

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XL - N° 9 SETTEMBRE 2009

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



IN QUESTO NUMERO

- **Anna Morandi Manzolini (1716-1774) la prima anatomista e ceroplasta dello Studio bolognese**
Nicolò Nicoli Aldini e Alessandro Ruggeri, pag. 3
- **Parliamo di Sociobiologia**
Sergio Semeraro, pag. 5
- **L'umanizzazione in sanità**
Giampaolo Marino, pag. 9
- **Il difficile bilanciamento fra tutela della concorrenza e tutela della salute nel recente parere antitrust**
Andrea Dugato, pag. 17
- **Muovi la salute**
Gerardo Astorino e Luigi Bagnoli, pag. 18
- **Presentazione dell'associazione: Non perdiamo la testa**, pag. 19



BOLOGNA COMPUTER

CENTRO ASSISTENZA E VENDITA

UFFICIO E LABORATORIO TECNICO – Via Ranzani, 17/A – 40127 BOLOGNA

RIPARAZIONI E VENDITA TUTTE MARCHE PC E NOTEBOOK,

MONITOR, TV, DVD, HI-FI, VHS, STAMPANTI, IPOD

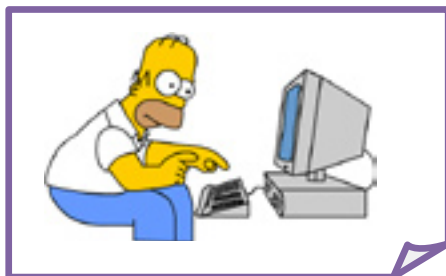
ASSISTENZA TECNICA PER AZIENDE E PRIVATI

INSTALLAZIONI RETI

CORSI DI FORMAZIONE

PERMUTA NUOVO/USATO

*Quando
Qualità e Assistenza
Fanno la differenza*



Rep. Commerciale – 051/249927

Fax – 051/245777

E-mail: info@bolognacomputer.it

www.bolognacomputer.it



Acquisti online www.chl.it

BOLLETTINO NOTIZIARIO



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

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Paolo Roberti di Sarsina

DIRETTORE DI REDAZIONE

Dott. Luigi Bagnoli

COMITATO DI REDAZIONE

Dott. Pietro Abbati
Dott. Massimo Balbi
Dott. Carlo D'Achille
Dott. Andrea Dugato
Dott. Flavio Lambertini
Dott. Sebastiano Pantaleoni
Dott. Stefano Rubini
Dott.ssa Patrizia Stancari

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

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

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Contiene I.P.

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di agosto 2009
è stato consegnato in posta
il giorno 06/08/2009

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

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO XL - SETTEMBRE 2009 N° 9

ARTICOLI

Anna Morandi Manzolini (1716-1774) la prima anatomista e ceroplasta dello Studio bolognese • **3**

Parliamo di Sociobiologia • **5**

L'umanizzazione in sanità • **9**

Il difficile bilanciamento fra tutela della concorrenza e tutela della salute nel recente parere antitrust • **17**

Muovi la salute • **18**

Presentazione dell'associazione: Non perdiamo la testa • **19**

ODONTOIATRI

Le attività della Commissione Albo Odontoiatri di Bologna • **20**

NOTIZIE

Comunicato ONAOSI Consiglio di Amministrazione del 27 giugno 2009 • **23**

Comunicato ONAOSI Giunta Esecutivo del 4 luglio 2009 • **24**

Referti medici on line • **24**

Compensi professionali • **25**

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **26**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **27**

CONVEGNI CONGRESSI • 28

PICCOLI ANNUNCI • 31

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente

Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente

Dott. LUIGI BAGNOLI

Segretario

Dott.ssa PATRIZIA STANCARI

Tesoriere

Dott. VITTORIO LODI

Consiglieri Medici

Dott. FABIO CATANI

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott. ANGELO DI DIO

Dott.ssa MARINA GRANDI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. FLAVIO LAMBERTINI

Dott. PAOLO ROBERTI di SARSINA

Dott. STEFANO RUBINI

Dott. CLAUDIO SERVADEI

Dott. CARMELO SALVATORE STURIALE

Consiglieri Odontoiatri

Dott. CARLO D'ACHILLE

Dott. ANDREA DUGATO

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. CARLO D'ACHILLE

Segretario: Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Componenti: Dott. EMANUELE AMBU

Dott. PIETRO DI NATALE

Dott. ANDREA DUGATO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dott. ENNIO CARMINE MASCIELLO

Componenti: Dott. MARCO CUPARDO

Dott.ssa CATERINA GALETTI

Supplente: Dott. ANDREA BONFIGLIOLI

Anna Morandi Manzolini (1716-1774) la prima anatomista e ceroplasta dello Studio bolognese

Nicolò Nicoli Aldini e Alessandro Ruggeri

Il visitatore che attraversa le sale del Museo di Palazzo Poggi, storica sede dell'Istituto dell'Accademia delle Scienze di Bologna ed oggi sede centrale dell'Università, giunto negli spazi dedicati alle raccolte di cere anatomiche settecentesche non può non restare colpito dalla presenza di due figure a mezzobusto, un uomo ed una donna, che dominano con naturalezza e quasi sembrano custodire la ricca ostensione di preparazioni d'organi ed apparati perfettamente modellate.

La signora ed il signore in questione erano in realtà marito e moglie, e la comune passione per gli studi anatomici unita alle attitudini artistiche aveva fatto sì che dal loro incontro nascesse un singolare sodalizio e che, grazie alle loro mani, si scrivesse uno dei capitoli più importanti della scuola ceroplastica e dell'anatomia nello Studio bolognese.

Il nome della signora è Anna Morandi, quello del marito Giovanni Manzolini; è lei l'autrice dei due ritratti, cui aveva voluto affidare la memoria non solo della propria persona e di quella del coniuge, ma anche quella della comune attività di esperti nell'arte di realizzare modelli anatomici in cera.

Colpiscono, nei due busti, il ricco abbigliamento di lei, che fa quasi contrasto con il più severo abito del marito; entrambi hanno nelle mani gli strumenti per la dissezione, entrambi sono nell'atto di eseguire una preparazione anatomica. I giri di perle al collo, la seta e i merletti del vestito della Morandi fanno da sfondo ad un cranio aperto, che mette in evidenza un cervello con le sue circonvoluzioni. E sottolineano anche la cura per la propria eleganza di quella che si potrebbe definire la Signora dell'anatomia bolognese del settecento.

La scuola ceroplastica di Bologna formatasi con Ercole Lelli (1702-1766) nella prima metà del XVIII secolo aveva visto rapidamente cre-

scere la propria fama, grazie anche all'appoggio dell'Arcivescovo Cardinale Lambertini, poi pontefice con il nome di Benedetto XIV, per l'interessamento del quale al Lelli era stato commissionato nel 1742 uno "Studio in cera dell'anatomia" con una serie completa di preparazioni da realizzarsi in sei anni. Fra i collaboratori ed allievi di Ercole Lelli figura, dal 1740, Giovanni Manzolini (1700-1755); il sodalizio fra i due doveva però interrompersi nel 1745 per gravi controversie. Il Manzolini continuava poi l'attività per proprio conto, con l'aiuto fattivo della moglie.

Di modeste origini, Anna Morandi (1716-1774) aveva sposato Giovanni Manzolini nel 1740, condividendone poi l'attività di modellare la cera per eseguire preparazioni anatomiche. Attività che avrebbe continuato anche dopo la morte del marito, raggiungendo in questo una notorietà che avrebbe ben superato i confini della città e dello Studio bolognese.

Con l'aiuto della moglie Manzolini realizza preparati per il Re di Sardegna, per la Reale Società di Londra, per il chirurgo Pier Paolo Molinelli; esegue per incarico di Giovanni Antonio Galli, lettore di chirurgia nello Studio, 171 preparati ostetrici parte in cera e parte in creta colorata "onde agevolare per tal modo ai chirurghi e alle levatrici l'arte di operare sopra il corpo del feto".

Morto il Manzolini nel 1755, Anna Morandi assunse completamente sopra di sé il lavoro, ottenendo a questo scopo da Benedetto XIV "un assegno annuo vita natural durante... per poter proseguire con più coraggio le di lei studiose fatiche".

Il fatto di essere un'"anatomista donna", singolare per il tempo in cui visse, ne mette in risalto ancor più la personalità e l'originalità della produzione. Per sua affermazione ella avrebbe nella propria attività sezionato più di mille cadaveri, tenendo nella propria casa-la-

boratorio, come afferma lo Zanotti, “modelli del corpo umano eseguiti con arte mirabile e disposti nel modo più elegante” Aggregata all’Istituto delle Scienze nel 1756, viene anche nominata modellatrice presso la cattedra di anatomia “lasciandola libera di dare lezioni nello Studio pubblico o in casa”. Continuò così a svolgere la sua attività a Bologna, rinunciando alle offerte di Università italiane e straniere fra le quali quelle di Londra e Pietroburgo.

Conferma della fama raggiunta dalla Morandi fu la visita personale che l'imperatore Giuseppe II d'Austria, durante il suo soggiorno a Bologna nel 1769, volle compiere nel suo studio. Studio che si trovava allora nel palazzo del conte senatore Girolamo Ranuzzi, il quale nello stesso anno 1769, viste le condizioni economiche precarie in cui ella si trovava, aveva acquistato l'intera sua collezione, lasciandole anche uno spazio nel proprio palazzo affinché “fosse sempre in mezzo a quelle sue, per così dire, predilette creature, e le custodisse e sempre più abbellisse e perfezionasse”.

Scomparsa la Morandi nel 1774, le cere vennero poi acquistate dall'Accademia delle Scienze nel 1776 per essere collocate nella sede dell'Istituto. A Luigi Galvani toccò appunto il compito di pronunciare per l'occasione l'orazione “*De Manzoliniana suppellectili*”, nella quale fra l'altro sottolineava come il ruolo della ceroplasta andasse ben oltre la realizzazione di modelli, per assumere un significato originale nella ricerca anatomica, in particolare per quanto riguarda il rapporto fra cervello ed organi di senso. Fra suoi preparati spicca in effetti la serie dedicata ai cinque sensi e fra questi la “Preparazione anatomica della mano”, sede elettiva del senso del tatto, il quale, come scrive la stessa Morandi nell'inventario manoscritto della propria opera “generalmente preso convenga a tutto il corpo umano... tuttavia più propriamente si ripone nella mano e a lei si attribuisce”. L'atteggiamento delle due mani, l'una nel gesto di toccare qualcosa di soffice, l'altra nel movimento di retrarsi da qualcosa che ferisce (come ancora spiega l'artista stessa), dimostra lo sforzo di raffigurare non

solo le parti nella loro statica conformazione, ma di rendere in qualche modo visibile una dimensione viva di funzionalità che la scienza del tempo cercava di interpretare (pensiamo al concetto di irritabilità di Haller), ma che non era ancora in grado di spiegare nei suoi intimi meccanismi.

