popolazione di riferimento.

Questo approccio alla programmazione sanitaria strategica ha profonde implicazioni rispetto al modello di funzionamento del SSR e alla natura delle relazioni fra i suoi soggetti, in quanto:

1) privilegia la necessità di realizzare la cooperazione fra tutti i soggetti interni ed esterni al sistema sanitario. La scelta della programmazione negoziata ricerca la competizione nella selezione delle

priorità e nella valutazione comparativa dei risultati raggiunti, evitando quindi sia la riduzione del sistema sanitario ad un mercato competitivo sia la riproposizione di un apparato verticalmente integrato e gerarchicamente ordinato secondo una linea di comando e controllo.

2) sostituisce i confini e gli ambiti amministrativi dei singoli servizi e delle stesse Aziende sanitarie con aree di competenza e di responsabilità nell'ambito di programmi e progetti di intervento, integrati fra di loro ed orientati alla popolazione e al singolo paziente;

3) richiede la partecipazione alle scelte strategiche da parte dei cittadini e degli operatori, nell'ambito di un puntuale sistema di reciprocità rispetto ai risultati economici, di attività e di risultato a livello di singolo servizio, di Azienda sanitaria e di Regione.

5. L'organizzazione delle Aziende sanitarie  
Il tema della articolazione del binomio autonomia/responsabilità rappresenta il tratto essenziale del processo di aziendalizzazione, sia per il completamento del disegno della organizzazione interna delle Aziende sanitarie, sia per la definizione delle linee di interdipendenza fra Direzione strategica, servizi e unità operative.

La definizione del rapporto fra autonomia e responsabilizzazione a livello Aziendale comprende sia il completamento dell'assetto organizzativo dell'Azienda, soprattutto a livello dei servizi territoriali infradistrettuali, assumendo i nuovi obiettivi e le priorità organizzative del PSN come riferimento, sia la definizione di un compiuto sistema di responsabilizzazione clinica e finanziaria della dirigenza aziendale.

La istituzione a livello infradistrettuale di un Dipartimento delle Cure Primarie è reso necessario dalla opportunità di rafforzare la funzione di assistenza territoriale, dotandola di uno strumento operativo specifico per realizzare l'integrazione delle funzioni di base fra di loro e con i servizi sociali e rispondere alle necessità assistenziali localmente deter-

minate e che possono trovare adeguata soddisfazione a questo livello.

L'avvio di un sistema di governo clinico è imposto non solo dalle modifiche nella organizzazione interna degli ospedali e dei servizi attraverso le strutture dipartimentali, che richiedono comunque di ridisegnare il sistema delle responsabilità gestionali, ma anche dall'impatto sulla autonomia professionale e sulle responsabilità gestionali degli operatori dei nuovi strumenti che il SSN intende darsi, incluse le Linee Guida ed i relativi percorsi diagnostico-terapeutici che dovranno essere realizzati.

Il completamento del sistema di responsabilizzazione finanziaria è reso necessario e possibile dal nuovo sistema di contabilità economica basato sui centri di responsabilità e dovrebbe assumere due obiettivi prioritari: a) completare il passaggio da un impossibile e ormai indifendibile sistema di controllo sulla legittimità degli atti ad una certificazione del sistema di governo delle Aziende; b) rendere compatibile l'espressione dei risultati di esercizio delle Aziende sanitarie secondo la nuova contabilità economica con le esigenze della valutazione comparativa delle Aziende e della costruzione di un bilancio consolidato proprie della funzione di governo regionale.

#### 6. La Direzione strategica

La Direzione aziendale è primariamente

responsabile della soddisfazione dello specifico e distintivo mandato delle Aziende sanitarie di tutelare la salute della popolazione di riferimento e di garantire adeguati livelli di assistenza di buona qualità. Questo mandato si accompagna alla concomitante responsabilità rispetto ai risultati economici e finanziari dell'Azienda, secondo l'impegno sociale di fare il miglior uso possibile delle risorse a disposizione.

Qualità, quantità e costi dei servizi resi rappresentano pertanto i tre oggetti della responsabilità aziendale verso l'esterno e, contemporaneamente, gli obiettivi verso cui i responsabili della Direzione aziendale devono condurre l'organizzazione.

La Direzione Amministrativa ha la responsabilità di governare l'organizzazione in modo da:

- garantire l'efficienza e lo sviluppo dei servizi informativi, sia consuntivi che previsionali;
- permettere la rappresentazione economica e finanziaria dell'attività aziendale;
- assistere, come fornitore interno ai servizi di produzione, all'acquisizione delle risorse finanziarie e umane;
- garantire la qualità delle procedure organizzative di natura amministrativa e logistica;
- garantire la legittimità dell'attività e degli atti.

Una funzione critica che ricomprende larga parte di queste responsabilità è rappresentata dalla pre-certificazione del



## P

# 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](http://www.poliambulatoriodaysurgery.com) - [www.studiooppici.com](http://www.studiooppici.com)  
[info@studiooppici.com](mailto:info@studiooppici.com)

bilancio, relativamente alla veridicità ed alla correttezza delle modalità di costruzione delle diverse componenti, che è destinata ad assumere un'importanza crescente, stante la decisa e rapida evoluzione anche del sistema delle Aziende sanitarie verso l'adozione di procedure di certificazione esterna.

La Direzione Sanitaria è responsabile della produzione dei servizi forniti alla popolazione, in cui sono riconoscibili due componenti principali, che rinviano a responsabilità distinte all'interno della organizzazione: il processo di produzione delle singole prestazioni (la visita, il ricovero, etc.) e la loro integrazione in un servizio o in un programma assistenziale, orientato al singolo o a categorie particolari di utilizzatori, eventualmente articolato su diversi livelli di assistenza (ad esempio, territoriale, ospedaliero e semiresidenziale).

#### 7. Il governo clinico

Il governo clinico fa capo al Direttore Sanitario, responsabile sia della qualità e della efficienza tecnica ed operativa della produzione di prestazioni, sia della distribuzione dei servizi, attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in servizi o in programmi di assistenza, orientati al singolo o alla collettività.

Il primo ambito di responsabilità si esprime nelle relazioni con le responsabilità e le autonomie tecnico-professionali e (recentemente) organizzativo-gestionali proprie dei Capi Dipartimento per quanto riguarda la componente assistenziale e con quelle dei responsabili di Presidio per gli aspetti strutturali e organizzativi generali.

Il secondo ambito di responsabilità si esprime invece nella organizzazione dei programmi assistenziali "orizzontali", orientati ai pazienti o a gruppi significativi di popolazione, che risultano dalla integrazione delle linee verticali responsabili della produzione delle singole prestazioni. A questo livello sono preminenti le esigenze di tempestività dell'inter-

vento e di continuità dell'assistenza, attraverso l'integrazione delle diverse forme e livelli di intervento sanitario e socioassistenziale, su quelle della appropriatezza tecnica della singola prestazione rispetto alle necessità assistenziali del paziente, tipiche del precedente livello di responsabilità.

Nelle Aziende ospedaliere, la responsabilità dell'integrazione orizzontale, realizzata dai programmi interdipartimentali che organizzano e offrono percorsi diagnostico-terapeutici, è propria del Responsabile di Presidio, mentre nei servizi territoriali che esorbitano dagli ambiti di attività del Dipartimento delle Cure Primarie è oggetto specifico della responsabilità del Capo Distretto.

Al Direttore Sanitario devono quindi far capo sia i responsabili della produzione (le linee verticali) sia i responsabili della integrazione (le linee orizzontali). Entrambe queste linee di responsabilità devono comunque avere visibilità nel sistema di governo aziendale.

#### 8. Gli strumenti del governo clinico

I riferimenti essenziali del governo clinico, e quindi anche gli elementi della verifica dell'efficacia del suo esercizio, comprendono:

- Appropriatezza delle prestazioni rispetto alle necessità cliniche ed assistenziali;
- Sicurezza degli ambienti e delle prestazioni, per gli utenti e i lavoratori;
- Tempestività e Continuità della cura, che qualificano il servizio reso;
- Comunicazione, con i pazienti e fra gli operatori.

L'esercizio del governo clinico si basa su tre strumenti: l'audit clinico, la gestione del rischio e le indagini sul gradimento dei servizi resi da parte dei loro utilizzatori.

Attività sistematica e continuativa, su base dipartimentale di audit clinici multi-professionali e comparativi per la verifica della attività svolta, dei risultati ottenuti e

delle risorse impegnate rappresenta l'elemento principale della responsabilizzazione clinica.

A questo scopo e in prima applicazione, le Linee guida possono essere utilizzate come strumenti di analisi retrospettiva, da svolgersi presso i Dipartimenti sotto la responsabilità dei Capi Dipartimento. Supporto ed indirizzo all'audit clinico dipartimentale e di servizio sarà fornito dall'Area logistica regionale, attraverso lo sviluppo di data base centralizzati a livello aziendale o regionale e la elaborazione e diffusione di Linee guida.

La sicurezza degli interventi e delle strutture, oltre agli interventi previsti dal D.Lgs. 626/94, dovrà essere garantita dallo sviluppo di sistemi di gestione del rischio per la prevenzione dei rischi e degli eventi indesiderati per i lavoratori e per i pazienti, derivanti da aspetti strutturali, impiantistici, organizzativi e clinici del servizio. Questi sistemi di sorveglianza e di intervento rientrano nella responsabilità principale del responsabile tecnico della struttura (ad esempio, il responsabile del Presidio negli stabilimenti ospedalieri). Indicazioni e feed back per i sistemi di gestione del rischio devono essere forniti dalle segnalazioni dei pazienti, in forma singola o associata, acquisite attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (che dovrà far parte integrante del sistema di gestione del rischio) e/o le diverse forme istituzionalizzate di partecipazione dei cittadini, come ad esempio i Comitati Consultivi Misti.

Il piano di modernizzazione del SSR fornisce indirizzi più specifici su criteri e strumenti per la organizzazione del sistema di governo clinico, indicando anche le aree prioritarie di applicazione.

## 9. Il governo finanziario

L'aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie pubbliche ha profondamente modificato contenuti e significati da attribuire ai sistemi di contabilità. L'equilibrio

economico dell'Azienda, che trova migliore espressione nelle nuove rappresentazioni contabili, diventa un fattore sempre più rilevante nel valutare i livelli di performance complessiva dell'Azienda. Il sistema diffuso di responsabilizzazione economica dei diversi livelli direzionali ha nel rispetto delle compatibilità economiche aziendali un indicatore obiettivo e una sfida operativa.

Il bilancio preventivo e il consuntivo di esercizio sono strumenti di trasparenza dei risultati dell'attività aziendale. Appare quindi prioritario sviluppare il loro utilizzo rispetto ai rapporti di programmazione e controllo delle Aziende sanitarie con la Regione e per il confronto fra le diverse realtà dell'ambito regionale.

L'esperienza fin qui maturata ha segnalato da un lato la necessità di rendere maggiormente adeguato lo strumento contabile ai ruoli che è chiamato ad assolvere, sia per le necessità specifiche del contesto sanitario pubblico rispetto a quello di provenienza originaria dello strumento (le imprese e il mercato), sia per le debolezze attribuibili alla inesperienza rispetto a strumenti e tecniche nuove per il contesto sanitario pubblico. A questo scopo è prioritario elaborare metodi e strumenti per raccordare il sistema di rappresentazione contabile adottato dalle Aziende con i sistemi contabili della Regione, in modo da permettere la costruzione di un bilancio consolidato regionale, adeguato al ruolo che la Regione esercita sia come ente finanziatore che come livello istituzionale complessivamente responsabile dei risultati aziendali.

Questo richiede anche di definire e rendere omogenei i regolamenti di contabilità aziendale, per ridurre la discrezionalità e rendere trasparenti le scelte relative alle "politiche di bilancio" e permettere la valutazione comparativa e l'apprezzamento dei risultati raggiunti dal sistema delle Aziende da parte del livello sovraordinato e istituzionalmente responsabile rappresentato dalla Regione.

Essenziale a questo scopo è ottenere una puntuale rappresentazione contabile rispetto alle dinamiche del patrimonio e di quelle relative ai flussi di cassa, che dovrà essere ricercata attraverso un deciso rafforzamento dei documenti previsionali collegati al Bilancio Economico Pluriennale, con esplicito riferimento alle variazioni del patrimonio previste nell'esercizio. Le priorità regionali riguardano:

- miglioramento ed affinamento delle linee guida e delle norme tecniche ed economiche nella redazione dei bilanci, anche attraverso la revisione del Regolamento regionale 61/95;
- rafforzamento delle capacità organizzative delle procedure informative degli eventi economici nelle Aziende, attraverso la promozione di meccanismi di standardizzazione, di autovalutazione e di miglioramento. Obiettivo della Regione è che entro il triennio tutte le Aziende siano in grado di affrontare le procedure di certificazione di bilancio.

A fronte di una rinnovata e migliorata capacità delle Aziende di gestione degli strumenti di rappresentazione contabile, è necessario procedere rapidamente al rafforzamento delle competenze e delle possibilità di intervento regionali attraverso la costituzione di un organismo in grado di:

- consolidare a livello regionale i documenti contabili delle Aziende sia a preventivo che a consuntivo;
- definire norme e indicazioni integrative per la formulazione e redazione dei bilanci e vigilare sulla loro corretta applicazione;
- raccordare le previsioni desumibili dai documenti a contenuto economico patrimoniale con il sistema della contabilità regionale, al fine di verificare la compatibilità delle grandezze finanziarie e dei flussi di cassa;
- produrre annualmente un rapporto che, anche attraverso l'elaborazione di opportuni indicatori, descriva comportamenti e strategie aziendali sotto il profilo delle rappresentazioni di bilancio.