Ma concludiamo con uno sguardo ancora ai due ritratti. Il cervello, nelle mani della Morandi, trova corrispettivo nel cuore che il marito sta sezionando. Molto si è detto sul significato, certamente non casuale, che l'autrice ha voluto sottintendere con la scelta di questi organi, centri vitali entrambi e ritenuti sede della ragione l'uno, delle passioni il secondo. A noi sembra possano insieme riassumere il senso dell'opera di questa coppia singolare: amore per la scienza e la ricerca del vero, e per quell'arte che grazie al loro talento ha dato alla Scuola Anatomica di Bologna un contributo ancora oggi universalmente ammirato.

In Copertina

Autoritratto in cera di Anna Morandi Manzolini - Nel particolare un modello in cera su tavola in cui sono rappresentate le mani in atteggiamento di percepire le sensazioni tattili.

Autori

Nicolò Nicoli Aldini

Istituto Ortopedico Rizzoli - Storico della Medicina

Alessandro Ruggeri

Ordinario di Anatomia Umana dell'Alma Mater - Direttore del Museo delle Cere Anatomiche “Luigi Cattaneo”

Bibliografia

Medici M. *Compendio Storico della Scuola Anatomica di Bologna dal Rinascimento delle Scienze e delle lettere a tutto il secolo XVIII*. Bologna, Tipografia Governativa della Volpe e del Sassi, 1857.

A.A. V.V. *Le cere anatomiche bolognesi del Settecento*, Ed. CLUEB, Bologna, 1981.

Focaccia M. *Anna Morandi Manzolini, Una donna fra arte e scienza*. Leo S. Olschki ed., Firenze, 2007.

Parliamo di Sociobiologia

Sergio Semeraro

Premessa

La definizione ufficiale di "Sociobiologia" risale al 1975 ad opera di Wilson: "Lo studio sistematico delle basi fisiologiche di ogni forma di comportamento sociale"¹.

Si tratta di una materia interdisciplinare che accomuna discipline biologiche e socio-umanistiche e che si esprime, nell'enunciazione di Wilson, in due capitoli.

La Sociobiologia Generale, che si occupa anche degli animali, e la Sociobiologia che si occupa dell'animalis... homo.

I presupposti filosofici sono rilevabili, a giudizio dei ricercatori, in Herbert Spencer e Piotr Krapotkin, su cui naturalmente non ci soffermiamo.

Le conclusioni di Wilson sono state in seguito sottoposte a critiche e rielaborazioni. Fra i più negativi i giudizi dei cosiddetti "critici di Boston" (E. Allen ed altri), che imputavano al "padre" della Sociobiologia l'accomunazione delle problematiche dell'uomo e degli... altri animali.

Uno dei maggiori oppositori fu anche Sahlins² che scriveva: "Dal XVI secolo ci muoviamo in un circolo vizioso applicando a turno il modello della società capitalistica al mondo animale e poi, questo mondo animale imborghesito, lo applichiamo di nuovo all'interpretazione della società umana".

Pensiamo tuttavia che, a prescindere dall'estremismo evolucionistico di Wilson, la valutazio-

ne degli elementi che vicendevolmente collegano la biologia alla sociologia rappresenti un suggerimento utile per studiare e comprendere sia la donna e l'uomo che la società che essi si costruiscono intorno.

Antropologia anagrafica di genere

Dalla "femmina" alla "donna" al "genere femminile". Dobbiamo agli stilnovisti del Trecento la transizione d'uso dalla parola "femmina" alla parola "donna".

Il primo vocabolo identifica essenzialmente il concetto "riproduttivo", mettendo in rilievo l'identità sessuale (possessione di organi adatti al congiungimento con l'uomo ed alla riproduzione della specie).

Il secondo vocabolo, "donna", da domina, riscatta e premia la "femmina", sostituendo l'antica denominazione (ancora oggi dispregiativa) con un vocabolo assai più cavalleresco. Risale dunque a molti secoli or sono l'inizio del lungo iter storico che ha portato al concetto di "genere".

Concetto che può cogliersi nella definizione di Wiremann e Pordue:

La rappresentazione di sé della persona come maschio o femmina o come quella persona si rapporta con le istituzioni sociali, sulla base della rappresentazione del genere dell'individuo. Il genere ha le radici nella biologia ed è influenzato dall'ambiente e dalla esperienza.

La "differenza di genere" non si basa quindi come quella "sessuale" solo su elementi di tipo

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

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

biologico, ma considera tutti gli elementi socio-culturali che differenziano sensibilmente i due generi e le loro ripercussioni sulla salute. Come ipotizzano Corniel e Morgan, si può affermare che i “fatti biologici sono anche socialmente costruiti”. In altre parole, il nostro organismo oltre che dai geni e dagli ormoni è influenzato dall’ambiente. Si può affermare che esistano notevoli e complesse interazioni fra geni e ambiente, come dimostrato ad esempio dal cambiamento del ruolo femminile nella società, che è alla base di alcune variazioni di salute della donna: ad esempio l’aumento delle malattie cardiovascolari e delle neoplasie polmonari nel sesso femminile (vedi anche il capitolo “La donna e il ‘suo’ cuore”).

Parole chiave

Femmina

- Individuo di sesso femminile (Devoto-Oli).
- Animale appartenente al sesso atto a partorire e a deporre le uova (l’*Etimologico Zanichelli*).

Donna

- L’individuo femminile della specie umana (Devoto-Oli).
- Dal latino *domina*, signora (l’*Etimologico Zanichelli*).

Sesso

- Il complesso dei caratteri anatomici e fisiologici che distinguono i maschi dalle femmine (Devoto-Oli).

- Insieme dei caratteri che in individui della stessa specie contraddistinguono soggetti diversamente predisposti alla funzione riproduttiva (l’*Etimologico Zanichelli*).

Genere

- Il complesso dei caratteri essenziali e distintivi di una categoria; grammatica: g. maschile e g. femminile (Devoto-Oli).
- Categoria grammaticale fondata sulla distinzione dei sessi (l’*Etimologico Zanichelli*).

Sociobiologia

- Relazione fra geni e comportamento.

L’aspettativa di vita

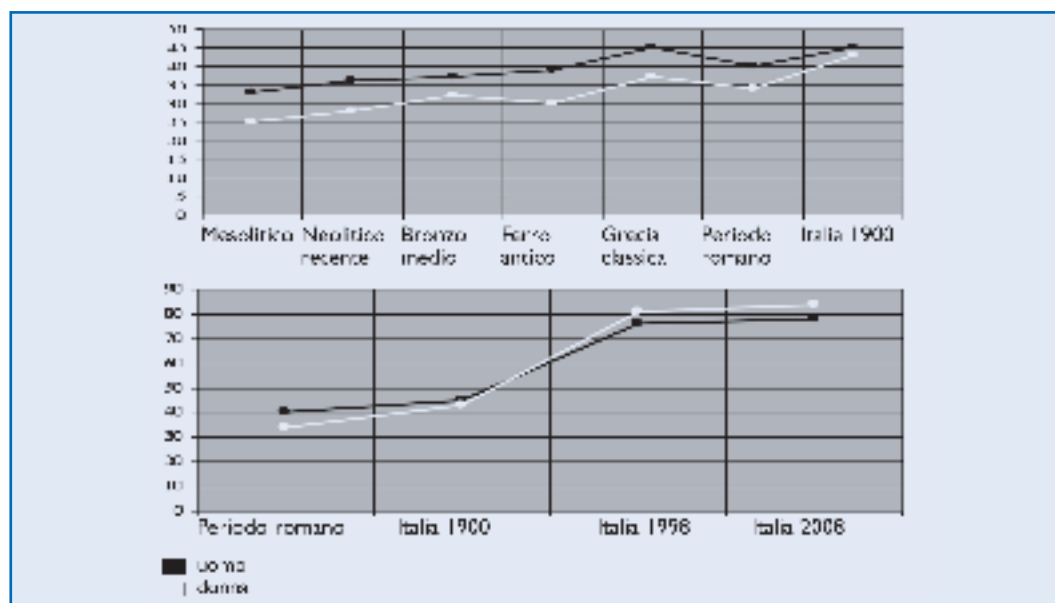
Nella fig. 1 è rappresentata molto sinteticamente una specie di storia anagrafica dell’umanità dal Mesolitico ai nostri giorni.

Il parametro scelto è la spettanza di vita media alla nascita.

Se vi gettiamo uno sguardo, l’elemento che balza indiscutibile all’occhio è rappresentato dal progressivo incremento, nel corso dei millenni, della vita media sia nell’uomo che nella donna. Il secondo elemento è rappresentato dal “sorpasso” della donna sull’uomo in quanto a vita media, averatosi nel XX secolo.

L’aumento della vita risulta lento e progressivo, ma presenta per l’uomo un incremento critico nel periodo definito come Grecia classica: dai 38,8 anni del Ferro antico ai 45 anni: una

Figura 1 - Spettanza di vita media



sorta di esplosione demografica. Sappiamo che in quel periodo si avverò contemporaneamente quella “esplosione cognitiva” che pose le basi del pensiero moderno.

L'incremento della vita media delle donne fu altrettanto evidente e si protrasse nel periodo storico successivo.

Quali condizioni assicurano questo buon andamento dei dati anagrafici? Certamente il benessere e la pace. Ottima era indubbiamente la qualità di vita dei filosofi (maestri e allievi) che passeggiavano filosofeggiando per le vie di Atene o di altre città mentre le donne erano intente all'accudimento dei figli ed alla amministrazione della casa.

Com'è noto, si era instaurata in quei tempi una sorta di “pederastia pedagogica” i cui protagonisti erano il maestro e l'allievo. Il primo, l'erastes, colui che ha un ruolo “attivo”, “fruiva” spesso di un giovane allievo, l'eromenos, colui che “riceveva”. Un esempio classico: Parmenide erastes, Zanone eromenos.

In quell'epoca gli approcci erotici fra maschi erano notoriamente frequenti anche in altre occasioni quali i “simposi”, banchetti dai quali erano escluse tassativamente le donne.

Nel periodo romano assistiamo ad una regressione dell'aspettativa di vita per entrambi i generi.

Scorrendo i dati della tabella arriviamo al 1900 con una vita media per l'uomo di 44,3 anni e di 43,4 per la donna.

Da questa data ha inizio un fenomeno veramente epocale, mai osservato nella storia conosciuta dell'umanità: un incremento critico ma continuo di tale parametro che ci ha condotto fino ai valori attuali.

Il ruolo di protagonista in questa corsa alla sopravvivenza della nostra specie spetta senz'altro alla donna, che in un secolo ha brillantemente raggiunto e poi superato l'uomo: suoi gli 84,1 anni di aspettativa di vita contro i 78,6 del genere maschile (dati Istat 2008).