## 7.2. L'articolazione distrettuale delle Aziende sanitarie

### 1. Gli indirizzi nazionali

Il Piano Sanitario Nazionale individua il Distretto come uno dei tre macrolivelli di assistenza in cui si articola l'attività delle Aziende sanitarie, attribuendogli il coordinamento e l'integrazione delle attività assistenziali territoriali. A livello Distrettuale sono collocate le attività di assistenza medica di base e pediatriche di libera scelta, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale extraospedaliera e sono esercitate le funzioni di integrazione di queste attività fra di loro e con le funzioni specialistiche di degenza e con l'assistenza sociale, nonché di governo della domanda di assistenza, in quanto il Distretto rappresenta il luogo di attivazione dei percorsi di accesso del cittadino ai servizi garantiti.

Il Distretto è inoltre il luogo ottimale di esercizio delle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità secondo programmi intersettoriali promossi congiuntamente dagli Enti locali e dalla Azienda sanitaria. Funzione primaria del Distretto è quindi l'analisi delle specificità delle risorse e dei bisogni di salute nelle diverse aree territoriali e la promozione e lo sviluppo della collaborazione con la popolazione e con le sue forme associative. Più in generale, è compito del Distretto promuovere e valorizzare l'integrazione tra i servizi e la rete sociale di solidarietà, formale e informale. La rete integrata dei servizi sanitari e sociosanitari realizzata dall'Azienda Usl, deve contribuire a consolidare anche forme di collaborazione fra la pluralità di soggetti istituzionali e sociali presenti nel territorio, per rafforzare e integrare fra loro le reti formali e informali di solidarietà. A questo proposito, di importanza primaria è la valorizzazione ed il sostegno al ruolo della famiglia soprattutto per lo sviluppo delle



diverse forme di assistenza domiciliare in alternativa alle forme tradizionali di assistenza, che dagli anziani non autosufficienti si stanno progressivamente estendendo ad altri gruppi di popolazione con specifici problemi clinici.

A livello distrettuale si intrecciano quindi profondamente la produzione di servizi sanitari e sociali e lo sviluppo di integrazioni e sinergie con la popolazione sia nell'organizzazione delle attività dei servizi sia nella attuazione di programmi per la promozione della salute, l'adozione di comportamenti e stili di vita "sani", al fine di prevenire o contrastare l'insorgenza di patologie e disabilità. Funzionale a questo obiettivo è il ruolo assegnato dal PSN ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di libera scelta come riferimento immediato e diretto per le persone e le famiglie, indirizzo e guida alla utilizzazione dei servizi e agenti delle funzioni educative e di promozione della salute.

Oltre alle sopraindicate funzioni di produzione e di integrazione fra servizi sanitari e sociali, il Distretto è chiamato a garantire, ai propri cittadini/utenti, l'accesso a qualsivoglia servizio (aziendale o extra-aziendale) sia reputato necessario per fornire una risposta appropriata alla domanda di prestazioni. Questa funzione, superando i confini della mera produzione interna al Distretto, si configura in termini di 'committenza' e rende il Distretto stesso porta di accesso privile-

giata alle reti dei servizi (aziendali, extra-aziendali, regionali).

## 2. Le indicazioni regionali

Lo sviluppo della funzione territoriale delle Aziende sanitarie ha sempre rappresentato una scelta prioritaria nella organizzazione del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, che ha disciplinato compiti e ruoli del Distretto fin dalla legge istitutiva delle Aziende sanitarie.

La L.R. 19/1994 e le successive direttive hanno configurato i Distretti come organi dell'Azienda che provvedono alla gestione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie presenti nei rispettivi ambiti territoriali, con la sola esclusione delle attività ospedaliere che fanno capo ai Presidi ospedalieri. La legge regionale attribuisce quindi ai Distretti le funzioni di:

- gestione delle strutture e dei servizi presenti sul territorio destinati all'assistenza sanitaria di primo livello;
- gestione integrata delle attività socioassistenziali e sociosanitarie, in collaborazione con i Comuni secondo diverse forme associative;
- organizzazione dell'accesso dei cittadini a tutte le prestazioni, sociali e sanitarie direttamente o indirettamente garantite dal Servizio Sanitario Regionale.

A questo scopo la L.R. prevede siano garantite ai Distretti autonoma capacità di spesa nei limiti delle risorse assegnate attraverso la negoziazione di un bud-

### AMBULATORIO PRIVATO

**Centro Dermatologico s.r.l.**

Direttore Sanitario: **Prof. Massimino Negosanti**  
MEDICO CHIRURGO - SPECIALISTA IN CLINICA DERMOSIFILOPATICA  
PROFESSORE ASSOCIATO DI DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

• (Aut. PG 107448 del 13.06.2003) •

VIALE ERCOLANI, 8 - VIA MAZZINI 2-2<sup>2</sup>  
40138 BOLOGNA - TEL. 051 636 05 65  
39 18 84 - FAX 051 39 79 54

- Diagnostica dermatologica
- Videodermatoscopio a epiluminescenza per mappe nevie
- Dermochirurgia laser con *laser vascolare e laser Erbium*
- Allergologia
- Tricologia
- Cura della psoriasi e della vitiligine con UVB terapia

get con la Direzione Aziendale, nonché la possibilità di esercitare effettivi poteri di gestione su strutture e servizi dei rispettivi ambiti territoriali.

Le complessità emerse nella individuazione degli ambiti territoriali e nella definizione delle relazioni della Azienda Usl con i suoi servizi e Dipartimenti, l'evoluzione nella forma delle relazioni fra Aziende sanitarie ed Enti locali, accanto alle esigenze di rafforzare la nuova funzione Aziendale, anche attraverso l'esercizio di una forte attività di controllo sono alcuni degli elementi che non hanno permesso a questo modello di trovare una applicazione omogenea ed uniforme su tutto il territorio regionale. La diversità delle esperienze e la diversa efficacia delle soluzioni organizzative adottate nelle Aziende ha evidenziato la persistenza di problemi irrisolti nelle relazioni con gli Enti locali e l'esigenza di dare unitarietà strategica e gestionale alle nuove Aziende sanitarie, completandone la organizzazione interna. Lo sviluppo di dipartimenti e di servizi organizzati verticalmente, su base aziendale, ha privilegiato le esigenze della produzione di prestazioni su quelle della integrazione fra servizi, enfatizzando le responsabilità tecnico-professionali afferenti ai responsabili di servizio e ai Capi Dipartimento.

Le tendenze emerse dalle esperienze di questi anni trovano motivazione nelle esigenze di rafforzare e centralizzare la funzione di comando e controllo per rispondere alla priorità immediata di contenimento dei costi e di riduzione dei disavanzi, ma hanno anche contribuito a ridurre l'attenzione alla organizzazione della articolazione distrettuale delle Aziende territoriali. Questa attenzione viene ora riproposta con forza dal PSN per quanto riguarda il governo della domanda e l'organizzazione dei servizi e trova una nuova centralità nelle relazioni fra Aziende sanitarie ed Enti locali, previste dalla Legge 419/98 e dalla Legge regionale 153/98.

3. Lo stato attuale e le scelte possibili  
Il quadro dello stato di attuazione della articolazione distrettuale delle Aziende sanitarie della Regione è estremamente diversificato.

La metà degli attuali distretti fa riferimento ad una popolazione di circa 70.000 abitanti, ma sono numerosi i distretti con meno di 50.000 abitanti, e molto pochi quelli con una popolazione di almeno 100.000 abitanti. In alcuni casi, i distretti coincidono semplicemente con la Azienda o hanno una direzione unica, centralizzata a livello aziendale.

Nel frattempo è aumentata quantitativamente e si è differenziata qualitativamente l'offerta di servizi, rendendo ancora più complessa la organizzazione e la gestione dei servizi territoriali e delle relazioni fra di loro, con i servizi sociali e con le localizzazioni distrettuali degli altri servizi aziendali. In base alla attuale disponibilità, un ipotetico distretto con riferimento ad una popolazione di 100.000 abitanti di una Azienda sanitaria media della regione potrebbe oggi contare su:

- 100 medici di medicina generale e 15 pediatri di libera scelta, con in media 1 o 2 punti di guardia medica, notturna e festiva. Questi servizi assorbono direttamente l'11% delle risorse del distretto e sono responsabili di una spesa farmaceutica pari al 23% delle risorse complessive;
- attività di Assistenza Domiciliare, che ha in carico giornalmente 46 persone in ADI, 82 in Assistenza domiciliare sociale a carico del SSN ed eroga assegni di cura a 180 famiglie;
- 3 Presidi ambulatoriali polispecialistici, di cui uno per prestazioni di media/elevata complessità, con la presenza settimanale media di un numero variabile fra 10 e 18 specialisti e due presidi dedicati ad attività di bassa complessità, con la presenza contemporanea di 4 specialisti. La spesa per questo settore è pari circa allo 8% del bilancio complessivo del distretto;
- 6 consultori pediatrici e 4 consultori familiari;

- 13 strutture residenziali e 9 semiresidenziali (RSA, case protette, centri diurni, etc.), con una disponibilità media effettiva di 400 e 120 posti rispettivamente, che assorbono il 22% delle risorse del distretto;
- servizi sociosanitari rivolti alle persone disabili ed ai minori in situazione di disagio nelle quantità giustificate dai bisogni oggettivi;
- servizi amministrativi relativi all'accesso ai servizi e ai rimborsi per spese direttamente sostenute dai cittadini (protesi, presidi medico-chirurgici, etc.), cui un distretto medio dedica circa il 25% delle sue risorse.

Accanto a questi servizi propriamente territoriali, trovano inoltre collocazione in ambito distrettuale le articolazioni organizzative del Dipartimento di prevenzione con particolare riferimento ai servizi sanitari e medico legali rivolti alle persone; le articolazioni distrettuali, territoriali e residenziali del Dipartimento di salute mentale e del SERT, le unità operative di neuropsichiatria infantile; i servizi sociosanitari rivolti alla popolazione portatrice di handicap ed ai minori.

Obiettivo prioritario del Piano Sanitario Regionale 1999-2001 è il riordino della organizzazione distrettuale delle Aziende sanitarie, a partire dall'adeguamento degli ambiti territoriali di riferimento, dalla ridefinizione delle funzioni distrettuali e delle sue relazioni con la Direzione aziendale. Questa priorità è determinata da esigenze organizzative e di politica sanitaria: la necessità di azioni incisive e di integrazione fra servizi per realizzare il nuovo assetto organizzativo del sistema regionale dei servizi secondo reti integrate; le difficoltà di organizzare una distinta e visibile funzione di produzione territoriale, a fronte della complessità dei servizi presenti e della varietà delle figure professionali e dei loro rapporti con il SSN; la centralità del livello distrettuale nel sistema delle relazioni istituzionali ed operative fra Sistema sanitario regionale

ed Enti locali, in quanto luogo privilegiato della intersettorialità degli interventi di promozione della salute e di integrazione sociosanitaria e di esercizio della funzione di indirizzo e verifica delle attività.

Nei confronti della articolazione distrettuale delle Aziende sanitarie, il sistema sanitario regionale è di fronte alla necessità di scegliere fra un modello di organizzazione aziendale basato su servizi a forte componente tecnico-professionale a integrazione verticale, di comando e controllo (quale, ad esempio, è attualmente realizzato dal Dipartimento di Prevenzione), ed uno a integrazione prevalentemente orizzontale, caratterizzato dalla comprensività e continuità di interventi multiprofessionali.

Nel primo caso, sono privilegiate le ragioni della produzione delle prestazioni e assumono una ovvia preminenza le competenze specialistiche presenti nei singoli servizi, cui compete la responsabilità primaria degli interventi. La scelta del secondo modello privilegia invece le esigenze della integrazione fra servizi sanitari intra ed extradistrettuali e fra questi ed i servizi sociali, e pone come obiettivo prioritario la integrazione multiprofessionale degli interventi nell'ambito di programmi orientati a categorie di soggetti o a gruppi di popolazione che coinvolgono competenze tecnico-professionali e amministrative diverse.

Il primo modello organizzativo non appare compatibile con l'obiettivo di dare un ruolo effettivo alla organizzazione distrettuale delle attività aziendali in armonia alle indicazioni del PSN ed in attuazione della nuova normativa regionale, in quanto il Distretto si configurerebbe come l'area geografica sede dei punti di erogazione di servizi che trovano altrove la loro direzione tecnico-organizzativa, associata ad un qualche grado di decentramento amministrativo e allo svolgimento di una funzione di rappresentanza della Direzione Aziendale nei confronti degli Enti locali.

#### 4. Il Distretto

A livello distrettuale sono svolte essenzialmente due funzioni: 1) l'attuazione locale delle strategie aziendali, elaborate in collaborazione con gli Enti locali e la verifica della attività svolta e dei risultati raggiunti; 2) l'organizzazione della produzione di assistenza "primaria" da parte dei servizi territoriali, amministrativamente qualificati come sociali o come sanitari.