Magnolfi et al.³ hanno creato nuovi indicatori dell'invecchiamento: l'indice di *longevità* e l'indice di *centenarietà*.

L'indice di *longevità* riguarda il rapporto percentuale fra gli ultranovantenni e gli ultrasessantacinquenni. La media italiana degli ultrasessantacinquenni è del 19,94% (massima in Liguria: 26,70%).

L'indice di *longevità* ha una media nazionale di 4,25%, con massimo in Emilia-Romagna.

La media nazionale dei centenari per 10.000 risulta di 1,95 (anche questo valore è massimo in Emilia-Romagna: 2,17).

L'indice di *centenarietà* ha una media nazionale di 2,29.

La sex-ratio (rapporto fra centenari di sesso femminile e centenari di sesso maschile) è in campo nazionale di 2,29 (1,87 in Emilia-Romagna).

Perché l'aspettativa di vita della donna è attualmente superiore a quella dell'uomo?

Ipotesi di ordine genetico

Una prima teoria riguarda il differente patrimonio cromosomico sessuale: XX nella donna, XY nell'uomo.

Nella donna l'eguaglianza dei due cromosomi sessuali favorirebbe l'interscambiabilità di notizie fra detti cromosomi.

Il che andrebbe a favore di una maggior sopravvivenza⁴.

Una seconda ipotesi deriva da uno studio condotto su di un gruppo di famiglie Amish.

I genetisti riscontrarono in una di tali famiglie una maggior sopravvivenza degli uomini rispetto alle donne. Ebbene, nei maschi di questa famiglia fu riscontrata una delezione del braccio lungo del cromosoma Y. In pratica, la mancanza di un tratto di tale cromosoma. Tale fenomeno fu interpretato in funzione della mancanza, negli uomini con maggior sopravvivenza, di un fattore negativo appunto di tipo genetico⁵.

Ipotesi di ordine sociobiologico

Secondo tale ipotesi la donna godrebbe di una innata “carica vitale” superiore a quella dell'uomo, riservata alle necessità della gravidanza e dell'allevamento della prole.

Negli ultimi anni abbiamo assistito a una caduta critica dell'indice di fertilità della donna: 1,5 figli per donna in Europa, 1,35 in Italia. Ancor meno nella città di Bologna.

Il minor impegno nell'assicurare la continuità della specie avrebbe verosimilmente orientato il surplus di carica vitale della donna verso una sua maggior spettanza di vita⁶.

Altre ipotesi

Importanti fattori sarebbero rappresentati da:
1. Maggior capacità di adattamento.

2. Maggior efficienza del sistema PNEI (psico-neuro-endocrino-immunitario). Ciò compenserebbe il calo degli estrogeni che di per sé tenderebbe invece ad appiattire le differenze di longevità fra i due sessi⁷.

La donna vive più dell'uomo ma invecchia peggio dell'uomo nei quinquenni finali della vita

Su cosa si basa questa affermazione certamente poco consolante per il genere femminile?

Lo si deduce dalla tab. 7, che introduce il concetto di vita attiva e di vita non attiva.

Ogni donna ed ogni uomo giunti ad “una certa età”, diciamo i 65 anni, ha dinanzi a sé una prospettiva di vita suddivisa, anche se in termini non cronologicamente assoluti, in due segmenti: un primo segmento di vita attiva ed un secondo segmento di vita non attiva.

Che cosa si intende per “periodo di vita attiva”? Quel segmento di vita, certamente non uniforme per tutti gli individui, in cui la donna e l'uomo conservano il proprio ruolo, a volte anche professionale, certamente sociale e familiare, i propri interessi culturali e di vita, la propria autonomia, i propri “entusiasmi”.

Nel segmento di vita non attiva, invece, si osserva un progressivo venir meno degli interessi, l'instaurarsi di un ritmo di vita sempre più “casalingo”, mentre si fanno più impellenti le situazioni che comportano la compromissione dell'autosufficienza.

Tabella 7 - Spettanza di vita e spettanza di vita attiva

	Donne attiva-totale	Uomini attiva-totale
65-69	12-19	13-17
70-74	8-17	12-16
75-79	7-13	9-12
80-84	5-10	8-10
≥ 85	3-8	7-9

La tabella contempla gli anni di età dai 65 agli 85 ed oltre, suddivisi in quinquenni. Il parametro considerato in funzione dell'età è appunto la spettanza di vita suddivisa nei due segmenti sopra accennati.

Cosa ci dice questa sorta di “schematizzazione anagrafica” di genere?

Innanzitutto vediamo come la spettanza di vi-

ta totale sia superiore nel genere femminile nel quinquennio di partenza (65-69). Nei lustri successivi assistiamo ad una riduzione progressiva del gap di sopravvivenza donne-uomini che si annulla nel quinquennio 80-84 per poi ribaltarsi a favore degli uomini nell'età superiore agli 85 anni.

L'elemento più clamoroso si riferisce peraltro ai dati attinenti alla differenziazione vita attiva vs vita non attiva. Vediamo infatti come il segmento che si riferisce alla vita “attiva” si mantenga più alto negli uomini rispetto alla donna con costanza in tutti i quinquenni ed oltre gli 85 anni.

Un'ulteriore prova del minor livello di vita attiva emerge da quanto descritto nel capitolo sulla “solitudine” delle donne e precisamente sui dati relativi alla loro presenza nelle strutture socio-sanitarie per gli anziani. Una nostra inchiesta ha dimostrato una nettissima differenza tra genere femminile e genere maschile: 77,43% di donne rispetto al 23,57% degli uomini.

Qui elenchiamo alcuni dati che contribuiscono, purtroppo, a ridurre la “vivibilità” del genere femminile nelle fasi ultime della vita.

Tasso di disabilità

Il tasso di disabilità della donna (6,12%) risulta il doppio di quello maschile (3,32%) secondo i dati Istat. I tipi di disabilità possono essere schematizzati in 4 gruppi: per stato confusionale, per compromissione del movimento, per incapacità di compiere le funzioni quotidiane, per handicap negli organi di senso.

Tasso di morbidità

Dai dati Istat del 2000 il tasso della donna affetta da almeno una malattia cronica grave è 12,1 ogni 100.

Ricorso ai medici di medicina generale

Nel periodo 1966-2000 risulta una lieve prevalenza per il genere femminile (58%).

Tasso di dimissione ospedaliera

Tale tasso di dimissione ordinaria per eventi acuti è alto tra le donne e varia in funzione dell'età: 1.445,5 per 10.000 per i valori totali, 2.005 per 10.000 fra i 65 ed i 74 anni, 3.027 per 10.000 per i 70 anni ed oltre.

Risposta allo stress

La donna reagisce in maniera diversa allo stress rispetto agli uomini.

Negli uomini sembrano prevalere l'uso di sostanze d'abuso nonché le manifestazioni di

rabbia e di ostilità, mentre le donne sembra sviluppino prevalentemente disturbi di tipo affettivo quali l'ansia e la depressione.

Maggior incidenza e prevalenza delle malattie cardiovascolari nelle donne oltre i 75 anni

Ciò riguarda sia le malattie ischemiche cardiache che le malattie del sistema cardiocircolatorio e gli accidenti cerebrovascolari (vedi il capitolo "La donna e il 'suo' cuore").

Minore attività fisica nelle donne

Il 46% delle donne non svolge attività fisica durante il tempo libero contro il 34% degli uomini.

Bibliografia

¹ E.O. Wilson, *Sociobiologia. La nuova sintesi*, Zanichelli 1975.

² M.D. Sahlins, *The Use and Abuse of Biology: An Anthropological Critique of Sociobiology*, University of Michigan Press 1977.

³ C. Magnolfi et al., in "Geriatrics", XX (suppl.), 2008.

⁴ T. Stuardi, *Invecchiare al femminile*, Nuova Italia Scientifica 1993.

⁵ Studio della Johns Hopkins University. Citato da Bertarelli, in "Giornale di Gerontologia", XLVIII, 2000.

⁶ L. Hayflick, *Origins of Longevity*, in H.R. Warner et al., *Modern Biological Theories of Aging*, Raven Press 1987.

⁷ F. Franceschi, in A. Misefari, E. Jirillo (a cura di), *Immunologia*, Società Editrice Scientifica 1992.

L'umanizzazione in sanità

Giampaolo Marino - Agefor - Agenzia Formativa dell'Azienda Sanitaria Usl di Modena - Master in Benessere Organizzativo (Well being) Università di Firenze

L'umanizzazione in sanità, dopo un periodo d'ibernazione perché ritenuta, a torto, meno concreta degli aspetti tecnologico-scientifici ed economici, torna a splendere nel buio della razionalità delle strategie manageriali, come il valore etico professionale da cui non si può prescindere. Un certo pensiero manageriale meccanicistico ha effettivamente considerato l'umanizzazione meno importante del controllo di gestione e dei bilanci. Un management, a cui è stato diagnosticato un particolare disturbo del comportamento, l'alessitimia organizzativa: una sorta di analfabetismo emotivo, che spinge certi dirigenti a comportarsi come dei robot, con una mancanza di sensibilità e di qualità umana nelle relazioni. Le aziende sanitarie, del resto, si sono sviluppate nel culto della razionalità, considerando la gestione di sentimenti ed emozioni come un impaccio da evitare, un fastidio in grado di creare dissesto nel loro mondo formale e burocratico. Emozioni e sentimenti che, invece, permeano l'etica del prendersi cura. Un'etica che traccia la rotta e fornisce nuovi orizzonti di senso al lavoro di cura. Un'etica, una stella polare nel lavoro di cura degli operatori sani-

tari e sociosanitari. L'etica del porre al centro sempre il paziente, con la sua storia e la sua vulnerabilità. Il contributo, in questo senso, fornito dalla prospettiva etica del prendersi cura alla cultura manageriale, in sanità, consiste proprio nell'aprire una finestra di ascolto e di valorizzazione della dimensione relazionale, soggettiva e intangibile, presente nei luoghi della cura. Un'etica, che rappresenta la legittimazione morale della programmazione sanitaria, al pari dell'esigenza, innegabile, del controllo della spesa sanitaria. È un capovolgimento completo di paradigma, l'idea di un ospedale diverso, con corsie a misura d'uomo, confortevole e amico. Tutto dovrebbe contribuire a comunicare calore e accoglienza: architettura, arredi, finiture, colori, qualità dei materiali, segnaletica, suoni, odori, temperatura, umidità, ventilazione, luminosità, vista, pulizia e igiene. Dovrebbero essere garantite la privacy, il comfort, l'accoglienza, l'ascolto, la trasparenza, la comunicazione e l'informazione. Il concetto tradizionale di ospedale come un luogo di dolore, sofferenza e morte, dovrebbe trasformarsi in quello di un ospedale aperto, accogliente e rassicurante

con l'atmosfera di una *domus*. Un luogo di attesa e di speranza di guarigione e, quando questa non sia raggiungibile, di cura e di accompagnamento. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e, non, semplicemente di assenza di malattia”*. Se le precedenti definizioni ponevano l'accento sulla salute propriamente fisica, ora per salute s'intende tutta la sfera della persona, che viene considerata come un'unica entità composta da corpo e mente, strettamente integrate fra loro. Da qui l'importanza per un moderno sistema sanitario compiuto, dell'attenzione anche alla dimensione soggettiva del paziente. Non si dovrebbe dimenticare che una persona, colpita da una grave malattia, è spesso una persona che ha bisogno di ricostruire la propria vita, di sentirsi trattata con umanità e di sentirsi al centro del proprio percorso di cura. Di sentirsi compresa e sostenuta. Una persona che ha bisogno di una terapia non solo del corpo, ma anche dell'anima, di un'azione coinvolgente e unitaria, sua e delle persone che l'assistono, nella riconquista della sua dignità e della sua libertà. Più di ogni altra cosa, quando la meta non è la guarigione, ma la migliore qualità di vita possibile, il miglior controllo del dolore. Quando bisogna saper smettere di curare una malattia e si deve saper accompagnare il paziente e i suoi familiari, nel cammino finale della vita. Viene un tempo, anche per noi medici, in cui non siamo più capaci di guarire e dobbiamo, allora, diventare capaci di prendere per mano. Gli operatori sanitari, nei gesti di accoglienza e di cura della persona malata, devono trovare un ambiente adatto al dialogo, un ambiente che dimostri nei fatti, non nelle intenzioni, di voler essere accogliente. Nei fatti vuol dire che, oltre agli imprescindibili gesti e ai comportamenti etici del curare, anche i luoghi della cura possono dimostrare e comunicare la dovuta attenzione ai parametri emozionali della persona, alla condizione non solo fisica, ma anche psicologica e interiore. Questo vale anche per gli operatori sanitari, perché abitare in un luogo più confortevole e piacevole, dato che il luogo di lavoro diventa come una seconda casa, aiuta a lavorare meglio e predispone meglio verso il prossimo. A maggior ragione, è importante per i pa-

zienti che, nei luoghi di cura, devono rimanere, forzatamente, per diversi giorni e settimane. Forse non ci si pensa: trovarsi in una sala d'attesa, dove lo sguardo cade sul vecchio poster di un convegno medico, del tipo: *“Le nuove frontiere nel trattamento della fibrosi cistica”* o *“Il sarcoma delle parti molli in chirurgia”*, è uno sguardo che dura un'eternità per un paziente, in attesa di una visita o di un esame. Secondo recenti dati diffusi dal Ministero della Sanità, ogni anno, in Italia, vengono ricoverati 8 milioni di persone, il numero di quelle che accedono al Pronto Soccorso è di circa 15 milioni, mentre più del 90% della popolazione ha un qualche contatto con il Servizio Sanitario Nazionale. La sanità e la salute rappresentano, quindi, un impatto inevitabile nel corso della nostra vita. Questo impatto, spesso, determina nella psiche umana dei riflessi emotivi rilevanti ed imprevedibili. L'iperspecializzazione in sanità ha determinato una frammentazione della prestazione sanitaria e del rapporto medico paziente, con una vera e propria separazione di due concetti che, tradizionalmente, erano uniti in simbiosi: quello di terapia e quello di assistenza. Terapia, intesa come capacità puramente scientifica d'intervenire su un determinato organo, ripristinandone la funzionalità; assistenza, intesa come capacità di alleviare il dolore, di confortare, di essere vicini al malato come persona. Il risultato è che il medico forse, oggi, cura meglio la malattia ma meno l'uomo, inteso nella sua globalità e unicità. Per molti di noi il problema si pone solo quando scopriamo di avere bisogno, per noi o per un nostro familiare, di professionisti esperti, qualificati e disponibili alla comprensione anche della nostra vulnerabilità, nel contesto di strutture sanitarie, a volte intrise di contraddizioni. Un'assistenza umanizzata nei reparti ospedalieri e nel territorio; è in questo contesto che si dovrebbero ricercare la qualità dei risultati delle prestazioni sanitarie, l'etica e la qualità professionale del personale sanitario. Il paziente, al momento del ricovero in ospedale, si trova in una condizione di particolare fragilità psicologica. L'ospedalizzazione, infatti, oltre a comportare paure e aspettative legate agli stati della malattia e della guarigione è, di per sé, un evento particolarmente stressante. La perdita dei ritmi normali

di vita, del controllo su sé stessi, della privacy e della familiarità con l'ambiente, lo scontro con l'organizzazione e le procedure ospedaliere, a volte i difficili rapporti con il personale medico, generano nel paziente dei processi di desocializzazione e di spersonalizzazione che lo portano ad una condizione di passività nei confronti della malattia e dell'ambiente che lo ospita. Una condizione ugualmente stressante, anche se vissuta in modo differente, è quella del personale ospedaliero. Orari, ritmi, burocrazia, situazioni gravi e delicate, affrontate quotidianamente, provocano spesso l'insorgenza di manifestazioni ansigene e stressanti. Se i pazienti e il personale sanitario subiscono in ospedale una condizione stressante dal punto di vista psicologico, è importante chiedersi quale possa essere il ruolo che, in questa situazione, giochino le strutture fisiche. Non c'è dubbio: le strutture e gli spazi possono influire positivamente sulle difficoltà evidenziate e, in particolare, sui rapporti tra gli operatori sanitari e i pazienti. Lo spazio architettonico è certamente capace, in quanto teatro di azioni umane, d'intervenire nei processi di trasformazione dei comportamenti, rendendoli più rapidi e, forse, anche più facili e più efficaci. Viene a proposito ampiamente e brillantemente descritto, all'interno della dispensa del corso di Laurea in Disegno Industriale della Facoltà di Architettura del Politecnico di Milano, redatta dall'architetto milanese Stefano Menotti Colucci, consultabile sul sito internet all'indirizzo http://www.coluccidesign.com/PUBBL_FRAME.htm. Dall'analisi della letteratura, in tema di convergenza tra architettura e psicologia degli spazi, emerge chiaramente una stretta relazione tra la persona e lo spazio che la ospita. Azioni, attività e comunicazione umana, non sono scindibili dal contesto spaziale, nel quale hanno luogo. In altre parole, queste dimensioni emotive e psicologiche vengono influenzate da spazi e componenti fisiche, che contribuiscono a determinarne le loro qualità, che possono risultare positive o negative, a seconda delle caratteristiche dello spazio stesso. Ad esempio, uno spazio progettato male è di ostacolo alle relazioni umane e comporta un processo di comunicazione negativo, che contribuisce a una percezione scadente della qualità delle presta-

zioni, con ripercussioni negative anche a livello organizzativo e gestionale. A livello intuitivo, l'ambiente appare in grado di comunicare dei messaggi a chi vi soggiorna che sono immediatamente recepibili, ma, allo stesso tempo, non facilmente schematizzabili e razionalizzabili. Lo spazio architettonico può, in questo modo, generare sensazioni di benessere o disagio, essere stimolante, formativo o profondamente deprimente e inquietante. Può trasmettere messaggi di autostima, sicurezza, assicurazione, intervenendo come catalizzatore delle dinamiche personali, relazionali e sociali. Questo è particolarmente vero per quanto riguarda l'ambiente ospedaliero: spazio sicuramente ricco d'implicazioni umane. Ci si accorge, così, che forse potrebbero essere almeno contenuti quei problemi di carattere psicologico, organizzativo e gestionale, che, spesso, sono causa di un profondo malessere. In particolare ci si riferisce alla necessità di dotare lo spazio di determinati fattori ambientali e funzionali, di comfort e di accoglienza, che finiscono per condizionare la vita giornaliera e gli stati d'animo degli utenti e degli operatori. Se la funzione prioritaria dell'ambiente ospedaliero è quella della cura e della riabilitazione della persona nel suo complesso inscindibile di mente e corpo, il suo spazio deve rispondere anche a questa esigenza terapeutica e di benessere psicorelazionale. La logica della prevenzione, che ha modificato il comportamento umano nei confronti della malattia, implica la ricerca di uno spazio terapeutico che contribuisca al mantenimento di una condizione di salute ottimale, non più solo fisica ma anche psicologica. Nella condizione specifica della realtà ospedaliera, l'aver pensato lo spazio come terapeutico, solo ed esclusivamente nell'accezione "strumentale", ne ha acuito l'esigenza di umanizzazione. Uno spazio così concepito è stato profondamente influenzato dallo sviluppo, senza precedenti, della moderna medicina tecnologica. Questo spazio, teso a soddisfare quasi esclusivamente le esigenze dimensionali, funzionali e igieniche, ha purtroppo trascurato una cultura dello spazio capace, invece, di cogliere le importanti relazioni e i processi interattivi che si stabiliscono tra le persone, le attività e le attrezzature. In questo modo sono stati trascurati tutti

quei fattori immateriali e intangibili, non facilmente schematizzabili, ma fondamentali nel conferire allo spazio una valenza terapeutica: l'atmosfera e le sensazioni provocate dallo spazio, i comportamenti e le aspettative di coloro che vi operano e di coloro che ne usufruiscono. L'umanizzazione dell'ambiente ospedaliero dovrebbe concretizzarsi, in particolare, nel progetto dello spazio interno attribuendogli un nuovo ruolo, più importante e determinante, anche ai fini della cura. In altre parole, lo spazio da oggetto neutro, passivo, legato alla sola logica funzionale e tecnica, che inevitabilmente comporta una fredda razionalità, diviene soggetto attivo, vitale e coinvolgente, stimolante e mutevole, capace di adattarsi anche alle esigenze personali di chi lo vive, conferendo rassicurazione, fiducia e serenità. Nella realtà appare evidente come gli atri, gli ingressi, le zone di sosta e di attesa, le aree ricreative e culturali della maggior parte degli ospedali siano scarsamente valorizzate, contribuendo a diminuire notevolmente il livello di qualità ambientale. In realtà sono percorsi carichi di significato, legati ad emozioni e aspettative, testimoni di una fitta rete di scambi e di relazioni tra pazienti, cure e personale sanitario. Affinché si possa parlare di un vero aumento del livello di qualità ambientale, occorre prestare attenzione anche ad arredi e finiture, fino alla definizione di tutte le componenti di ambientazione interna, come la scelta dei colori e dei materiali, il tipo d'illuminazione e l'uso di particolari forme di arredo come il verde e l'arte. Spesso non esiste un progetto complessivo relativo all'ambiente ospedaliero interno, che risulta spesso composto da un insieme d'interventi diversi, frammentati e, comunque, scoordinati rispetto al progetto generale. L'ambiente interno si configura, così, come uno spazio qualunque, variamente suddiviso, senza carattere, senza qualità, "senz'anima". Si determina così una forma di alienazione e astrazione della struttura ospedaliera rispetto alla realtà d'uso che ne verrà fatta nel tempo. Se risulta fondamentale il senso di accoglienza che lo spazio è in grado di esercitare sulla persona, lo stesso discorso deve essere fatto per il concetto di orientamento. Orientarsi in un dato luogo, significa prendere consapevolezza di sé e dello