Le funzioni primarie esercitate a livello distrettuale comprendono quindi sia attività squisitamente gestionali sia attività tipicamente riferibili alla programmazione strategica aziendale:

- 1) il governo della domanda di assistenza rispetto alle aspettative della popolazione e alle strategie di assistenza adottate dagli operatori;
- 2) l'erogazione delle prestazioni e degli interventi sociali e sanitari compatibili con il grado di autosufficienza della rete dei servizi territoriali;
- 3) l'integrazione multiprofessionale di operatori afferenti a diversi servizi e a diverse amministrazioni, per garantire la continuità e la comprensività dell'assistenza;
- 4) l'elaborazione e l'attuazione dei Piani di Iniziativa Locale per gli interventi di prevenzione primaria promossi dagli Enti locali e svolti in collaborazione con il Dipartimento di prevenzione;
- 5) le relazioni nei confronti degli Enti locali e della popolazione.

Appare quindi necessario distinguere le responsabilità derivanti dalle esigenze proprie della produzione di servizi a valenza territoriale rispetto alle funzioni legate alla integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali in servizi orientati alla popolazione e ai singoli e ai rapporti con la popolazione, nelle sue forme di aggregazione spontanea e nelle sue rappresentanze istituzionali.

La costituzione a livello distrettuale del Dipartimento delle Cure Primarie, unitamente al consolidamento del Servizio sociale e delle espressioni periferiche del Dipartimento di salute mentale contribui-

sce a realizzare la separazione delle responsabilità tecnico-gestionali da quelle di programmazione strategica. Il DCP rappresenta la forma organizzativa della funzione di produzione dei servizi territoriali presenti a livello distrettuale, con il mandato specifico di organizzare e gestire il processo di produzione e garantire lo standard di prodotto dei servizi di assistenza primaria. Questa distinzione definisce le responsabilità proprie del direttore del Dipartimento per le Cure Primarie, nonché degli altri responsabili di servizio o di sezione dipartimentale presenti a livello distrettuale (salute mentale, SERT, etc.) rispetto a quelle del direttore del Distretto.

Il direttore del Distretto è parte integrante della funzione di Direzione Aziendale, da cui riceve il mandato della applicazione locale della programmazione strategica.

A questo scopo:

- realizza l'integrazione fra i servizi presenti in ambito distrettuale, afferenti dal punto di vista tecnico-professionale al Dipartimento delle Cure Primarie, al Presidio Ospedaliero, al Dipartimento di Salute Mentale, al Dipartimento di Prevenzione e alla assistenza sociale. Responsabilità specifica del direttore di Distretto è di assicurare la continuità delle cure e l'accesso al complesso delle strutture e dei servizi, inclusi quelli erogati in forma di ricovero e di day hospital, attraverso l'integrazione con i servizi specialistici sovradistrettuali;
- assicura le compatibilità logistiche e organizzative tra i diversi servizi e presidi, anche in relazione all'uso ottimale di fattori produttivi di rilevanza generale;
- garantisce l'integrazione fra i servizi sociali e quelli sanitari, contribuendo ad attuare le intese fra Azienda Sanitaria ed Enti locali definite dagli accordi di programma;
- coordina le attività di promozione della salute, promosse dagli Enti locali e sviluppate in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione;

- su mandato della Direzione Generale, mantiene i rapporti con il Comitato di Distretto, con particolare riguardo alle funzioni di indirizzo e di verifica delle attività distrettuali, previste dalla Legge regionale 153/98;

- supporta la Direzione Aziendale nella elaborazione dei Piani per la Salute e nella loro traduzione in Piani Annuali di Attività in rapporto ai fabbisogni previsti a livello distrettuale e partecipa alla definizione degli obiettivi e alla negoziazione del budget con tutti i servizi e i Dipartimenti presenti a livello distrettuale.

#### 5. Le relazioni con gli Enti locali

Nell'ambito delle strategie aziendali, definite nel PPS e specificate operativamente nel PAA, il Distretto ha la funzione di:

a) partecipare alla elaborazione della funzione di committenza esercitata dalla Azienda territoriale e formalizzata nei PAA, anche attraverso il controllo sui termini qualitativi e quantitativi della soddisfazione degli accordi contrattuali con gli erogatori pubblici e privati sottoscritti dalla Azienda; b) informare la popolazione e le sue rappresentanze istituzionali sugli obiettivi aziendali, le soluzioni adottate e sviluppare forme di partecipazione per la definizione delle priorità e la valutazione dei risultati effettivamente raggiunti; c) collaborare allo sviluppo dei programmi di promozione della salute a livello collettivo e individuale, in accordo con gli Enti locali; d) integrare le risposte assistenziali previste dal PAA fornite dai servizi gestiti direttamente dall'Azienda, dai privati accreditati e dai servizi sociali, con l'obiettivo di garantire la tempestività degli interventi e la continuità dell'assistenza.

L'esercizio efficace di queste funzioni richiede una pronta e completa valorizzazione delle autonomie locali prevista dalla Legge 419/98 e dalla Legge regionale 153/98. In particolare, è necessa-

rio procedere alla delega delle funzioni ai Comitati di Distretto.

La Legge regionale attribuisce alla Conferenza Sanitaria Territoriale la titolarità delle funzioni di indirizzo e programmazione generale che si esprime nella elaborazione e nella approvazione dei Piani per la Salute e riserva ai Comitati di Distretto le funzioni di indirizzo delle attività e di verifica dei risultati raggiunti, rispetto alle esigenze locali.

Per una piena attuazione di quanto previsto dalla legge regionale e in una logica di massima espansione della responsabilizzazione delle Comunità locali, le Conferenze Sanitarie Territoriali dovranno delegare ai Comitati di Distretto le funzioni di indirizzo e di verifica dell'attività del Distretto con la sola esclusione di:

a) direttive riguardanti la programmazione complessiva dei servizi sanitari e sociali a livello aziendale;

b) pareri connessi alla predisposizione e all'attuazione dei Piani per la Salute e alla organizzazione di funzioni a valenza sovradistrettuale;

c) direttive riguardanti l'allocazione delle risorse fra i diversi distretti e presidi da parte dell'Azienda Usl.

Un programma di valorizzazione delle autonomie locali non può prescindere da un più ampio ed efficace ruolo dei Comitati di Distretto anche in relazione ai problemi connessi all'accesso alle prestazioni ospedaliere. È quindi opportuno ricondurre alla competenza generale dei Comitati di Distretto l'insieme delle funzioni organizzate ed erogate in un determinato ambito territoriale, incluse quelle relative all'accesso alle prestazioni di assistenza ospedaliera, in RSA, in Case protette e in strutture residenziali per disabili e minori in situazione di disagio. Questo obiettivo realizza la massima espansione dei compiti di indirizzo e di verifica dei Comitati di Distretto, estendendo le loro competenze a tutte le problematiche sanitarie del proprio ambito territoriale, relativamente alla verifica del-

l'accessibilità dei servizi ed alla valutazione dei risultati raggiunti.

Il Distretto è luogo ottimale di integrazione dell'attività sanitaria con quella socio-sanitaria e sociale a rilievo sanitario, sia sul piano programmatico che operativo. Sul piano programmatico, il Distretto rappresenta l'ambito di riferimento istituzionale e territoriale della programmazione degli interventi e delle politiche sociali. Sul piano gestionale, la progressiva differenziazione delle funzioni di assistenza sociale in risposta alle esigenze di specializzazione e/o di articolazione dei livelli di intensità di assistenza residenziale richiede un forte orientamento ad una gestione in forma associata.

Il Distretto, quale articolazione organizzativa dell'Azienda Usl, deve a sua volta assicurare la massima integrazione organizzativa tra il Dipartimento delle Cure Primarie e gli altri servizi sanitari con i servizi sociali residenziali, semiresidenziali e domiciliari presenti nel territorio.

Le forme di gestione associata da parte dei Comuni possono essere ritrovate tra tutte le modalità associative previste dalla Legge 142/90, dalle forme più "leggere" di convenzionamento e di collegamento (come ad esempio gli accordi di programma) alle più strutturate forme consortili, che prevedono la presenza congiunta di Comuni e Azienda Usl nella gestione dei servizi consorziati.

## 6. Il Dipartimento delle Cure Primarie

Il Dipartimento delle Cure Primarie rappresenta lo strumento organizzativo per garantire la funzione di produzione dell'assistenza primaria relativamente a:

- a) assistenza medica di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, guardia medica);
- b) assistenza specialistica ambulatoriale extraospedaliera;
- c) assistenza domiciliare (ADI, ADP, assistenza sociale, assistenza a malati oncologici e a persone con infezione da HIV);

d) assistenza extra-ospedaliera, residenziale e semiresidenziale;

e) assistenza consultoriale, familiare e pediatrica.

Le principali funzioni del DCP, che in ragione delle dimensioni degli ambiti distrettuali ed in sede di prima applicazione può avere valenza sovradistrettuale, comprendono:

- a) fornire l'assistenza sanitaria di primo livello a tutta la popolazione del territorio di riferimento. Concorrono a questa funzione sia i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta che gli specialisti ambulatoriali. I primi assicurano l'assistenza medica di base in forma singola o associata presso i propri studi e al domicilio del paziente, anche attraverso l'intervento in forma integrata di altre figure professionali, sia dell'ambito sanitario che sociale. I secondi garantiscono le attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative previste dal PAA presso strutture pubbliche o private accreditate;
- b) assicurare servizi sanitari, socio assistenziali e di prevenzione per funzioni orientate a specifici problemi di salute o di fasce di età (disagio psichico, anziani, handicap, percorso nascita, dipendenze patologiche, salute donna-infanzia);
- c) concorrere alla elaborazione dei programmi di attività distrettuali definendo il fabbisogno di prestazioni e di servizi in armonia con la programmazione aziendale e nell'ambito del PAA, avvalendosi anche della collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Il D.C.P. organizza la produzione sia delle funzioni sanitarie e sociosanitarie aziendali, sia di quelle socioassistenziali delegate dai Comuni, con ciò realizzando una piena integrazione gestionale.

## 7.3. L'integrazione della medicina generale

### 1. La situazione attuale

Lo sviluppo della assistenza medica di base rappresenta una delle innova-



zioni più significative degli ultimi anni nella funzionalità e nel modo di operare del Servizio sanitario regionale. L'applicazione dell'accordo regionale per la medicina generale ha realizzato una profonda trasformazione nelle forme di produzione della assistenza medica di base e, in molti casi, della offerta di servizi, che ha prodotto nuove forme di collaborazione dei Medici di Medicina Generale fra di loro e con i servizi e le attività distrettuali e ha avuto un impatto significativo sulla struttura della remunerazione. Queste innovazioni, oltre che produrre risultati immediati in termini economici, hanno creato le condizioni e la necessità di ridefinire gli assetti organizzativi e il sistema delle relazioni aziendali e distrettuali.

L'integrazione della medicina generale nelle attività distrettuali rappresenta il tratto distintivo più importante delle esperienze di questi anni, e si esprime sia sul piano delle attività che della programmazione.

Attualmente, più del 15% degli oltre 3000 medici della regione svolge la sua attività in forma associata, con collegamenti che vanno dalla condivisione di alcuni obiettivi di attività fino alla condivisione della sede di lavoro e delle risorse professionali.

Oltre il 10% della remunerazione dei MMG è attualmente determinata dalla componente variabile, legata alla esecuzione di prestazioni di particolare impegno professionale nell'ambito di programmi di ADI, all'espansione dei servizi offerti o ad obiettivi negoziati con l'Azienda, relativi al controllo delle prescrizioni farmaceutiche, del ricorso alla specialistica ambulatoriale o al ricovero ospedaliero. Questo ha comportato una espansione dei tradizionali ambiti di attività dei MMG e la loro partecipazione attiva alla definizione e alla gestione delle priorità di accesso all'assistenza sanitaria specialistica, incluse alcune tipologie di ricoveri "prevenibili".

L'attività delle Commissioni paritetiche per la gestione dei budget negoziati fra Azienda e MMG ha prodotto interessanti e positive esperienze di collaborazione nella

programmazione delle attività distrettuali e nella scelta degli investimenti per il loro potenziamento, che anticipano quanto previsto dalla Legge 419/98 e devono essere adeguatamente sviluppate.

L'evoluzione da un rapporto contrattuale ad una collaborazione strategica fra Aziende sanitarie, servizi territoriali e medicina generale è un obiettivo prioritario del Piano sanitario regionale 1999-2001. L'allargamento delle competenze e delle responsabilità dei medici di medicina generale rappresenta una componente essenziale dell'attività del Dipartimento per le Cure Primarie e dello sviluppo della funzione distrettuale di governo della domanda e di integrazione della risposta assistenziale su cui si fonda lo sviluppo della rete integrata di servizi.

Questo comporta la necessità di affrontare tre problemi prioritari:

- portare i piani di attività (ed i relativi livelli programmati di spesa) dei MMG all'interno del piano di attività del Distretto;
- coinvolgere i MMG nella programmazione delle attività dei servizi territoriali;
- allargare le aree di intervento ed estendere le responsabilità cliniche previste dal sistema di governo aziendale alla medicina generale.

## 2. Aree di intervento e ambiti di responsabilità

L'associazionismo è una nuova forma di produzione della assistenza medica di base attraverso l'integrazione funzionale dell'attività di singoli professionisti con l'obiettivo di 1) favorire il confronto e la cooperazione professionale, integrando le conoscenze e le competenze specifiche e mettendole a disposizione dell'intero gruppo; 2) arricchire le risorse strutturali ed organizzative a disposizione del gruppo.

La riorganizzazione del processo di produzione della assistenza medica di base permette di esercitare tre funzioni, che pongono la medicina generale al centro della rete integrata dei servizi sanitari:

- a) allargare degli ambiti di intervento professionale del MMG, presso l'ambu-

latorio e a domicilio del paziente, per svolgere anche attività legate al pronto intervento e alla continuità assistenziale; b) segnalare e contribuire alla selezione e alla assistenza dei pazienti eligibili per l'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;

c) programmare e gestire il ricorso all'assistenza specialistica, ambulatoriale ed ospedaliera.