spazio circostante. La forma di orientamento più efficace è quella spontanea, generata dalla struttura in sé stessa, dalla forma espressiva dei volumi e dagli altri elementi di riferimento: arredi, colori, materiali, "viste" e illuminazione. L'orientamento può essere favorito tramite l'uso di un appropriato sistema segnaletico. Se si fa riferimento alla grande quantità di ospedali, caratterizzati da spazi anonimi, uniformi, si comprendono le difficoltà che, a livello orientativo, uno spazio così pensato può provocare negli utenti e negli operatori. La mancanza di riferimenti chiari viene interpretata dall'utente come scarsa considerazione nei suoi riguardi. Si sente abbandonato a sé stesso, in un ambiente che lo rende estraneo e che percepisce come territorio straniero. Senza una guida, non può far altro che chiedere indicazioni a chiunque indossi un camice bianco, senza peraltro ottenere, spesso, informazioni precise. Le caratteristiche di accogliimento e di orientamento dello spazio facilitano, dunque, l'integrazione della persona nell'ambiente ospedaliero. Integrazione che dipende dalla possibilità che la persona si possa relazionare nei confronti dell'ambiente con un processo attivo, cognitivo ed affettivo. Il raggiungimento di questo obiettivo dovrebbe essere prioritario, in un ambiente in cui i contenuti di malattia e di sofferenza tendono a generare, sotto varie forme, "estraniamenti" e "scissioni" negli utenti e, a volte, anche negli operatori. Al fine di consentire alla persona di riconoscersi e di riappropriarsi dello spazio, occorre che la struttura sia riconoscibile e differenziata, attraverso la caratterizzazione degli spazi che rivestono un ruolo chiave dal punto di vista funzionale, distributivo e simbolico: l'atrio d'ingresso, le aree di sosta e attesa, gli spazi ricreativi e culturali, i percorsi. L'idea è quella di uno spazio mutevole, capace di adattarsi alle esigenze psicologiche della persona nei vari luoghi dell'ospedale, rendendo in questo modo graduale l'impatto, sempre traumatizzante, con la struttura. Gli spazi dell'ospedale, definiti "pubblici" come l'atrio d'ingresso, la reception, le zone di sosta e le aree ricreative e culturali, con cui la persona stabilisce un primo rapporto, dovrebbero garantire, attraverso le dimensioni, i materiali, i colori, le immagini,

gli arredi e l'illuminazione, una sorta di continuità con gli spazi simili esterni all'ospedale, già conosciuti e frequentati dalla persona. Allo stesso modo, gli spazi che fanno riferimento alla sfera privata, come la stanza di degenza per il paziente e gli ambienti destinati al personale, dovrebbero esprimere la medesima continuità con ambienti privati, come quello domestico. Vi sono poi altri spazi, come l'accettazione, le zone di attesa per gli ambulatori, le aree antistanti la stanza di degenza, che non essendo di completo dominio pubblico, si collocano in una sfera "semi-privata". In questo caso, è importante che il progetto dello spazio sappia cogliere il giusto rapporto tra i due estremi. Uno spazio pensato così può essere in grado di attenuare a livello percettivo il distacco che la persona sente comunque, nel passaggio tra vita privata e pubblica, tra la realtà esterna e quella all'interno dell'ospedale. La reception costituisce il primo punto di riferimento per chi entra in ospedale. La sua funzione dovrebbe essere quella di accogliere e assicurare la persona, fornendogli tutte le indicazioni e i suggerimenti utili. Essendo collocata in un'area antistante la porta d'ingresso, la sua posizione dovrebbe essere particolarmente visibile, dovrebbe porsi sull'asse visivo di chi entra e caratterizzarsi per particolari forme, immagini, colori, materiali e illuminazione. L'appropriato utilizzo di questi elementi progettuali può contribuire a definire questo spazio come un elemento specifico dell'atrio. L'area della reception non costituisce solo il primo punto di riferimento per il paziente e il visitatore, ma anche un importante snodo di smistamento. A tal fine sarebbe auspicabile che dalla sua posizione possano essere individuabili gli accessi ai percorsi principali, rendendo in questo modo facilitata anche la funzione di controllo da parte del personale. I requisiti di maggiore importanza dell'area reception e informazioni sono la collocazione strategica rispetto agli ingressi e ai percorsi principali, l'immediata individuazione attraverso delle forme particolari, la segnaletica, l'eliminazione delle barriere fisiche e visive. A questo scopo sarebbe necessario l'uso di sedute confortevoli e di materiali che non provochino sensazioni di distacco e freddezza. Un ruolo, altrettanto importante, viene

svolto dalle immagini, dalle luci, colori e odori che possono contribuire a comunicare calore e accoglienza all'ambiente o, il suo contrario. Si attende il permesso di entrare o l'orario di visita, l'assegnazione ad un reparto, l'arrivo di qualcuno, il turno per l'esecuzione degli esami diagnostici. Gli spazi, destinati a svolgere tale funzione, acquistano il carattere di sosta e di attesa. Gli spazi di sosta sono quelli collocati nelle immediate vicinanze della porta d'ingresso, della reception, delle aree destinate ad attività ricreative e culturali e in prossimità di snodi, cambi di direzione e degli ascensori. La persona, che abitualmente usufruisce dell'area di sosta, è l'accompagnatore o il visitatore esterno. Il progetto di questo spazio svolge anche una funzione di rappresentanza e, dovrebbe, rispondere a requisiti di accoglienza, comfort e relax. Sarebbe importante che queste aree mantenessero una continuità visiva con i percorsi e gli accessi principali, e dovrebbero essere localizzate, preferibilmente, in corrispondenza di aree verdi o di giardini attrezzati, favorendo in questo modo la distrazione, intesa come momento di un piacevole allontanamento dei pensieri dalla realtà e di una sensazione di continuità con il mondo lasciato all'esterno; gli arredi dovrebbero essere confortevoli; dovrebbero esservi immagini fotografiche, pittoriche, distensive e rassicuranti, disposte in modo da facilitare la comunicazione e da separare le zone di sosta dal flusso dei percorsi, consentendo comunque di mantenere un contatto visivo con questi ultimi. Gli spazi di attesa fanno invece riferimento a quelle aree che sono di supporto alle attività e che coinvolgono il paziente, quali l'accettazione, gli ambulatori e la degenza. Nella maggior parte dei casi sono considerati e vissuti come un parcheggio, nel quale viene relegato il paziente e l'accompagnatore. In fase progettuale vengono quasi sempre sottostimate le problematiche di carattere psicologico e percettivo: il risultato è uno spazio indifferenziato, monotono e poco significativo che finisce per essere disagiata e poco funzionale. Occorrerebbe, invece, tenere presente che l'attesa è un momento difficile per le persone, carico di significati ansiogeni e di emotività. Questo spazio dovrebbe essere caldo e accogliente, capace di rispettare la privacy e di tra-

smettere comfort, sicurezza e fiducia al paziente, attenuandone la noia dell'attesa e l'ansia per il ricovero. Arredi, colori, immagini, luci, materiali, come ad esempio il legno, che ha spiccate caratteristiche di permeabilità alla luce e altri elementi di ambientazione interna, dovrebbero avere caratteristiche tattili e visive tali da favorire il contatto corporeo e il relax della persona. Lo spazio di attesa si caratterizzerebbe così come un luogo semi privato, in grado di mediare dal punto di vista percettivo tra la realtà pubblica dell'ambiente ospedaliero e quella privata dell'ambiente domestico. L'idea che l'ospedale possa fornire un servizio diverso da quello tradizionale di cura, si è già affermata da qualche anno in Italia, anche se solo in alcune realtà. Il concetto è di far sembrare l'ospedale come una piccola città e la zona d'ingresso come se fosse la piazza del mercato, il punto d'incontro di una vivace comunità. La presenza di aree ricreative per gli utenti come bar, ristoranti, edicole, farmacie, negozi vari, banche, sportelli postali, guardaroba, telefoni, oltre a garantire una certa continuità con il mondo esterno, rappresentano anche un indicatore del livello di qualità del servizio complessivo offerto dalla struttura. Infatti, se l'alto livello tecnologico degli spazi tradizionali per la terapia diffonde nel paziente una forma di sudditanza psicologica, per via della quale egli si affida totalmente alla struttura senza alcuna osservazione critica, è proprio tramite la fruizione di questi spazi ricreativi che gli utenti percepiscono il livello della qualità del servizio. I destinatari di queste aree sono i pazienti, gli operatori, gli studenti ed i visitatori, anche se i tempi e i modi di fruizione sono differenti. In fase di progetto queste aree dovrebbero essere integrate in un'area ampia, che risulti centrale rispetto all'organizzazione planimetrica dell'edificio. Per motivi di facilità di accesso e fruibilità dello spazio, sarebbe opportuno che fossero collocate nelle immediate vicinanze dell'atrio d'ingresso divenendo, se il progetto lo consente, parte integrante dell'atrio stesso. Arredi, luci, colori, immagini e materiali devono evidenziare le valenze sociali di relazione e di distrazione di questi spazi che, per certi versi, richiamano la vita sociale della città. In questo modo le aree ricreative contribuiscono ad ac-

celerare l'adattamento del paziente all'ambiente ospedaliero. Accanto ai servizi ricreativi, è ormai necessaria la presenza di spazi per l'attività culturale, come quelli destinati alla biblioteca, alla sala convegni, alla sala di esposizione, cinematografica e radiotelevisiva. Queste aree consentono, sia al paziente che al personale ospedaliero, di rompere la monotonia della vita ospedaliera, attraverso momenti di svago e di relax che il paziente può sfruttare anche in funzione dell'attività lavorativa, necessariamente interrotta. Il percorso di avvicinamento del paziente ad un ospedale costituisce sempre un momento psicologico delicato, il più delle volte caratterizzato da forti componenti d'ansia e di preoccupazione. A questo proposito, risulta particolarmente importante la localizzazione della struttura ospedaliera e la facilità delle comunicazioni con la città ed il territorio. Questo non interessa solo gli utenti, ma anche gli operatori sanitari che, quotidianamente, si recano al lavoro in ospedale. Deve essere curato l'aspetto esteriore dell'edificio, in quanto non va mai sottovalutata l'importanza che determinati fattori estetici esercitano sulle persone. Dovrebbero essere realizzati dei giardini, piccoli laghetti con piante acquatiche e pesci: gli spazi verdi assumono, infatti, particolarmente negli ospedali a sviluppo verticale, un ruolo importante nel conferire una dimensione umana all'impatto sulle persone della struttura esterna dell'ospedale. L'individuazione dell'accesso principale all'edificio costituisce uno dei classici problemi di orientamento dell'utente che si appresta a varcare la soglia dell'ospedale. Per questo motivo occorre che, dal momento in cui si entra nell'area di pertinenza dell'edificio, l'ingresso alla struttura sia facilmente riconoscibile attraverso l'uso di colori, particolarmente vivaci, di materiali diversi, di particolari strutture, quale potrebbe essere una tensostruttura di tipo velico. L'ingresso principale dovrebbe essere, inoltre, fortemente differenziato da quello destinato al Pronto Soccorso. La porta d'ingresso, oltre a svolgere un ruolo funzionale, assume anche un ruolo di accoglienza. In architettura, la soglia è l'elemento che separa, materialmente e simbolicamente, lo spazio interno dallo spazio esterno. Oltrepassare la soglia allude ad un fine e ad un principio. Chi viene invitato all'in-