L'esercizio di queste nuove funzioni comporta ricadute economiche, dirette ed indirette, ed il riconoscimento di specifiche responsabilità nella organizzazione del Dipartimento per le Cure Primarie e, più in generale, delle attività distrettuali.

Dal punto di vista economico, conservando la remunerazione per quota capitaria come sistema di remunerazione principale delle attività del MMG, è necessario ed opportuno incentivare l'allargamento degli ambiti di intervento attraverso la remunerazione di un numero ridotto di prestazioni critiche per lo sviluppo di servizi territoriali di importanza strategica (ad esempio, l'assistenza domiciliare integrata e l'assistenza medica in strutture residenziali) e rendere compartecipi i medici di medicina generale dell'eventuale raggiungimento degli obiettivi di attività e di spesa sia a livello distrettuale sia a livello di gruppo di medici, in proporzioni da definire.

Tale compartecipazione dovrà essere realizzata sia attraverso una remunerazione aggiuntiva diretta, di risultato, sia attraverso la messa a disposizione di risorse e programmi di investimento aziendali per lo sviluppo di attività critiche e complementari a quelle del MMG. Dal punto di vista della programmazione e del governo clinico delle attività assistenziali, è necessario realizzare le condizioni per:

a) consultazione permanente sulla elaborazione degli indirizzi per l'attività distrettuale, sulla negoziazione del budget di distretto e sulla valutazione periodica dei risultati raggiunti, attraverso la

partecipazione formale di rappresentanti dei MMG alla gestione del DCP;

b) partecipazione sistematica e continuativa dei MMG a programmi di audit clinico e alla elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, con particolare riferimento ai criteri di invio e all'ordine di priorità per la utilizzazione della assistenza specialistica ambulatoriale, alla prevenzione dei ricoveri non necessari e alla tempestività della dimissione.

#### 7.4. Assistenza Domiciliare Integrata

##### 1. Gli obiettivi

L'assistenza domiciliare si propone di realizzare l'integrazione di competenze professionali, sanitarie e sociali, per realizzare programmi di assistenza orientati a categorie significative di soggetti di qualsiasi età, che necessitano di un'assistenza continuativa o limitata nel tempo, erogabile al loro domicilio e sostenibile dal nucleo familiare.

La riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari è finalizzata a superare le modalità di erogazione attualmente separate per categorie di pazienti, e ad individuare un modello unico di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e socio assistenziale, basato su livelli differenziati di intensità delle cure erogate in relazione ai bisogni assistenziali espressi dal singolo paziente.

Entro il sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si realizzano quindi i tre livelli della integrazione posti ad obiettivo del SSR:

a) fra competenze professionali, in team multiprofessionali per la valutazione dello stato del paziente, la elaborazione del piano di assistenza personalizzato e la sua erogazione;

b) fra aree di competenza amministrativa, Aziende sanitarie e Servizi Sociali degli Enti locali, come parte dell'integrazione sociosanitaria;

c) fra livelli di assistenza sanitaria, in quanto l'ADI rappresenta una alternativa

al ricovero ospedaliero, la opportunità per una tempestiva dimissione e, in alcune occasioni e forme, l'alternativa o il complemento all'assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali;

d) fra la rete integrata di assistenza realizzata dalle risorse del SSR e le reti informali di solidarietà che originano dalle forme di collaborazione sviluppate dai soggetti sociali presenti a livello territoriale.

Gli obiettivi prioritari dell'Assistenza Domiciliare Integrata comprendono:

- assistere pazienti con condizioni trattabili a domicilio, evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o in altre strutture residenziali, assicurando comunque la continuità assistenziale e favorendo il recupero delle capacità residue di autonomia e relazionali per migliorare la qualità di vita dei pazienti;
- sostenere la famiglia, trasmettendo le eventuali competenze necessarie per l'autonomia di intervento e garantendo un contributo economico;
- facilitare l'accesso all'erogazione dei presidi e degli ausili.

## 2. L'organizzazione

I criteri generali per l'organizzazione del sistema delle cure domiciliari comprendono:

a) la valutazione multidimensionale dello stato funzionale del paziente;

b) l'assistenza erogata da un'équipe multiprofessionale;

c) la elaborazione di un piano personalizzato di assistenza;

d) la individuazione di un responsabile del piano assistenziale che coordini ed assicuri gli interventi previsti e verifichi la coerenza delle diverse fasi del processo assistenziale nell'ambito del piano.

Gli obiettivi organizzativi a supporto di queste finalità, da realizzare nell'ambito del Dipartimento per le Cure Primarie, sono:

- individuare un punto unico di riferimento per l'informazione e l'accesso a tutte le cure domiciliari sanitarie e lo stretto collegamento con il servizio anziani per l'accesso alle cure tutelari e socioassistenziali. Tale unico punto di riferimento, in sede di definizione della appropriatezza dell'accesso deve adeguatamente coinvolgere il medico di medicina generale, l'infermiere e l'assistente sociale responsabile del caso;
- istituire i nuclei operativi di assistenza domiciliare (NOAD), composti da medici di medicina generale, infermieri ed operatori sociali per sviluppare la collaborazione e l'integrazione funzionale con l'assistenza domiciliare sociale e con le associazioni del volontariato;
- individuare un responsabile organizzativo per la predisposizione di percorsi



VILLALBA HOSPITAL è una struttura privata polispecialistica appartenente al Gruppo Villa Maria di consolidata esperienza nel campo dell'Alta Specialità.

### **Le principali prestazioni erogate dalla Struttura sono:**

- CARDIOLOGIA, CHIRURGIA GENERALE, CHIRURGIA TORACO VASCOLARE
- CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE-RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA
- NEUROCHIRURGIA, ORTOPEDIA, GINECOLOGIA ED OTORINO
- DIAGNOSTICA - TAC E RMN, POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO

Copertura Privata (Assicurative o Fondi Sanitari)

**Villalba Hospital - Gruppo Villa Maria Sp.A**

Via di Roncrio 25 - 40136 Bologna - tel. 051.644.30.11  
www.gvm-val.it – email: info@gvm-val.it

Aut. PC 189040 del 21.11.2002

assistenziali finalizzati a garantire l'appropriatezza e la continuità delle cure e la programmazione delle relative risorse;

- attivare di un punto di ascolto telefonico, con rapido accesso a personale qualificato, per ricevere e vagliare segnalazioni e fornire consulenza telefonica al paziente e alla famiglia.

Il Dipartimento per le Cure Primarie è l'ambito organizzativo entro cui si realizza l'integrazione funzionale fra tutti gli elementi essenziali della funzione "cure domiciliari":

- i medici di medicina generale, organizzati in gruppi o in altre forme associative, che hanno la responsabilità preminente nella programmazione e nella erogazione della assistenza clinica;
- il servizio infermieristico distrettuale;
- il servizio di assistenza domiciliare di tipo sociale;
- il servizio di assistenza anziani (SAA), per il coordinamento e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie a favore delle persone anziane;
- il collegamento con i dipartimenti ospedalieri ed in particolare con le unità operative oncologiche, di malattie infettive, di lungodegenza post-acuzie e di riabilitazione estensiva;
- i medici specialisti ambulatoriali;
- la possibilità di attivare tempestivamente altre risorse proprie delle strutture sanitarie delle Aziende.

### 3. I criteri di eleggibilità dei pazienti

I destinatari a cui è rivolta principalmente l'Assistenza Domiciliare Integrata sono le persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, con particolare priorità ai pazienti con:

- a) patologie in fase terminale;
- b) fasi acute di patologie croniche;
- c) dimessi o dimissibili da strutture sanitarie o residenziali (dimissione protetta);
- d) bambini con patologie croniche e in particolari condizioni di disagio sociale;
- e) portatori di gravi disabilità.

Per garantire l'uniformità dell'accesso alle cure domiciliari in ambito regionale

sono individuati come requisiti essenziali per l'accesso:

- la presenza di condizioni cliniche e la necessità di interventi assistenziali compatibili con la permanenza del paziente al proprio domicilio;
- la disponibilità di una idonea condizione abitativa, di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale, che permetta al paziente di ricevere un sostegno continuativo per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

### 7.5. L'integrazione fra cure primarie e assistenza ospedaliera

#### 1. Le cure primarie e l'assistenza ospedaliera

La riorganizzazione della funzione di assistenza ospedaliera in direzione della connotazione dell'ospedale come sede dell'assistenza a pazienti acuti e la diffusione della funzione di assistenza post-acuzie e di lungodegenza riabilitativa, accanto alle modificazioni indotte dagli incentivi impliciti nel sistema di pagamento a prestazione, impongono la costituzione di programmi integrati di assistenza, che rappresentano l'applicazione intra-aziendale della rete integrata di servizi. La direttiva regionale "Criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna" ha già disciplinato le relazioni fra la nuova funzione di assistenza postacuta e di lungodegenza riabilitativa con le diverse forme di assistenza residenziale e semi-residenziale. Le aree prioritarie di integrazione fra Dipartimento per le Cure Primarie e i presidi ospedalieri riguardano la dimissione protetta e l'assistenza specialistica.

#### 2. La dimissione protetta

La dimissione protetta è una delle princi-

pali componenti del processo assistenziale che richiede lo sviluppo di protocolli clinici ed organizzativi relativi a:

a) programmazione della dimissione. La dimissione è parte integrante della elaborazione del piano personalizzato di assistenza, e la sua data presunta va definita con congruo anticipo;

b) valutazione della dimissibilità del paziente, e elaborazione del piano di assistenza post dimissione attuata attraverso la valutazione multidimensionale del paziente e la verifica della sostenibilità familiare del carico assistenziale previsto. Essa deve quindi essere concordata fra la équipe ospedaliera e quella territoriale, incluso il MMG e richiede un confronto con le attese e le necessità dei familiari.

Il passaggio in cura del paziente all'équipe territoriale è la fase più critica per garantire l'appropriatezza della forma e del livello di assistenza e della continuità assistenziale. Dal punto di vista organizzativo, richiede il coordinamento della dimissione per garantire il collegamento fra il responsabile ospedaliero del piano personalizzato di assistenza e l'operatore chiave dell'équipe territoriale (di norma l'infermiere o l'assistente sociale) che ha la responsabilità di organizzare i servizi necessari per soddisfare i bisogni assistenziali del paziente, previsti dal piano assistenziale formulato congiuntamente al momento della dimissione.

3. L'assistenza specialistica ambulatoriale  
L'attività ambulatoriale che i presidi ospedalieri assicurano a consulenza/supporto del MMG è funzionalmente integrata con l'attività specialistica ambulatoriale erogata da convenzionati interni o da strutture esterne accreditate. Fanno eccezione le attività ambulatoriali pre e post-ricovero, strettamente connesse alla degenza e le prestazioni ambulatoriali nell'ambito della continuità terapeutica specialistica che rientrano nelle competenze proprie del presidio ospedaliero.

Esse devono quindi essere gestite al di

fuori delle tradizionali forme di prenotazione attraverso i CUP e senza alcun rinvio al medico curante, secondo criteri e tempi erogativi riferiti esclusivamente alle esigenze cliniche dei singoli casi.

Il Dipartimento delle Cure Primarie svolge le funzioni di:

a) erogare direttamente le prestazioni ambulatoriali prodotte attraverso i medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni o acquisite tramite le strutture convenzionate esterne accreditate;

b) garantire la prenotazione e l'accesso alle prestazioni erogate presso le strutture ospedaliere attraverso gli sportelli unici;

c) provvedere al monitoraggio dei tempi di attesa attraverso la corretta gestione delle liste, in collaborazione con il presidio ospedaliero;

d) promuovere l'appropriatezza della richiesta di prestazioni, favorendo l'adesione a criteri di efficacia clinica da parte di tutti i medici interessati e l'adozione di percorsi assistenziali condivisi.

A livello del Dipartimento delle Cure Primarie deve realizzarsi la uniformazione e semplificazione dei percorsi per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche, la definizione di protocolli diagnostico-terapeutici, concordati tra specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e l'allargamento delle competenze dei medici di medicina generale. Prioritaria è la partecipazione dei MMG ai processi assistenziali riguardanti diabete, ipertensione, patologie invalidanti, broncopneumopatie ostruttive, asma e forme neurologiche, secondo Linee di guida e protocolli che definiscano le competenze del medico di medicina generale e quelle del livello specialistico, nell'ambito del monitoraggio del decorso cronico di tali patologie.

Il nuovo modello organizzativo della assistenza specialistica ambulatoriale prevede la presa in carico del paziente da parte della struttura ambulatoriale sia in termini

organizzativi (ad esempio concentrando in un unico accesso le prestazioni afferenti ad un profilo diagnostico terapeutico), sia in termini clinico assistenziali.

## 7.6. L'accesso ai servizi

Il Distretto rappresenta l'ambito territoriale di riferimento immediato per l'accesso ai servizi sanitari per quanto riguarda le procedure amministrative necessarie per le prestazioni specialistiche, le cure domiciliari, le attività di supporto per la fornitura di prestazioni protesiche, l'assistenza integrativa, le certificazioni medico legali, i collegamenti con gli Uffici per le Relazioni con il Pubblico (URP).