terno fa parte di una nuova comunità, non è più nemico né estraneo, viene informato sugli usi e costumi dell'interno in modo che possa muoversi liberamente. In quanto elemento che viene oltrepassato quotidianamente, può essere, per chi vi "abita", simbolo delle consuetudini e dei legami affettivi. Era un'usanza antica porre sulla soglia sculture e altri elementi di decorazione che richiamavano il significato del passaggio e dell'accoglienza. In questo modo venivano poste le premesse per il superamento della paura dovuta al non conosciuto. Questo a sottolineare, ancora una volta, l'influenza positiva che determinati fattori estetici hanno sulla condizione psicologica del paziente, migliorandone lo stato d'animo. La funzione di accoglienza della porta d'ingresso non si limita solo al primo contatto visivo che stabilisce con la persona che si affaccia all'ingresso, ma si protrae anche all'interno e assume il carattere di luogo-soglia, che si estende in un'area ben più ampia e che comprende l'intero atrio d'ingresso. Sarà in questo modo l'atrio ad assolvere, in ospedale, la funzione di passaggio dal fuori al dentro, e a introdurre chi entra, alla vita e alle regole della struttura ospedaliera. L'atrio d'ingresso deve prendersi cura delle persone, facilitandole negli spostamenti e nella soddisfazione delle esigenze che la situazione può richiedere. Essendo l'atrio d'ingresso il luogo dell'impatto iniziale, per rendere più breve possibile il tempo di adattamento del paziente esso deve svolgere la funzione di filtro, conservando in questo modo gli elementi della realtà esterna e nel contempo essere introduttivo e preparatorio, alla nuova realtà interna. Tipologie architettoniche, quali corti interne arredate a verde, grandi spazi coperti con carattere di piazza, inducono una sensazione di continuità e d'integrazione tra l'interno e l'esterno. Continuità che può essere suggerita anche attraverso l'uso di materiali e di elementi di arredo. Inoltre, negli spazi non strettamente legati alla terapia, arredi, materiali e colori devono rimandare non un'idea asettica e anonima, ma fare riferimento alla ricchezza di sensazioni della vita quotidiana e offrirsi come elementi che possono accentuare il carattere sensoriale e rassicurante della comunicazione. Una volta che la struttura fisica ed organizzativa soddisfa le esigen-

ze di accoglienza nei confronti di utenti e operatori che ne entrano in contatto, il rapporto, che si stabilisce tra lo spazio e la persona, si articola in una fase di conoscenza della struttura sanitaria, in cui vengono registrate, in una sorta di mappa mentale, tutte quelle informazioni che consentono alla persona di orientarsi nel luogo di cura. Questa fase, oltre ad essere ostacolata dalla grandezza e complessità delle odierne strutture ospedaliere, viene ulteriormente aggravata dalla scarsa attenzione progettuale, che spesso coinvolge gli infiniti percorsi orizzontali e verticali presenti in ospedale. Il corridoio è pensato e progettato, nella maggior parte dei casi, come un tipico spazio di supporto, nel senso più letterario del termine, in quanto la sua funzione fondamentale è la transitorietà e non trova senso per sé stesso, ma solo in rapporto agli spazi che esso mette in relazione. Il significato etimologico del termine corridoio deriva da *correre*. Anticamente rappresentava il collegamento tra le torri delle fortificazioni che i soldati, in stato di assedio, potevano utilizzare per spostarsi velocemente da una posizione all'altra. Questo riferimento storico, in un certo senso, ci proietta nell'attuale realtà ospedaliera. I corridoi moderni, infatti, rischiano di evocare la stessa sensazione di inquietudine e pericolo dello stato di assedio. Il loro andamento uniforme, neutro e, a volte, sotterraneo, aggiunge, alla sensazione dell'inutilità del tempo impiegato, quella dell'isolamento e del rifiuto. In questo modo, accade, paradossalmente, che il percorso all'interno dell'edificio si trasformi in una esperienza di non conoscenza e d'inaccessibilità nel labirinto dello spazio. L'intervento progettuale, in questo caso, deve essere inteso sia in termini di razionalità e funzionalità del percorso, che in termini estetici e d'immagine, d'accoglienza e di comfort. La chiarezza dei percorsi, e la facile leggibilità della struttura, potranno essere assai efficaci adottando sistemi molto semplici di segnalazione e d'informazione. Questi elementi risulteranno particolarmente efficaci anche nel caso di collegamenti verticali come scale e ascensori, permettendo un'immediata riconoscibilità dell'area ad essi destinata. Per quel che riguarda l'introduzione di fattori estetici e di comfort, è importante che l'uso dei materiali, dei

colori, della luce, delle immagini e di altri elementi di ambientazione interna, non risponda esclusivamente ad esigenze funzionali, ma sia allo stesso tempo in grado di trasmettere alla persona un certo grado di benessere visivo e sensoriale. In questo modo il colore, oltre ad avere la funzione segnaletica, può assumere un importante elemento di decorazione. I materiali degli arredi, come il legno, e di rivestimento di pareti, pavimenti ed infissi, pur garantendo igiene e sicurezza, possono contribuire a conferire allo spazio circostante una calda e piacevole atmosfera. I diffusori di luce artificiale, posizionati in modo da trasmettere un'illuminazione riflessa e capaci di conferire un buon indice di resa cromatica, sono in grado di far apparire lo spazio come accogliente ed elegante, oltre naturalmente, a permettere il regolare svolgimento delle attività degli operatori anche nelle ore notturne. Altri elementi come piante e viste esterne non possono che incrementare il livello di qualità dell'ambiente, così come immagini a contenuto rassicurante e distensivo sulle pareti. Immagini che in alcuni punti potrebbero essere dinamiche con l'utilizzo di schermi ad alta risoluzione. L'eccessiva uniformità e monotonia dei lunghi percorsi ospedalieri può essere attenuata anche attraverso la progettazione di elementi che movimentino e interrompano il percorso, stimolando, in questo modo, l'attenzione e la percezione visiva. I percorsi, oltre ad essere identificati come spazi di direzionalità e di smistamento, possono assumere valenze diverse, trasformandosi da luoghi di non conoscenza a luoghi di relazione e di comunicazione, più integrati con le attività, più significativi e funzionali per le persone che li percorrono. La segnaletica costituisce l'elemento che integra e completa il messaggio architettonico: in presenza di un segno architettonico forte, con volumi differenziati e dove è leggibile la destinazione d'uso, la segnaletica ha il valore di confermare le "intuizioni" sulle direzioni che la morfologia dell'edificio suggerisce. Dove l'architettura è meno significativa, e gli spazi più indifferenziati, la segnaletica

risulta ancora più determinante, in quanto deve sopperire all'assenza di altri messaggi volumetrici e spaziali. In ogni caso, perché la segnaletica sia davvero efficace, è necessario che sia integrata al progetto architettonico, e non semplicemente sovrapposta in seguito. Il fattore determinante non è la qualità dell'informazione fornita, ma la qualità del segnale stesso. La segnaletica esterna deve guidare con sicurezza ai parcheggi e ai diversi ingressi dell'edificio, in modo tale da non accrescere lo stato d'ansia degli utenti. A partire dall'esterno deve avere un carattere di guida sicura che non ingeneri dubbi sulle direzioni e gli ambienti da raggiungere. Un sistema di segnaletica, molto curato graficamente e sempre presente nei punti chiave, è uno degli strumenti attraverso i quali la struttura ospedaliera comunica la sua accessibilità e la sua disponibilità ad accogliere. Rappresenta un elemento imprescindibile per l'umanizzazione degli spazi ospedalieri e un indicatore della qualità organizzativa e gestionale del management. Le planimetrie generali poste all'ingresso dell'edificio sono uno dei primi segni di volontà di comunicazione e di orientamento all'utente fornite dalle direzioni aziendali. La stessa collocazione della segnaletica va fatta in accordo con il progetto, in modo tale che risulti evidente, già intuitivamente, dove rintracciarla. La gerarchia delle informazioni, che la segnaletica fornisce, può essere evidenziata attraverso la dimensione delle scritte, il colore e la grafica. La leggibilità deve essere garantita anche a distanza e bisogna evitare ogni forma di fraintendimento, soprattutto per le informazioni di dettaglio, che consentono di raggiungere il proprio obiettivo finale: perché, alla fine del percorso, l'ansia può essere particolarmente elevata e disturbare la comprensione del messaggio. Recenti studi hanno stabilito che l'altezza corretta per il maggior numero di utenti della segnaletica è di 130 cm; la grandezza dei caratteri dovrebbe essere in funzione della distanza: a 5 metri le lettere dovrebbero essere di almeno 8 centimetri, a 3 metri di 5 e a 2 metri di 3 centimetri.

FEDER.S.P.E.V.

Pensionati Sanitari

Dà Valore alla tua Pensione. Sede Bologna: 051 6145365

Il difficile bilanciamento fra tutela della concorrenza e tutela della salute nel recente parere antitrust

Andrea Dugato

Con un recente e discusso parere del 21 aprile 2009, l'Autorità Garante della concorrenza e del mercato si è espressa in sede consultiva sulle modalità di individuazione del numero chiuso per l'accesso ai corsi di laurea in odontoiatria, rilevando la necessità di salvaguardare il corretto dispiegarsi della concorrenza fra gli operatori nonché l'implicita libertà di accesso alla professione e al mercato.

La critica prende spunto dalla normativa sulla determinazione del numero dei posti universitari, resi disponibili, ai sensi dell'art. 3 della legge n. 264 del 1999, attraverso rilevazioni ministeriali sulla base di una valutazione dell'offerta potenziale del sistema universitario. Offerta, questa, che tiene conto del fabbisogno di professionalità del sistema sociale e produttivo, come previsto dal d.lg. n. 502/1992, che vede coinvolti in un Tavolo Tecnico anche i rappresentanti degli ordini e dei collegi professionali al fine di formulare un'ipotesi unica circa il numero dei "riuniti".