Migliorare l'accesso ai servizi consentendo al cittadino di operare una scelta informata fra tutti i servizi disponibili comporta la revisione delle procedure per semplificare e accelerare i percorsi amministrativi; predisporre le informazioni necessarie per la scelta e l'accesso alla gamma di servizi disponibili; identificare un'unica struttura operativa dell'accesso a tutte le attività sanitarie, in grado di raccordare le specifiche unità operative o uffici, compresi gli URP.

Obiettivo del PSR è di superare i singoli punti di accesso monotematici per realizzare "sportelli unici" opportunamente collocati negli ambienti di vita e di lavoro, anche sviluppando adeguate collaborazioni con gli Enti locali, i patronati e le associazioni di volontariato.

Ciò permette di ridurre la pluralità di uffici che svolgono una singola procedura amministrativa e realizza la possibilità di ottimizzare la loro distribuzione migliorandone la diffusione sul territorio attraverso la rete degli sportelli unici e la funzionalità dei singoli uffici. Questi possono svolgere la funzione di backoffice anche in un luogo differente da quello dell'accesso al cittadino, garantendo egualmente risposte specifiche, in stretto collegamento con gli

sportelli unici, con il coordinamento di un responsabile dell'accesso.

## 8. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

8.1. Le indicazioni strategiche e le priorità  
Nell'ambito di un processo di riorganizzazione teso a riaffermare una dimensione universalistica del sistema di protezione sociale, a migliorare il rapporto fra stato e cittadini ed a costruire nuove forme di reciprocità sociale, la ridefinizione delle reti dei servizi e degli interventi sociali è una priorità sia per mantenere i livelli di assistenza raggiunti, sia per garantire l'equità sociale degli interventi, sia per sviluppare nuovi ambiti di azione per soddisfare una domanda sociale che si caratterizza per una marcata differenziazione e per l'emergere di nuove categorie di bisogni e inedite priorità:

- I bisogni di una popolazione anziana in crescita.
  - I nuovi bisogni legati all'accoglienza e all'integrazione di fasce svantaggiate di popolazione, che spesso vengono a configurarsi come vere e proprie emergenze (nuove povertà, immigrazione, nomadi).
  - I bisogni e i disagi delle famiglie, in particolare a basso reddito, nell'accudimento e nell'educazione dei figli e nella cura quotidiana dei bambini, ma in particolare delle persone anziane non autosufficienti e delle persone disabili.
  - I nuovi modelli di intervento richiesti per contrastare le dipendenze patologiche che si manifestano sempre più in forme differenziate fra individui e gruppi sociali.
- Migliorare la qualità della vita nei soggetti a rischio di emarginazione richiede sia il rafforzamento delle capacità di assunzione di responsabilità ed autonomia, sia il miglioramento delle condizioni di benessere sociale ed ambientale.

In tale contesto si inseriscono gli interventi efficaci di promozione della salute che richiedono obiettivi condivisi ed una progettualità che, pur facendo capo a soggetti diversi (Enti locali ed Aziende Usl)



preveda modalità di coordinamento e comunicazione tali da consentire l'effettiva messa in rete delle risorse e delle diverse competenze, istituzionali e professionali.

## 8.2. L'integrazione con la rete dei servizi socioassistenziali

### a) Gli indirizzi nazionali

L'integrazione delle politiche per la salute individuate rappresenta una priorità del Piano sanitario nazionale 1998-2000, come strumento per promuovere la solidarietà, valorizzare gli investimenti di salute nella comunità locale, condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi.

L'integrazione socio sanitaria deve essere attuata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale.

L'integrazione istituzionale si propone la collaborazione fra istituzioni diverse per il conseguimento di comuni obiettivi di salute. Il luogo elettivo della integrazione istituzionale è il Distretto, che viene a configurarsi come ambito territoriale di riferimento, in particolare, per la programmazione zonale degli interventi ad alta integrazione socio sanitaria.

L'integrazione gestionale delle risorse umane e materiali si colloca fra ed entro i diversi servizi, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento tra attività sanitarie, a rilievo sociale e sociali, tali da garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

L'integrazione professionale infine richiama la necessità dell'adozione di linee guida per orientare e migliorare il lavoro interprofessionale nella produzione di servizi domiciliari, a ciclo diurno ed ambulatoriali e residenziali.

### b) Le indicazioni regionali

Il ruolo strategico riservato all'integrazione socio sanitaria che deve essere ulteriormente sviluppato e ricalificato dalle politiche regionali, in relazione all'aumento di nuove patologie e forme diverse di non autosufficienza (anziani non autosufficienti, disabili, persone in condizione di grave disagio sociale a seguito di patologie specifiche e dipendenza, etc.) che richiedono una presa in carico e trattamenti assistenziali normalmente prolungati e di diversa intensità assistenziale nel percorso di vita.

### L'integrazione sociosanitaria

L'integrazione sociosanitaria assume un ruolo strategico nella programmazione ed organizzazione dei servizi per larghe fasce di popolazione.

L'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria implica scelte in ordine ad aspetti istituzionali, alla individuazione di strumenti di programmazione e gestione dei servizi, alla predisposizione di meccanismi di coordinamento e di percorsi formativi per l'integrazione professionale, alla individuazione di procedure qualificate di accesso ai servizi.




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

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

# VILLA BELLOMBRA

**RIABILITATIVO**



*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

Gli aspetti istituzionali

Da alcuni anni, come linea di tendenza, le funzioni relative alle competenze socio sanitarie che generalmente erano esercitate dai comuni associati, attraverso delega di funzioni all'USL, per disposizioni di legge (per le funzioni obbligatoriamente associate) o per scelta organizzativa, sono ora esercitate con strumenti diversi che possono fare riferimento a strutture associative di tipo formale ovvero a soluzioni più elastiche: consorzi fra comuni, consorzi fra comuni ed aziende USL, comunità montane, Istituzioni, accordi di programma ed accordi in genere, gestione diretta da parte di singoli comuni ed ancora, in numerosi casi, con delega all'azienda USL. L'istituto della delega sta tuttavia perdendo gradimento in rapporto ad altre forme associative che garantiscono maggiormente il coinvolgimento degli enti locali.

Nell'individuazione delle scelte organizzative per l'esercizio delle funzioni che attengono alle competenze socio sanitarie, i comuni e le aziende USL devono tenere conto di alcuni vincoli da rispettare. Innanzi tutto per il settore dei servizi socio sanitari, l'ambito territoriale di riferimento per accordi od altre forme di rapporto fra i diversi soggetti deve essere individuato nel distretto, anche in attuazione dell'art. 183 della L.R. 3/99; l'eventuale forma associativa dovrà tenere conto delle disposizioni di cui agli artt. 23 e 183 della citata L.R. 3/99.

La programmazione e pianificazione dei servizi e degli interventi integrati socio sanitari. L'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria deve immediatamente e necessariamente interessare il momento della programmazione regionale e quello della pianificazione zonale. A livello della programmazione regionale, il piano sociale (i cui contenuti e le procedure di approvazione saranno previste nella legge regionale di riforma dell'assistenza di prossima approvazione) ed il

piano sanitario dovranno individuare previsioni comuni in ordine alla rete di servizi ed interventi sociosanitari da predisporre sul territorio ed ai livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale.

A livello di pianificazione zonale si individua la "zona" di riferimento per la pianificazione dei servizi e degli interventi socio sanitari coincidente con il territorio del distretto sanitario. Tale coincidenza è indispensabile per allocare ed integrare le risorse provenienti dal comparto sanitario e dal comparto sociale e per garantire, in generale, maggior efficienza del sistema.

Il piano sociale di zona prevederà, tra l'altro, la localizzazione dei servizi e degli interventi socio sanitari ed i livelli di integrazione tra risorse sanitarie e sociali.

Il piano sociale di zona che si integrerà con il programma di distretto degli interventi sanitari, dovrà essere approvato con un accordo fra tutti i comuni del distretto, oppure dallo strumento di gestione della associazione di tutti i comuni del distretto eventualmente costituita.

Il distretto inoltre rappresenta l'ambito territoriale di riferimento per l'accesso ai servizi sanitari; di conseguenza appare indispensabile che anche per i servizi socio sanitari venga individuato lo stesso ambito di riferimento.

Sarà necessario individuare un collegamento operativo tra i punti di accesso del distretto ai servizi sanitari ed i punti di accesso già funzionanti ai servizi socio sanitari.

Per quanto riguarda gli anziani ad esempio è necessario collegare operativamente i "Servizi di assistenza anziani" già previsti dalla L.R. n. 5/94 con i punti di accesso degli altri servizi che si andranno a costituire in ambito distrettuale.

Per facilitare il cittadino nell'accesso ai servizi e garantire un utilizzo coordinato e qualificato della rete dei servizi, l'obiettivo è quello di istituire sportelli unificati per l'accesso.

Istituire sportelli unificati non significa

ovviamente pensare ad un unico luogo fisico di contatto con i cittadini, ma unificare le procedure, collegare e mettere in rete tutti i punti di accesso del distretto. Collegata direttamente alla funzione di accesso, particolare importanza assume, per quanto riguarda il settore socio sanitario, la funzione di valutazione del bisogno e di predisposizione del piano personalizzato di assistenza.

In ambito distrettuale ed in collegamento con il Dipartimento delle cure primarie vanno costituiti gli strumenti per la valutazione del bisogno di specifiche aree problematiche. L'unità di valutazione geriatrica territoriale già prevista dalla L.R.5/94 nell'area degli anziani ed incaricata nel "Servizio assistenza anziani", può rappresentare un modello di riferimento anche per gli altri settori socio sanitari.

Occorre precisare comunque che gli strumenti di valutazione del bisogno non dovranno essere orientati ad una classi-

ficazione del bisogno di tipo "accademico", ma piuttosto all'individuazione di un programma personalizzato di assistenza che tiene conto della concreta offerta delle opportunità presenti nel territorio. In questo senso va ottimizzata la coerenza tra specificità della domanda e disponibilità dell'offerta assistenziale e di conseguenza, solo in relazione alla concreta possibilità di accesso ai servizi della rete, va individuato il livello di approfondimento della valutazione. Inoltre proprio perché la valutazione è finalizzata ad un concreto accesso ai servizi, vanno individuate procedure semplificate che valorizzino l'apporto del medico di medicina generale e, laddove previsto, dell'operatore sociale responsabile del caso, così come previsto, ad esempio, nella direttiva n. 1379/99 in relazione al settore dell'assistenza agli anziani.

*segue nel prossimo numero*

## ***Medici, vietato farsi pubblicità***

Una nota trasmissione televisiva particolarmente attenta ad indicare fatti e misfatti di questo nostro Paese, è intervenuta per segnalare la messa in onda, a cura di emittenti private a circuito nazionale, di trasmissioni televisive su argomenti di salute nelle quali i medici, di volta in volta intervistati o chiamati a fornire indicazioni su questa o quella patologia, sarebbero in realtà professionisti che diero il pagamento di una tariffa e sulla base di domande o argomenti predeterminati, di fatto acquistando uno spazio pubblicitario finalizzato a promuovere la loro attività professionale. "Se ciò rispondesse al vero – ha dichiarato il Presidente della Fnomceo Giuseppe Del Barone, invitando i presidenti provinciali a vigilare – si tratterebbe di un fatto di estrema gravità perché verrebbero violate le norme previste dal Codice di Deontologia Medica con il risultato di gettare un alone di sospetto su tutta la categoria". "Il nostro Codice infatti – ha continuato Del Barone – vieta forme dirette o indirette di pubblicità personale ed ogni forma di promozione e di sfruttamento pubblicitario del suo nome e stabilisce che l'informazione non deve essere arbitraria e discrezionale, ma utile, veritiera e certificata con dati oggettivi e verificabili, per consentire ai cittadini scelte libere e consapevoli".

*Tema Medicina, Anno IX, Numero 2*

# Legge 19 febbraio 2004, n. 40

**"NORME IN MATERIA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA"  
PUBBLICATA NELLA GAZZETTA UFFICIALE N. 45 DEL 24 FEBBRAIO 2004**

## CAPO I PRINCIPI GENERALI

### ART. 1. Finalità

1. Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito.

2. Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità.

### ART. 2. Interventi contro la sterilità e la infertilità

1. Il Ministro della salute, sentito il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, può promuovere ricerche sulle cause patologiche, psicologiche, ambientali e sociali dei fenomeni della sterilità e della infertilità e favorire gli interventi necessari per rimuoverle nonché per ridurre l'incidenza, può incentivare gli studi e le ricerche sulle tecniche di crioconservazione dei gameti e può altresì promuovere campagne di informazione e di prevenzione dei fenomeni della sterilità e della infertilità.

2. Per le finalità di cui al comma 1 è

autorizzata la spesa massima di 2 milioni di euro a decorrere dal 2004.

3. All'onere derivante dall'attuazione del comma 2 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

### ART. 3. Modifica alla legge 29 luglio 1975, n. 405

1. Al primo comma dell'articolo 1 della legge 29 luglio 1975, n. 405, sono aggiunte, in fine, le seguenti lettere: "d-bis) l'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e della infertilità umana, nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita; d-ter) l'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare".

2. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

## CAPO II ACCESSO ALLE TECNICHE

### ART. 4. Accesso alle tecniche

1. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico.

2. Le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono applicate in base ai seguenti principi:

a) gradualità, al fine di evitare il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico più gravoso per i destinatari, ispirandosi al principio della minore invasività;

b) consenso informato, da realizzare ai sensi dell'articolo 6.

3. È vietato il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo.

#### ART. 5.

##### Requisiti soggettivi

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 4, comma 1, possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi.