L'Autorità osserva come, nell'ambito di questa procedura, la determinazione del numero annuale dei posti disponibili non si fonda tanto su considerazioni volte a garantire un'adeguata formazione universitaria ma piuttosto su valutazioni attinenti al fabbisogno occupazionale nel sistema sanitario nazionale, restringendo in maniera ingiustificata l'accesso alla professione e violando il principio della tutela del diritto allo studio. Pone quindi un'aspra critica ai caratteristici criteri del numero chiuso nei corsi di laurea con un attacco diretto alla rappresentanza istituzionale degli odontoiatri.

Alla luce di queste considerazioni è giusto ricordare che l'accesso al corso di laurea è, in realtà, l'unico momento selettivo nell'ambito della professione odontoiatrica, essendo ormai divenuto inutile e anacronistico l'esame di abilitazione *post lauream*. Dunque, il criterio giudicato troppo restrittivo dall'Authority fa riferimento agli aspet-

ti formativi e non al fabbisogno occupazionale comunemente accettato come principale parametro di riferimento al numero chiuso.

Si deve anche aggiungere che con legge n. 47 del 1984 è stata sancita l'obbligatorietà del tirocinio pratico per gli studenti di odontoiatria direttamente sui pazienti, con la logica conseguenza che il reale svolgimento del tirocinio nelle discipline professionalizzanti da parte degli studenti viene considerato il metodo più specificatamente riferibile alla qualità della formazione. È infatti indubbio che fra i compiti delle università pubbliche rientri anche l'individuazione degli strumenti operativi volti a garantire agli studenti un certo *standard* di preparazione teorico pratica che implica e presuppone che tra la disponibilità di strutture ed il numero chiuso di studenti vi sia un rapporto di congruità, in relazione alle specifiche modalità di apprendimento.

Non si può negare che l'Autorità Garante finisca inevitabilmente col porre limitazioni al processo decisionale dell'Ordine e della Federazione, incolpandoli velatamente di interessi corporativi della categoria a tutto discapito dell'interesse superiore della collettività.

Vediamo perché così non è.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 383 del 1998, proprio in relazione alla questione di legittimità costituzionale sollevata in merito alla discrezionalità del Ministero dell'Università e della Ricerca di determinare la limitazione degli accessi alle scuole di specializzazione e ai corsi universitari, ha riconosciuto la necessità di leggi dello Stato quali limiti dell'autonomia ordinamentale universitaria, sia per quanto concerne gli aspetti organizzativi, sia per quanto riguarda l'aspetto funzionale che coinvolge i diritti di accesso alle prestazioni.

Sul punto è giusto ricordare che gli Ordini professionali sono enti pubblici non economici, e come tali, ausiliari della pubblica amministrazione, il cui compito è, innanzitutto, tutelare la

corretta applicazione dell'art. 32 della Costituzione in base al quale la tutela della salute è considerata diritto fondamentale dell'individuo.

Posto che nel campo delle professioni sanitarie la qualità dell'atto medico deve essere tutelata e promossa quale elemento indispensabile a garanzia della tutela della salute e della difesa dei cittadini, non è certamente condivisibile la valutazione dell'Antitrust volta a inquadrare le professioni intellettuali, come quella medica e odontoiatrica, come mera attività a carattere imprenditoriale con conseguente tutela del libero mercato rispetto alla tutela dell'alto livello quali-

tativo delle prestazioni sanitarie. Tutela che, dall'art. 32 della Costituzione, trova un esclusivo ruolo proprio nell'Ordine e nella Federazione degli odontoiatri e che può essere garantita soltanto attraverso un'attenta valutazione sull'accesso agli studi universitari quale presupposto di un alto livello della preparazione dei nuovi odontoiatri.

L'affermazione che rende il Garante della concorrenza è l'ultima tappa di un percorso pericoloso: quello che riduce la professione medica ad un'attività economica, disconoscendone le peculiarità che le sono invece riconosciute in ogni realtà nazionale.

Muovi la salute

Gerardo Astorino - Luigi Bagnoli

Cari Colleghi,
lo scopo della nostra professione è mantenere in salute tutti i nostri pazienti.

Normalmente lo facciamo prescrivendo farmaci e magari uno stile di vita sano.

Questa volta l'Ordine ti propone due occasioni diverse ed originali.

Ti invitiamo a partecipare a "Muovi la Salute" correndo o camminando assieme a noi per le vie di Bologna. Questo è il nuovo evento che la Run Tune Up, la mezza maratona di Bologna, con la partecipazione dell'Ordine organizzatosi per promuovere l'attività fisica.

Non devi essere un maratoneta, basta che tu sia disposto a camminare con noi.

È un'occasione allegra e scanzonata per ritro-

varci tra medici convinti che un po' di moto fa bene.

Ti chiediamo di dare l'esempio... Anche correndo sarai riconoscibile come medico...

Il percorso riservato ai soli medici è di 8 Km per le vie del centro di Bologna. Raduno ai Giardini Margherita alle ore 9 domenica 6 settembre e partenza subito dopo a Run Tune Up. Iscrizioni nel sito www.runetuneup.it "Muovi la salute" presso la Segreteria dell'Ordine dei Medici, ai Giardini Margherita il 5 e 6 settembre anche subito prima della corsa dove potrete la maglietta di "Muovi la Salute".

Altra occasione di interesse per i medici che prescrivono attività e svolgono attività sportiva è il convegno.



Presentazione dell'associazione: Non perdiamo la testa

24 settembre 2009 - Teatro Alemanni Via Mazzini 65 - Bologna

Giovedì 24 settembre 2009, alle ore 16.30, presso il Teatro Alemanni, verrà presentata l'associazione non profit "NON PERDIAMO LA TESTA".

Cosa propone questa Associazione?

Essa ha due principali aree d'interesse e di azione:

1) il mantenimento o il ripristino dell'equilibrio psicologico e cognitivo con particolare riguardo all'età adulto-anziana

2) il miglioramento della qualità di vita delle persone portatrici di deterioramento mentale e dei loro famigliari.

Perché, vi chiederete, creare una nuova Associazione?

- Per dare una risposta a quelle persone, sempre più numerose, che vogliono contrastare e rallentare l'invecchiamento cerebrale o riacquistare l'equilibrio psicologico alterato da eventi critici.

- Per rispondere a chi desidera appoggiarsi ad un'organizzazione che, in maniera continuativa, lo sostenga e lo incoraggi in un percorso di crescita individuale e collettiva.

- Per venire incontro a chi cerca un ambiente familiare dove portare i propri congiunti affetti da demenza e, nel contempo, dove trovare un gruppo di informazione e sostegno.

- Per dare voce a chi ha voglia di proporre progetti inerenti alle finalità dell'Associazione da realizzare con il contributo degli altri associati.

L'Associazione in pratica propone:

LA PALESTRA DELLA MENTE: corsi di ginnastica mentale per ogni età.

Questo progetto è nato dalla considerazione che molte persone non si sentono a proprio agio nel porsi, in solitudine, davanti ad esercizi di allenamento mentale incalzanti e talora frustranti. Altre persone che hanno già frequentato corsi di base di ginnastica mentale, desidererebbero proseguire, nel tempo, con successivi gruppi di livello avanzato.

I nostri corsi consistono nell'allenare quei meccanismi naturali attraverso i quali funziona "normalmente" il cervello umano, e, nel contempo nell'incoraggiare i corsisti a "non perdere la testa", cioè a non lasciarsi prendere dall'an-

sia e dallo sconcerto davanti alle defaiances cui possono andare incontro nella quotidianità.

Il secondo filone d'interesse dell'Associazione è il COUNSELING.

Il Counseling è diventato un'opportunità preziosa in tutte le situazioni di depressione reattiva a fatti negativi e/o dolorosi della vita.

È noto che il counselor è colui che si occupa di portare gli individui a trovare in sé stessi le risorse per superare momenti particolarmente stressanti.

L'iniziativa "CON TE" nasce, infatti, per aiutare chi si trova in un periodo critico ad esempio per problemi di salute, per una separazione...

"LE PAROLE DEL DOPO": è, invece, lo spazio di counseling per chi soffre della perdita di una persona cara.

Il terzo ambito d'interesse dell'Associazione è rivolto da chi soffre di demenza ed ai suoi famigliari

L'iniziativa che se ne occupa è "UN INVITO FUORI CASA".

Essa è nata nel 2001, con il patrocinio del Quartiere San Vitale per offrire un ambiente familiare e protetto dove "fossero invitate" persone affette da demenza insieme ai loro famigliari con lo scopo di migliorare la convivenza tra di essi.

L'iniziativa è entrata a far parte del progetto "TENIAMOCI PER MANO" realizzato dall'A.S.P. Poveri e Vergognosi e dal Quartiere S. Vitale.

Come è strutturata? In incontri di stimolazione cognitiva, socializzazione, attività ricreative per le persone anziane con deterioramento mentale. Parallelamente c'è un gruppo di informazione, formazione e sostegno per chi si occupa di loro.

Cari Colleghi, spero di avervi incuriosito, vi aspetto il 24 settembre alle 16,30 presso il Teatro Alemanni, avremo modo di parlare insieme per approfondire gli aspetti dell'associazione che più vi interessano.

Monica Bacci

Presidente dell'associazione NON PERDIAMO LA TESTA

Le attività della Commissione Albo Odontoiatri di Bologna

La Commissione Albo Odontoiatri dell'OMCeO di Bologna

L'attività della Commissione Albo Odontoiatri nel mese di luglio si è caratterizzata per l'audizione di due colleghi segnalati dai NAS per sospetto di favoreggiamento dell'esercizio abusivo della professione. Nel mese di settembre le audizioni verranno analizzate al fine di aprire un eventuale procedimento disciplinare nei loro confronti.

La commissione ECM ha avuto ripetuti Contatti con il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche dell'Università di Bologna, al fine di realizzare una collaborazione sempre più stretta fra realtà Istituzionali della nostra Città. Istituzioni che perseguono obiettivi comuni, vale a dire, quello di promuovere professionalità e cultura fra i dentisti, per la tutela della salute dei Cittadini.

La CAO vorrebbe organizzare, in tempi brevi, una serata culturale per la raccolta di fondi da devolvere a sostegno dei colleghi d'Abruzzo colpiti dal sisma.