#### ART. 6.

##### Consenso informato

1. Per le finalità indicate dal comma 3, prima del ricorso ed in ogni fase di applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita il medico informa in maniera dettagliata i soggetti di cui all'articolo 5 sui metodi, sui problemi bioetici e sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'applicazione delle

tecniche stesse, sulle probabilità di successo e sui rischi dalle stesse derivanti, nonché sulle relative conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro. Alla coppia deve essere prospettata la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modificazioni, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita. Le informazioni di cui al presente comma e quelle concernenti il grado di invasività delle tecniche nei confronti della donna e dell'uomo devono essere fornite per ciascuna delle tecniche applicate e in modo tale da garantire il formarsi di una volontà consapevole e consapevolmente espressa.

2. Alla coppia devono essere prospettati con chiarezza i costi economici dell'intera procedura qualora si tratti di strutture private autorizzate.

3. La volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura, secondo modalità definite con decreto dei Ministri della giustizia e della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni. La volontà può esse-

# CKF

## POLIAMBULATORIO PRIVATO

CENTRO KINESI FISIOTERAPICO DI GIORNO s.a.s.

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

• ONDE D'URTO • LASER NEODIMIO: YAG • LASER CO2 • TECAR • IPERTERMIA • MAGNETO T.E.N.S. • T.E.N.S. ACUSCOPE  
• ELETTROSTIMOLAZIONI • ELETTROSTIMOLAZIONI COMPLEX • CORRENTI DIADINAMICHE • CORRENTI INTERFERENZIALI • CORRENTI FARADICHE • CORRENTI GALVANICHE • IDROGALVANO • IONOFORESIS • 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

re revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovulo.

4. Fatti salvi i requisiti previsti dalla presente legge, il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario. In tale caso deve fornire alla coppia motivazione scritta di tale decisione.

5. Ai richiedenti, al momento di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, devono essere esplicitate con chiarezza e mediante sottoscrizione le conseguenze giuridiche di cui all'articolo 8 e all'articolo 9 della presente legge.

#### ART. 7.

##### Linee guida

1. Il Ministro della salute, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, e previo parere del Consiglio superiore di sanità, definisce, con proprio decreto, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, linee guida contenenti l'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.
2. Le linee guida di cui al comma 1 sono vincolanti per tutte le strutture autorizzate.
3. Le linee guida sono aggiornate periodicamente, almeno ogni tre anni, in rapporto all'evoluzione tecnico-scientifica, con le medesime procedure di cui al comma 1.

#### CAPO III

##### DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA TUTELA DEL NASCITURO

#### ART. 8.

##### Stato giuridico del nato

1. I nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime ai sensi dell'articolo 6.

#### ART. 9.

##### Divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre

1. Qualora si ricorra a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, il coniuge o il convivente il cui consenso è ricavabile da atti concludenti non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità nei casi previsti dall'articolo 235, primo comma, numeri 1) e 2), del codice civile, né l'impugnazione di cui all'articolo 263 dello stesso codice.
2. La madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita non può dichiarare la volontà di non essere nominata, ai sensi dell'articolo 30, comma 1, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396.
3. In caso di applicazione di tecniche di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi.

#### CAPO IV

##### REGOLAMENTAZIONE DELLE STRUTTURE AUTORIZZATE ALL'APPLICAZIONE DELLE TECNICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

#### ART. 10.

##### Strutture autorizzate

1. Gli interventi di procreazione medicalmente assistita sono realizzati nelle strutture pubbliche e private autorizzate dalle regioni e iscritte al registro di cui all'articolo 11.
2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano definiscono con proprio atto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge:



- a) i requisiti tecnico-scientifici e organizzativi delle strutture;
- b) le caratteristiche del personale delle strutture;
- c) i criteri per la determinazione della durata delle autorizzazioni e dei casi di revoca delle stesse;
- d) i criteri per lo svolgimento dei controlli sul rispetto delle disposizioni della presente legge e sul permanere dei requisiti tecnico-scientifici e organizzativi delle strutture.

#### ART. 11. Registro

1. È istituito, con decreto del Ministro della salute, presso l'Istituto superiore di sanità, il registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, degli embrioni formati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime.
2. L'iscrizione al registro di cui al comma 1 è obbligatoria.
3. L'Istituto superiore di sanità raccoglie e diffonde, in collaborazione con gli osservatori epidemiologici regionali, le informazioni necessarie al fine di consentire la trasparenza e la pubblicità delle tecniche di procreazione medicalmente assistita adottate e dei risultati conseguiti.
4. L'Istituto superiore di sanità raccoglie le istanze, le informazioni, i suggerimenti, le proposte delle società scientifiche e degli utenti riguardanti la procreazione medicalmente assistita.
5. Le strutture di cui al presente articolo sono tenute a fornire agli osservatori epidemiologici regionali e all'Istituto superio-

re di sanità i dati necessari per le finalità indicate dall'articolo 15 nonché ogni altra informazione necessaria allo svolgimento delle funzioni di controllo e di ispezione da parte delle autorità competenti.

6. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, determinato nella misura massima di 154.937 euro a decorrere dall'anno 2004, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

#### CAPO V DIVIETI E SANZIONI

#### ART. 12. Divieti generali e sanzioni

1. Chiunque a qualsiasi titolo utilizza a fini procreativi gameti di soggetti estranei alla coppia richiedente, in violazione di quanto previsto dall'articolo 4, comma 3, è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 300.000 a 600.000 euro.
2. Chiunque a qualsiasi titolo, in violazione dell'articolo 5, applica tecniche di procreazione medicalmente assistita a coppie i cui componenti non siano entrambi viventi o uno dei cui compo-

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

nenti sia minorenni ovvero che siano composte da soggetti dello stesso sesso o non coniugati o non conviventi è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 200.000 a 400.000 euro.

3. Per l'accertamento dei requisiti di cui al comma 2 il medico si avvale di una dichiarazione sottoscritta dai soggetti richiedenti. In caso di dichiarazioni mendaci si applica l'articolo 76, commi 1 e 2, del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

4. Chiunque applica tecniche di procreazione medicalmente assistita senza avere raccolto il consenso secondo le modalità di cui all'articolo 6 è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 50.000 euro.

5. Chiunque a qualsiasi titolo applica tecniche di procreazione medicalmente assistita in strutture diverse da quelle di cui all'articolo 10 è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 100.000 a 300.000 euro.

6. Chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di maternità è punito con la reclusione da tre mesi a due anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro.

7. Chiunque realizza un processo volto ad ottenere un essere umano discendente da un'unica cellula di partenza, eventualmente identico, quanto al patrimonio genetico nucleare, ad un altro essere umano in vita o morto, è punito con la reclusione da dieci a venti anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro. Il medico è punito, altresì, con l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione.

8. Non sono punibili l'uomo o la donna ai quali sono applicate le tecniche nei casi di cui ai commi 1, 2, 4 e 5.

9. È disposta la sospensione da uno a tre anni dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno degli illeciti

di cui al presente articolo, salvo quanto previsto dal comma 7.

10. L'autorizzazione concessa ai sensi dell'articolo 10 alla struttura al cui interno è eseguita una delle pratiche vietate ai sensi del presente articolo è sospesa per un anno. Nell'ipotesi di più violazioni dei divieti di cui al presente articolo o di recidiva l'autorizzazione può essere revocata.

## CAPO VI

### MISURE DI TUTELA DELL'EMBRIONE

#### ART. 13.

##### Sperimentazione sugli embrioni umani

1. È vietata qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano.

2. La ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso, e qualora non siano disponibili metodologie alternative.

3. Sono, comunque, vietati:

a) la produzione di embrioni umani a fini di ricerca o di sperimentazione o comunque a fini diversi da quello previsto dalla presente legge;

b) ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell'embrione o del gamete ovvero a predeterminarne caratteristiche genetiche, ad eccezione degli interventi aventi finalità diagnostiche e terapeutiche, di cui al comma 2 del presente articolo;

c) interventi di clonazione mediante trasferimento di nucleo o di scissione precoce dell'embrione o di ectogenesi sia a fini procreativi sia di ricerca;

d) la fecondazione di un gamete umano con un gamete di specie diversa e la

produzione di ibridi o di chimere.

4. La violazione dei divieti di cui al comma 1 è punita con la reclusione da due a sei anni e con la multa da 50.000 a 150.000 euro. In caso di violazione di uno dei divieti di cui al comma 3 la pena è aumentata. Le circostanze attenuanti concorrenti con le circostanze aggravanti previste dal comma 3 non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a queste.

5. È disposta la sospensione da uno a tre anni dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno degli illeciti di cui al presente articolo.

#### ART. 14.

Limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni

1. È vietata la crioconservazione e la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.

2. Le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico-scientifica e di quanto previsto dall'articolo 7, comma 3, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre.

3. Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione è consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile.

4. Ai fini della presente legge sulla procreazione medicalmente assistita è vietata la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, salvo nei casi previsti dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.

5. I soggetti di cui all'articolo 5 sono informati sul numero e, su loro richiesta, sullo stato di salute degli embrioni pro-

dotti e da trasferire nell'utero.

6. La violazione di uno dei divieti e degli obblighi di cui ai commi precedenti è punita con la reclusione fino a tre anni e con la multa da 50.000 a 150.000 euro.

7. È disposta la sospensione fino ad un anno dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno dei reati di cui al presente articolo.

8. È consentita la crioconservazione dei gameti maschili e femminili, previo consenso informato e scritto.

9. La violazione delle disposizioni di cui al comma 8 è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 50.000 euro.

#### CAPO VII

#### DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

#### ART. 15.

Relazione al Parlamento

1. L'Istituto superiore di sanità predispone, entro il 28 febbraio di ciascun anno, una relazione annuale per il Ministro della salute in base ai dati raccolti ai sensi dell'articolo 11, comma 5, sull'attività delle strutture autorizzate, con particolare riferimento alla valutazione epidemiologica delle tecniche e degli interventi effettuati.

2. Il Ministro della salute, sulla base dei dati indicati al comma 1, presenta entro il 30 giugno di ogni anno una relazione al Parlamento sull'attuazione della presente legge.

#### ART. 16.

Obiezione di coscienza

1. Il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure per l'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita disciplinate dalla presente legge quando sollevi obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata entro tre mesi dalla

data di entrata in vigore della presente legge al direttore dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nel caso di personale dipendente, al direttore sanitario, nel caso di personale dipendente da strutture private autorizzate o accreditate.

2. L'obiezione può essere sempre revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al comma 1, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione agli organismi di cui al comma 1.

3. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'intervento di procreazione medicalmente assistita e non dall'assistenza antecedente e conseguente l'intervento.

#### ART. 17.

##### Disposizioni transitorie

1. Le strutture e i centri iscritti nell'elenco predisposto presso l'Istituto superiore di sanità ai sensi dell'ordinanza del Ministro della sanità del 5 marzo 1997, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 55 del 7 marzo 1997, sono autorizzati ad applicare le tecniche di procreazione medicalmente assistita, nel rispetto delle disposizioni della presente legge, fino al nono mese successivo alla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture e i centri di cui al comma 1 trasmettono al Ministero della salute un elenco contenente l'indicazione numerica degli embrioni prodotti a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita nel periodo precedente la data di entrata in vigore della presente legge, nonché, nel rispetto delle vigenti disposizioni sulla tutela della riservatezza dei dati personali, l'indicazione nominativa di coloro che hanno fatto

ricorso alle tecniche medesime a seguito delle quali sono stati formati gli embrioni. La violazione della disposizione del presente comma è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria da 25.000 a 50.000 euro.

3. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, definisce, con proprio decreto, le modalità e i termini di conservazione degli embrioni di cui al comma 2.

#### ART. 18.

##### Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita

1. Al fine di favorire l'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita da parte dei soggetti di cui all'articolo 5, presso il Ministero della salute è istituito il Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita. Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

2. Per la dotazione del Fondo di cui al comma 1 è autorizzata la spesa di 6,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2004.

3. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero medesimo. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

## Il Centro Studi delle Metodologie Manuali

organizza

Scuola Multidisciplinare di

### POSTUROLOGIA CLINICA

(DURATA 3 ANNI)

Corso di Specializzazione in

### MEDICINA MANUALE OSTEOPATICA

Direttore del corso: Dott. Guy Dupiellat

*Riservato ai  
Laureati in Medicina  
e Chirurgia*

Istituto Italiano di

### TERAPIA MANUALE

Master Biennale per la Formazione di base  
in Terapia Manuale e Osteopatia

Direttore del corso: Dott. Francesco Ricciardi

051.686.11.70



Formazione  
di Base

Corso di Medicina Ortopedica

### ETGOM CYRIAX

Direttore del corso: Dott. Bob De Coninck

**Per informazioni sui programmi, le date ed i costi dei corsi contattare la segreteria organizzativa:**

Segreteria Organizzativa: **EUROPEAN MEDICAL CENTER**

via Ponte Nuovo, 42 Pieve di Cento (Bo) tel. 051.686.11.70 fax 051.686.18.08

e-mail: [centromedico@tin.it](mailto:centromedico@tin.it) - [www.europeanmedicalcenter.com](http://www.europeanmedicalcenter.com)



CONVEGNO

# *La responsabilità professionale dell'Odontoiatra*

**30 ottobre 2004**

Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche dell'Università di Bologna  
AULA MAGNA - Via S. Vitale, 59 - Bologna

## **PROGRAMMA**

8,30 - registrazione dei partecipanti

### **1° sessione**

Presidenti di seduta: Dott.ssa Nicoletta Longo - Presidente OMCeO Bologna, Avv. Lucio Strazziari - Presidente Ordine degli Avvocati di Bologna

9,00-9,15 - Presentazione del Convegno (Dott. Francesco Maria Giallombardo Presidente ANDI Bologna)

9,15-9,45 - Aspetti civilistici della RP dell'Odontoiatra (Avv. Delmiro Giacomini)

9,45-10,15 - Aspetti penalistici della RP dell'Odontoiatra (Prof. Avv. Nicola Mazzacuva Ordinario di Diritto Penale Università di Bologna)

10,15-10,45 - L'accertamento giudiziale della RP dell'Odontoiatra (in attesa di conferma Magistrato del Tribunale di Bologna)

10,45-11,15 - Pausa

### **2° sessione**

Presidenti di seduta: Prof. Domenico Vasapollo Docente di Medicina Legale presso il CLOPD dell'Università di Bologna

11,15-11,45 - La graduazione dell'errore professionale e la valutazione del danno (Dott. Andrea Minarini Specialista in Medicina Legale, Direttore Servizio Medicina Legale AUSL Città di Bologna)

11,45-12,15 - La RP in materia di fonti informatiche: cartella clinica, certificati, ricette (Prof. Benedetto Vergari Specialista in Medicina Legale SISMLA)

12,15-12,45 - Aspetti deontologici della RP (Dott. Alessandro Nobili Presidente Commissione Albo Odontoiatri OMCeO Bologna)

12,45-13,30 - Tavola rotonda



CONVEGNO

# Linee guida aspetti clinici e medico legali

**Comacchio (FE) Palazzo Bellini**  
**24 settembre 2004**

## PROGRAMMA

08,00 - iscrizione dei partecipanti  
08,30 - saluto delle autorità  
08,45 - apertura dei lavori  
Presidente: Francesco Maria Avato e  
Alfredo Polena  
09,00 - Le linee guida nella pratica clinica. Antonino Cartabellotta  
09,45 - Linee guida e governo clinico. Rita Melotti  
10,30 - Coffee break  
11,00 - Linee guida e accreditamento. Renata Cinotti  
11,30 - L'EMB è davvero un nuovo paradigma? Giovanni Federspil  
12,15 - Linee guida e responsabilità professionale. Nauro Martini  
13,00 - Discussione  
13,15 - Pausa pranzo  
15,00 - Le linee guida per la tutela della salute pubblica: prospettive per il futuro. Pierluigi Macini  
15,30 - Linee guida e responsabilità professionale nelle attività di prevenzione. Andrea Minarini

16,00 - Linee guida e protocolli operativi nelle attività psichiatriche. Chiara Ionio  
16,30 - Linee guida e responsabilità professionale in Psichiatria. Giuseppe Venturini

17,00 - L'utilizzo difensivo delle linee guida: un'arma a doppio taglio? Gianni Ricciuti

17,30 - Discussione

18,00 - Verifica

18,30 - Chiusura dei lavori

### Segreteria scientifica

Presidente Mauro Martini

### Segreteria organizzativa

Coordinatore Antonio Di Giorgio

### Per informazioni

rivolgersi al comitato organizzativo  
e-mail: dj.dirsancom@tin.it  
tel.: 0533 310686 - fax: 0533 310700

### L'evento è in corso di accreditamento ECM

### Patrocinio

Regione Emilia Romagna  
Assessorato alla Sanità

Provincia di Ferrara  
Comune di Comacchio  
Università degli Studi di Ferrara

### Collaborazione

Comune di Comacchio  
Assessorato alla Sanità

GIOVEDÌ SERA ORE 21-23  
AULA MAGNA DEL PADIGLIONE 11  
OSPEDALE POLICINICO S. ORSOLA

## 44° Corso di aggiornamento medico "Franco Ferratini"

nell'ambito dell'attività ECM  
della Facoltà di Medicina e Chirurgia  
dell'Università di Bologna  
Anno 2004 - 2005

**21/10/04 - Prof. BRUNO MAGNANI** -  
Cardiologo. Professore emerito del-  
l'Università degli Studi di Bologna  
*Il dolore cardiaco*

**28/10/04 - Prof. LUIGI BOLONDI** - Prof.  
Ordinario di Medicina Interna presso  
l'Università degli Studi di Bologna.  
Direttore di U.O. di Unità di Medicina  
Interna Ospedale Policlinico S. Orsola-  
Malpighi di Bologna  
*Le complicanze extraepatiche della  
cirrosi*

**4/11/04 - Prof. RENATO PASQUALI** -  
Direttore dell'Unità Operativa di  
Endocrinologia dell'Ospedale S. Orsola-  
Malpighi di Bologna  
*Gli ipertiroidismi*

**11/11/04 - Prof. ROBERTO CORINAL-  
DESI** - Prof. Ordinario dell'Università  
degli Studi di Bologna. Direttore del  
Dipartimento di Medicina interna e  
Gastroenterologia dell'Università degli  
Studi di Bologna  
*Sindrome dell'intestino irritabile (I.B.S.)*

**18/11/04 - Prof. NAZARIO MELCHION-  
DA** - Prof. Associato - Apicalità Servizio  
Malattie del Ricambio Azienda  
Ospedaliera Policlinico S. Orsola

*La correzione degli stili di vita danno-  
si per la salute, per la prevenzione e la  
terapia della sindrome metabolica*

**25/11/04 - Prof. ROBERTO DI BARTO-  
LOMEO** - Professore Associato di  
Cardiochirurgia - Ospedale S. Orsola-  
Malpighi di Bologna  
*La valvulopatia aortica*

**2/12/04 - Prof. PIETRO ZUCHELLI** -  
Nefrologo. Professore Emerito dell'Uni-  
versità degli Studi di Bologna  
*Alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico*

**9/12/04 - Prof. CLAUDIO RAPEZZI** -  
Prof. Associato di Cardiologia presso  
l'Università degli Studi di Bologna  
*Novità in tema di terapia farmacologi-  
ca cardiovascolare*

**16-12/04 - Dott. MORANDO SOFFRIT-  
TI** - Direttore della Fondazione Europea  
di Oncologia e Scienze Ambientali "B.  
Ramazzini" di Bentivoglio (BO)  
*Strategie di controllo dei tumori: il  
ruolo della prevenzione e della sorve-  
glianza oncologica negli anziani*

**13/01/05 - Prof. ENRICO RODA** -  
Direttore del Dipartimento Malattie Apparato  
Digerente, Metabolismo e Malattie Infettive.  
Az. Osp. Policlinico S. Orsola di Bologna  
*Dal reflusso al barrett al cancro dell'e-  
sofago*

**20-01/05 - Prof. FRANCESCO BIANCHI**  
- Direttore dell'Istituto di Clinica Medica  
dell'Università degli Studi di Bologna  
*L'ittero*

**27/01/05 - Dott. LUCIO CRINÒ** -  
Direttore Unità Operativa di Chemioterapia  
Oncologica Osped. Bellaria di Bologna  
*I nuovi farmaci biologici in oncologia:  
risultati e prospettive*

**3/02/05 - Prof. GIUSEPPE BERTI CERO-  
NI** - Specialista e Libero Docente in Clinica  
delle Malattie Nervose e Mentali. Già prima-  
rio di Servizio Psichiatrico U.S.L.  
*Somatizzazione psicogena e psicolo-  
gizzazione dei disturbi somatici*

**10/02/05 - Prof. DANIELE BRACHETTI**  
- Libero Docente dell'Università degli Studi di Bologna

***Le bradiaritmie***

**17/02/05 - Prof. DOMENICO CUCI-NOTTA** - Direttore di Unità Operativa di Geriatria Ospedale S. Orsola-Malpighi di Bologna

***Comorbidità e polifarmacoterapia nel paziente anziano***

**24/02/05 - Prof. SANTE TURA** - Professore emerito di Ematologia dell'Università degli Studi di Bologna

***Discutendo di mieloma multiplo***

**3/03/05 - Prof. MARIO TAFFURELLI** - Direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia d'Urgenza dell'Ospedale S. Orsola-Malpighi di Bologna

***La chirurgia del carcinoma della mammella oggi***

**10/03/05 - Prof. ERNESTO LABRIOLA** - Prof. Associato di Cardiologia presso l'Università degli Studi di Bologna

***La diagnosi clinica "difficile" nelle malattie cardiovascolari***

**17/03/05 - Dott. DIEGO CUZZOCREA** - Direttore dell'Unità Operativa di Urologia dell'Ospedale Maggiore di Bologna

***La calcolosi delle vie urinarie***

**31/03/05 - Prof. RENATA CAUDARELLA** - Prof. Associato Università degli Studi di Bologna. Responsabile dell'Ambulatorio di Metabolismo Minerale Ospedale Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna

***La calcolosi renale***

**7/04/05 - Dott. ROBERTO D'ALESSANDRO** - Specialista in Neurologia. Dirigente Il livello Azienda Ospedale Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna

***Le cefalee***

**14/04/05 - Dott. PIETRO PAVLICA** - Direttore di Unità Operativa di Radiologia Osp. S. Orsola-Malpighi di Bologna

***Percorso diagnostico nell'ematuria***

**21/04/05 - Dott. GIAMPAOLO CARBONI** - Specialista in Dermatologia Ospedale Bellaria di Bologna

***Malattie sessualmente trasmesse***

**28/04/05 - Prof. EMANUELE CACCARI** - Prof. Emerito di Pediatria dell'Università degli Studi di Bologna

***Importanti problemi endocrini in discussione nell'età dello sviluppo***

**5/05/05 - Prof. FABIO CALBUCCI** - Primario Neurochirurgo dell'Ospedale Bellaria di Bologna

***L'epilessia d'interesse neurochirurgico***

**12/05/05 - Prof. MAURILIO MARCACCI** - Prof. Ordinario Università degli Studi di Bologna. Direttore di Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia dello Sport degli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna

***Inquadramento clinico e diagnostico della patologia più frequente degli arti inferiori***

**19/05/05 - Prof. ETTORE AMBROSIONI** - Prof. Universitario Ordinario. Direttore di U.O. di Medicina Interna dell'Ospedale S. Orsola-Malpighi di Bologna

**Prof. CLAUDIO BORGHI** - Prof. Associato di Med. Interna presso Dipartimento di Medicina Interna e Biotecnologia Applicata "D. Campanacci"

***Interferenze tra farmaci***

**26/05/05 - Prof. GIOVANNI DANIELI** - Direttore dell'Ist. di Clinica Medica dell'Università degli Studi di Ancona

***Elogio del metodo clinico***

**N.B.** - È in corso l'accreditamento E.C.M. per tutte le lezioni. Ogni evento E.C.M. sarà composto di due lezioni. I crediti formativi saranno assegnati in ottemperanza alle norme E.C.M. in vigore. Le norme per l'iscrizione ed il programma sono disponibili presso l'Ordine dei Medici.

4<sup>th</sup> INTERNATIONAL CONFERENCE

# *Image-guided ablation therapies*

## **MILAN**

**October 14-15-16, 2004**

Hotel Marriott

Via Washington, 66 - 20146 Milano - Italy

## **Program**

**THURSDAY, OCTOBER 14, 2004**

8.30-9.00 - Registration

9.00-13.00 - **HOW TO DO - COURSE**

**Percutaneous Ethanol Injection**

T Livraghi - F Meloni

**Radiofrequency** JW Charboneau

**Laser** C Pacella - G Bizzarri

**Microwaves** D Dupuy

**Controls of therapeutic efficacy  
with US contrast agents** L Solbiati  
**with CT and MRI** R Lencioni  
**Tricks** L Solbiati  
**Questions**

## **Information**

### **Conference venue**

Hotel Marriott - Via Washington, 66

20146 Milano - Italy

### **Organizing secretariat**

DOMM INTERNATIONAL S.r.l.

(Sig.ra Angela Galvani)

Via Rossini, 1 - 20122 Milano

Tel: 0039 02 777 91 816

Fax: 0039 02 760 00 181

e-mail: angela@domm.micronet.it

### **Official language**

The official language in English.  
Simultaneous translation into Italian will  
be provided.

### **Poster session**

Posters on conference topics are welcome.  
The three best posters will be awarded  
free registration.

*Casa di Cura*  
***Ai Colli***

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO  
PER MALATTIE NERVOSE**

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

**40136 BOLOGNA**

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

**AMBULATORI:**

TEL. 051 583013 - 051 580922 - 051 331998

051 6446234 - 051 6446916

P.G. 34219 - 26/02/2003

1° CONGRESSO  
ITALO- LUSO - ISPANICO

# *Traumatologia della strada*

7-8-9 OTTOBRE 2004

**"L'INCIDENTE STRADALE DALLA  
DINAMICA DELL'IMPATTO ALLA  
PREVENZIONE"**

**ASPETTI TRAUMATOLOGICI E  
MEDICO-LEGALI**

## **Presiedono:**

Prof. Domenico Vasapollo - Direttore della  
Scuola di Specializzazione in Medicina  
Legale dell'Università di Bologna

Prof. Andrea Costanzo - Presidente della  
Società Italiana di Traumatologia della  
Strada (SOCITRAS)

C.N.R. - Consiglio Nazionale delle  
Ricerche Area della Ricerca di Bologna

## **PROGRAMMA**

Con il patrocinio di:

• **Presidenza del Consiglio dei Ministri**

• **Ministero della Salute**

• **Ministero delle Infrastrutture e dei  
Trasporti**

• **Università degli Studi di Bologna**

• **Regione Emilia-Romagna**

• **Provincia di Bologna**

• **SIOT**

Società Italiana di Ortopedia e  
Traumatologia

• **S.I.M.L.A.**

Società Italiana di Medicina Legale e  
delle Assicurazioni

• **S.I.S.M.L.A.**

Sindacato Italiano Specialisti di Medi-  
cina Legale e delle Assicurazioni

• **SOCIMET**

Società Italiana di Medicina dei  
Trasporti

• **SIMUE**

Società Italiana di Medicina  
d'Emergenza-Urgenza

• **Federazione Nazionale Ordine dei  
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**

• **Ordine dei Medici e degli Odontoiatri  
di Bologna**

• **Ordine degli Avvocati di Bologna**

• **LIDU - FIDH**

Lega Italiana Diritti dell'Uomo,  
Commissione Sanità

# Carcinoma mammario: dalla ricerca alla pratica clinica

**29 Ottobre 2004 - BOLOGNA**  
**Policlinico S. Orsola-Malpighi**  
**Aula Murri**

*Evento realizzato nell'ambito del  
Programma Aggiornamento Permanente  
2004 del Club ex Allievi della Scuola  
Italiana di Senologia.*

*Presidente:*

Domenico Marrano

*Coordinatori:*

Claudio Andreoli e Mario Taffurelli

## VENERDÌ 29 OTTOBRE

09.00 - Registrazione partecipanti

09.30 - Apertura lavori e saluto delle  
Autorità

10.00 - Ruolo eziologico degli ormoni  
sessuali: implicazioni cliniche. *A. Micheli*

10.40 - Farmacoprevenzione e terapia  
sostitutiva: il punto sullo studio HOT.  
*C. Andreoli*

11.00 - Screening mammografico: studi in  
corso e prospettive. *M. Rosselli del Turco*

11.40 - Diagnostica senologica interven-  
tistica: indicazioni, limiti e problemi orga-  
nizzativi. *E. Cassano*

12.20 - Trasferimento nella pratica routi-

naria dei fattori predittivi biopatologici.  
*D. Santini*

13.00 - Colazione di lavoro

14.00 - Ruolo della medicina nucleare in  
senologia oncologica: attualità e pro-  
spettive. *G. Paganelli*

14.40 - L'evoluzione della chirurgia  
senologica. *A. Costa*

15.20 - La chirurgia conservativa senza  
radioterapia nelle donne in post-meno-  
pausa a basso rischio. *M. Taffurelli*

15.40 - La ricostruzione mammaria con  
tessuto autologo. *R. Cipriani*

16.20 - Test di valutazione finale

16.30 - Conclusione

## Relatori

(in ordine alfabetico)

### Claudio Andreoli

Fondazione Salvatore Maugeri - Milano

### Riccardo Cipriani

Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna

### Alberto Costa

Fondazione Salvatore Maugeri - Pavia

### Enrico Cassano

Istituto Europeo di Oncologia - Milano

### Andrea Micheli

Istituto Nazionale Tumori - Milano

### Giovanni Paganelli

Istituto Europeo di Oncologia - Milano

### Marco Rosselli del Turco

Centro Studio e Prevenzione Oncologica  
- Firenze

### Donatella Santini

Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna

### Mario Taffurelli

Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna



# Maturità e vecchiaia “Gruppi di ascolto”

→ Facendo seguito alla positiva esperienza relativa al ciclo di seminari organizzati nel 2003-2004 sul tema “Invecchiamento e Vecchiaia - verso un intervento integrato” l'Associazione “Tra Arte e Psicoanalisi” ha ritenuto di promuovere un nuovo ciclo di incontri su “Maturità e Vecchiaia - gruppi di ascolto”. L'obiettivo è quello di stimolare un confronto tra i partecipanti (persone mature o in età avanzata e medici, psicologi, operatori del settore). Il percorso, che si snoderà per tematiche specifiche quali, ad esempio, la memoria, il sonno, la qualità della vita, il farmaco, la solitudine, la depressione, la sessualità, la creatività e

quant'altro, verrà articolato in *gruppi di ascolto* condotti da uno psicologo e/o uno specialista del settore.

L'intento è anche quello di sviluppare e facilitare i rapporti e la comprensione tra le varie figure interessate.

Gli incontri, patrocinati dal Dipartimento di Psicologia, dall'Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna, dall'Ordine dei Medici di Bologna saranno gratuiti e si svolgeranno il venerdì, dalle ore 16.00 alle 18.00, con inizio il 15 di ottobre per un totale di dieci a cadenza quindicinale, presso la sede dell'Ordine dei Medici, via Zaccherini Alvisi n. 3, Bologna.

Verranno favorevolmente accolti suggerimenti su temi che risultino d'interesse collettivo.

Gli interessati, per avere ulteriori informazioni, potranno mettersi in contatto con la Dott.ssa Caterina Condello della Segreteria Scientifica dell'Associazione.

e-mail: [traarteepsicoanalisi@yahoo.it](mailto:traarteepsicoanalisi@yahoo.it)

Telefono e Fax:

051-224330 (Sede Associazione)

051-390640 (Dott.ssa Sara Spadoni)

LA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA OLISTICA  
ORGANIZZA LA

## III Edizione del Master Nazionale in Bioterapie nella cura dei disturbi psichici

### Relatore:

Dr. Ermanno Paoletti - Psichiatra e Psicoterapeuta - Presidente della Società Italiana di Psichiatria Olistica

Nutrizione Ortomolecolare, Fitoterapia, Floriterapia, Osmotossicologia, Organoterapia, Oligoterapia, Fitoterapia, Sali di Schussler, Terapie di Biorisonanza, nella prevenzione e cura dei più comuni disturbi psichici: ansia, insonnia, disagio esistenziale, depressione minore, nevrosi, fobie, attacchi di panico, disturbi psicosomatici e del carattere.

Bologna - Hotel Europa, Via Boldrini, 11 (vicino alla stazione F.S.) una domenica al mese a partire dal 23 Gennaio 2005 - orario: 10-14/15-19

Segr. tel. 051.44.10.20 - Cell. 333.38.57.130

E-mail: [info.sipol@libero.it](mailto:info.sipol@libero.it)

LA SOCIETÀ ITALIANA DI FLORITERAPIA  
ED IL TUTOR UFFICIALE DEL BACH CENTRE  
INGLESE DR. ERMANNIO PAOLELLI

ORGANIZZANO LA

## ***III Edizione del Master Nazionale di Floriterapia clinica***

Bologna - Hotel Europa, Via Boldrini, 11 (vicino alla stazione F.S.) una domenica al mese a partire dal 16 Gennaio 2005 - orario: 10-14/15-19  
Segreteria:  
tel. 051.44.10.20 - Cell. 333.38.57.130  
E-mail: info.sif@libero.it

CORSO TEORICO-PRATICO DI DIAGNOSI E  
TRATTAMENTO PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

## ***Le lesioni muscolari dell'arto inferiore e le tendinopatie di spalla, ginocchio e caviglia***

**Sabato 23 Ottobre 2004**  
**Isokinetic Bologna**  
**Sport Rehabilitation Network**  
Via di Casteldebole, 8/10 - Bologna

**Ore 09,30 - Introduzione**  
**Dr. Stefano della Villa**

**Ore 09,45-10,15**  
*Le lesioni Muscolari dell'arto inferiore:  
principi di diagnosi e trattamento*

INCONTRO DI AGGIORNAMENTO CONTINUO  
IN ENDOCRINOLOGIA CLINICA

## ***"Manifestazioni endocrine nelle malattie sistemiche"***

**Giovedì 14 Ottobre 2004 ore 19,30**  
Villa Rosa via Marzocchi, 1  
San Giovanni in Persiceto (Bologna)  
Tel. 051 825005

**Segreteria Scientifica-Organizzativa**  
Dott. Domenico Meringolo, Dott. Davide Bianchi  
- Unità Operativa Semplice di Endocrinologia,  
Ospedale di Bentivoglio, AUSL di Bologna - Tel.  
051 6644355 - 051 6644358 - Fax 051 6644161  
e-mail: domenico.meringolo@ausl.bo.it

**Dr. Gianni Nanni - Dr. Giovanni Tarasconi**

**Ore 10,15-10,45 - *Le tendinopatie di caviglia: principi di diagnosi e trattamento***  
**Dr. Pierpaolo Zunarelli - Dr. Ferruccio Vincentelli**

**Ore 10,45-11,15 - *Le tendinopatie di ginocchio: principi di diagnosi e trattamento***  
**Dr.ssa Maria Assunta Servadei - Dr. Giovanni Veneziale**

**Ore 11,15-11,45 - *Le tendinopatie di spalla: principi di diagnosi e trattamento***  
**Dr. Domenico Creta - Dr. Giovanbattista Sisca**

**Ore 11,45-12,15 - *Il ruolo del medico di medicina generale***  
**Dr. Domenico Creta, Dr. Stefano Della Villa,  
Dr. Gianni Nanni, Dr. Giulio Sergio Roi, Dr.ssa  
Maria Assunta Servadei, Dr. Giovanbattista  
Sisca, Dr. Giovanni Tarasconi, Dr. Giovanni  
Veneziale, Dr. Ferruccio Vincentelli, Dr.  
Pierpaolo Zunarelli**

**Ore 12,15 - *Chiusura dei lavori***

# Quando la realtà supera la fantasia

## → RICEVIAMO DA UN COLLEGA:

Come si dice "la realtà supera la fantasia!".

Oggi mi è stata richiesta o, meglio, estorta una richiesta/impegnativa che in 24 anni di lavoro non avevo ancora scritto.

Una Sig.ra è venuta nel mio ambulatorio a farsi fare, su invito dell'INAIL, la richiesta del medico curante per effettuare la visita domiciliare e relativa manutenzione da parte di tecnico specializzato per il lettino snodato a

comandi elettro-idraulici del figlio paraplegico.

Ovviamente io non ho certo potuto rifiutargliela ma una malinconica percezione di questo evento mi ha tolto un po' di serenità e di orgoglio una volta il medico richiedeva a consulto domiciliare l'opera di Collegli Specialisti, anzi, il consulto veniva effettuato congiuntamente ed era motivo di prestigio collegiale.

Oggi, dopo essere stati duramente allenati per anni alla prescrizione di pannoloni, traverse da letto, carrozzine, sacche, cateteri, ecc. ci viene anche richiesto di chiamare a consulto domiciliare, sulla nostra carta intestata, un tecnico specializzato.

A quando la richiesta, sempre su carta intestata, della pulizia periodica delle caldaie?

Snami Ferrara



Per gentile concessione Aboca Museum

**Centro Odontoiatrico Grimaldi**

Via Grimaldi 6/e -Bologna (adiacenze Paladozza)

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

rif. Dott. Antonio Madera 051 6494868 (LMMGV), 3358114518 (SD)

Medico affitta app.to arredato, 4 posti letto, ad.ze V.le Della Repubblica (zona fiera): 2° piano con ascensore, ingresso, cucinotto, soggiorno, 2 ampie camere, bagno. Telefonare allo 051 242570.

Cerco colposcopio di buona qualità, possibilmente con macchina fotografica, per ambulatorio ginecologico. Cell. 348 2945200

Vendo causa inutilizzo e per motivi di spazio lettino ginecologico completo di reggigambe, bacinella acciaio, sgabello operatore + vetrina medicinali, tutto in ottime condizioni. Telefonare allo 0542 91500 orari studio.

Vendo causa inutilizzo tavola optometrica con illuminazione e vetrina porta medicinali. Tutto in ottimo stato. Per informazioni telefonare allo 0542 91500 orari studio.

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

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

Studio medico affitta a colleghi esclusi oculisti ambulatorio arredato in zona Mazzini, Via Ortolani - Bologna. Impianti a norma, sala d'attesa con servizio di segreteria. Per informazioni Tel. 051 547396 - Cell. 347 2212398.

Affittasi studio medico per 5 giorni settimanali (dal lunedì al venerdì) anche giornate singole o mezze giornate. Zona Bologna Centro - Piano terra. Telefonare al 338 9852807.

**ELENCO INSERZIONISTI BOLLETTINO SETTEMBRE 2004**

|                                          |                               |
|------------------------------------------|-------------------------------|
| CASA DI CURA "AI COLLI" .....            | pag. 58                       |
| CENTRO DERMATOLOGICO .....               | pag. 31                       |
| CENTRO DIAGNOSTICO SAN DONATO .....      | pag. 14-15                    |
| CENTRO ODONTOIATRICO GRIMALDI .....      | pag. 6-64                     |
| COOPERATIVA MURRI .....                  | pag. III <sup>a</sup> di cop. |
| DAL MONTE DERNA .....                    | pag. 49                       |
| EUROPEAN MEDICAL CENTER .....            | pag. 53                       |
| HESPERIA HOSPITAL .....                  | pag. II <sup>a</sup> di cop.  |
| OSPEDALE PRIVATO "VILLA BELLOMBRA" ..... | pag. 43                       |
| POLIAMBULATORIO CENTRO SAN MICHELE ..... | pag. 19                       |
| POLIAMBULATORIO CKF .....                | pag. 47                       |
| POLIAMBULATORIO OPPICI .....             | pag. 27                       |
| POLIAMBULATORIO SANTA LUCIA .....        | pag. 13                       |
| SAN PAOLO I.M.I. ....                    | pag. IV <sup>a</sup> di cop.  |
| VILLA BARUZZIANA .....                   | pag. 9                        |
| VILLALBA .....                           | pag. 39                       |
| VILLA ROSA MODENA .....                  | pag. 21                       |

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