Nell'ambito della lotta al CA orale la CAO Nazionale ha istituito un osservatorio ordinistico ed ha nominato il Presidente CAO di Bologna come coordinatore del progetto per la Regione Emilia Romagna. L'obiettivo della Federazione sarebbe quello di organizzare degli incontri formativi per dentisti e medici di base al fine di creare una "rete di dentisti sentinella" per poter arrivare ad una diagnosi estremamente precoce di CA orale. Nel contesto di questa iniziativa sono stati individuati, regione per regione, dei centri d'eccellenza che collaborano con tale progetto. Per la provincia di Bologna i referenti sono i seguenti:

Per la diagnosi:

Prof. Lucio Montebugnoli - Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche
Via S. Vitale 59 - 40125 Bologna - Tel. 051 278023 - Fax 051 225208

Per la terapia:

Dott. Roberto Cocchi - Ospedale Bellaria
Reperto di Chirurgia Maxillo-Facciale - Via Altura, 3 - 40139 Bologna
Tel. Segreteria: 051 6225191 - Tel. Ambulatorio: 051 6225194

E-mail: roberto.cocchi@ausl.bologna.it

Prof. Claudio Marchetti - Università degli studi di Bologna - Policlinico S. Orsola Malpighi
Unità Operativa di Chirurgia Orale e Maxillofacciale
Via Massarenti, 9 - 40100 Bologna - Tel. 051 6364205

E-mail: maxillo@aospo.bo.it - Sito Internet: www.aosp.bo.it/maxillo/index_patient.htm

Allegato 1 - Favoreggiamento esercizio abusivo della professione

L'Ordine di Padova, che ringraziamo per la collaborazione, ci sottopone il quesito concernente i rapporti fra la violazione dell'articolo 67 del Codice di Deontologia Medica e l'articolo 8, comma 1, della Legge 5 febbraio 1992, n. 175.

Entrambe le norme, infatti, sanzionano da punti di vista diversi il favoreggiamento dell'esercizio abusivo della professione e il cd. prestanomismo.

Il tema si pone specialmente per quanto concerne la menzione circostanziata degli addebiti che dev'essere contestata al sanitario nei cui confronti sia stato aperto procedimento disciplinare per le fattispecie di cui trattasi.

La sanzione prevista dall'articolo 8, comma 1 (interdizione dalla professione per un periodo non inferiore ad un anno) costituisce eccezione rispetto alle tipiche sanzioni disciplinari previste dall'articolo 40 del D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221.

Per quanto riguarda in particolare la sospensione, infatti, la durata non è mai predeterminata ed è limitata da uno a sei mesi in base alla convinzione cui giunge l'Organo disciplinare.

Ad avviso della Federazione, comunque, di fronte ad un comportamento del sanitario che possa integrare il sospetto del favoreggiamento dell'esercizio abusivo della professione, è più che corretto contestare espressamente sia la violazione dell'articolo 67 del Codice di Deontologia Medica sia la violazione dell'articolo 8, comma 1, della Legge 175/92.

Occorre ricordare, infatti, che per l'apertura di un procedimento disciplinare non è necessario che si raggiunga la certezza del comportamento illecito del sanitario ma è sufficiente la convinzione che esistano concreti presupposti per dar luogo al procedimento disciplinare.

In sostanza, in questa fase del procedimento occorre contestare gli addebiti in modo completo ed

esauriente, spettando alla fase del giudizio giungere alla motivata decisione in merito alla fondatezza e alla prova degli addebiti stessi.

Nel ricordare che, comunque, stante la natura amministrativa del procedimento disciplinare, non comporta nullità neanche una menzione generica ("per aver favorito l'esercizio della professione medica ed odontoiatrica da parte di persona non abilitata") occorre porsi il problema più delicato concernente la scelta e la natura delle sanzioni da irrogare.

A questo riguardo, la condotta illecita prevista dall'articolo 8, comma 1, che fa riferimento esplicito al favoreggiamento dell'esercizio abusivo della professione si viene ad integrare solo laddove esista l'elemento soggettivo del dolo generico, previsto dal codice penale in riferimento al reato di cui all'articolo 348 c.p.

È necessario, quindi, per giustificare la sanzione prevista dall'articolo 8, comma 1, che sia provato cd. dolo generico, cioè la coscienza e volontà di porre in essere atti diretti a favorire l'esercizio indebito della professione da parte di un soggetto non abilitato.

Quando si raggiunga tale convinzione, non può che irrogarsi la sanzione della interdizione (*rectius* sospensione, trattandosi di un provvedimento ordinistico) non inferiore ad un anno, prevista dall'articolo 8, comma 1, della L. 175/92.

Laddove invece possa essere dimostrata soltanto l'esistenza di un comportamento colposo da parte dell'iscritto (ad es. insufficiente od omessa vigilanza) possono essere irrogate soltanto le ordinarie, più lievi sanzioni previste dall'articolo 40 del D.P.R. 221/50.

Il Presidente - Dott. Amedeo Bianco

Allegato 2 - Sentenza della Corte di Cassazione n. 24273 dell'11.06.2009

Ritengo di fare cosa utile trasmettendovi copia della Sentenza della Corte di Cassazione - Sezione VI - n. 24273 dell'11 giugno 2009 che, in tema di repressione dell'esercizio abusivo della professione prevede il sequestro, oltre che delle attrezzature e dei beni strumentali, anche dell'immobile adibito a studio dentistico.

In sostanza, la Cassazione chiarisce che, ai fini del reato, sussiste un nesso strumentale fra l'esercizio dell'attività abusiva e l'utilizzo dell'immobile.

Nel rimandarvi alla lettura della sentenza, tengo a sottolineare che, nel campo delicato della lotta all'abusivismo e al prostanomismo, sta iniziando a prevalere una linea più rigorosa, sempre da noi proposta ed auspicata.

Il Presidente della Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri - Giuseppe Renzo

17.07.2009 CORTE DI CASSAZIONE - Penale (sequestro preventivo studio dentistico)

§ - l'immobile adibito a studio dentistico e laboratorio per l'esercizio dell'attività odontoiatrica è collegato da un nesso strumentale diretto e immediato all'esercizio di tale attività e pertanto può essere sottoposto a sequestro preventivo, unitamente ai beni strumentali siti al suo interno, rientrando nella nozione di cosa pertinente al reato, in rapporto di necessaria, specifica e strutturale correlazione con la commissione dell'attività illecita di esercizio abusivo della professione.

Nel caso concreto, al momento dell'intervento degli organi di polizia, nell'ambulatorio dentistico vi era l'odontotecnico che ultimava interventi di terapia conservativa nel cavo orale di una paziente; si ritenevano sussistenti indizi relativi all'esercizio abusivo della professione di dentista, non solo a carico dell'odontotecnico, ma anche del dentista, considerato consapevole della presenza del tecnico nei giorni di assenza dallo studio (Avv. Ennio Grassini - www.diritto-sanitario.net).

Cassazione Penale - Sezione VI, Sent. n. 24273 dell'11.06.2009

omissis

Svolgimento del processo - Motivi della decisione

OSSERVA

Ritenuto che il ricorrente propone ricorso contro l'ordinanza in epigrafe indicata con la quale è stato convalidato il sequestro preventivo dello studio dentistico, del quale egli è titolare;

- che, preveda l'ordinanza impugnata, al momento dell'intervento degli organi di polizia nell'ambulatorio vi era M.O., odontotecnico, che ultimava interventi di terapia conservativa nel cavo orale di una paziente, poi nel corso delle indagini sentita a sommarie informazioni;

- che vi sono solidi indizi del delitto di esercizio abusivo della professione di dentista non soltanto a carico del M., ma anche a carico del dentista F. poiché gli elementi acquisiti consentono di ritenere che egli fosse consapevole della presenza di M. nei giorni di sua assenza dallo studio per consentirgli di soddisfare le richieste dei pazienti;

- che vi sono elementi per ritenere F. D. concorrente nell'esercizio della professione di dentista da parte di M. O. non abilitato all'esercizio di tale professione;

- che, con un primo motivo, il ricorrente deduce la violazione di legge processuale in relazione all'art. 321 c.p.p., comma 3 ter, poiché non vi è stata notifica del sequestro dello studio dentistico anche a F., quale proprietario della struttura sanitaria, che per tal motivo la misura cautelare è nulla ed è nulla anche l'ordinanza del giudice del riesame per non essersi pronunciato nel termine stabilito dall'art. 324 c.p.p., comma 5, sulla richiesta di F. circa l'omessa notifica dei sequestri;

- che il tribunale ha ignorato la questione dedotta con l'istanza di riesame, omettendo di decidere su un punto fondamentale, in tal modo violando la regola generale di pronunciarsi su ciascuna delle censure e non osservando il termine stabilito dall'art. 324 c.p.p., comma 4, la cui violazione comporta l'inefficacia del provvedimento;

- che tale è la sintesi ex art. 173 disp. att. c.p.p., comma 1, delle questioni poste.

Considerato che questa Corte si espressa nel senso – condiviso dal Collegio – che l'immobile adibito a studio dentistico e laboratorio per l'esercizio dell'attività odontoiatrica è collegato da un nesso strumentale diretto e immediato all'esercizio di tale attività e pertanto può essere sottoposto a sequestro preventivo, unitamente ai beni strumentali siti al suo interno, rientrando nella nozione di cosa pertinente al reato, in rapporto di necessaria, specifica e strutturale correlazione con la commissione dell'attività illecita di esercizio abusivo della professione (Sez. 6^a, 5 dicembre 2002, Russano rv. 224790);

- che la censura dedotta dal ricorrente, circa la mancata notifica del sequestro anche a F. e la conseguente nullità dell'ordinanza cautelare, è manifestamente infondata poiché l'art. 321 c.p.p., comma 3 ter, prevede la notifica del provvedimento alla persona alla quale le cose sono state sequestrate, senza prevedere una sanzione di nullità;

- che questa Corte si è già pronunciata nel senso che il precetto posto dall'art. 321 c.p.p., comma 3 ter, secondo il quale copia dell'ordinanza di convalida del sequestro preventivo è "immediatamente" notificata alla persona cui le cose sono state sequestrate, non è sanzionato con la nullità; esso è infatti previsto al fine di accelerare la possibilità dell'interessato di proporre impugnazione, ma il ritardo nella notifica (e quindi nella conoscenza del provvedimento) ha solo l'effetto di ritardare la decorrenza del termine di impugnazione per l'interessato, ma non pregiudica l'intervento, l'assistenza o la rappresentanza dell'interessato stesso, ai sensi dell'art. 178 c.p.p., lett. c), (Sez. 3^a, 7 marzo 1996, dep. 11 aprile 1996, n. 1099, Sez. 5^a, 11 novembre 1997, dep. 28 gennaio 1997, n. 5002; Sez. 3^a, 12 maggio 1996, dep. 1 luglio 1999, n. 1821, Sez. 3^a, 15 ottobre 2002, dep. 18 novembre 2002, n. 38662);

- che, nella fattispecie la richiesta di riesame, è stata presentata da F. e decisa dal giudice competente anche nel merito e, pertanto, la censura dedotta risulta priva di un interesse attuale e concreto;

- che, pertanto, il ricorso è inammissibile per manifesta infondatezza e, a norma dell'art. 616 c.p.p., il ricorrente va condannato, oltre che al pagamento delle spese processuali, a versare una somma, che si ritiene equo determinare in Euro 1.000,00 in favore della Cassa delle Ammende, non ricorrendo le condizioni richieste dalla sentenza della Corte costituzionale 13 giugno 2000, n. 186.

P.Q.M.

Dichiara inammissibile il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese processuali e della somma di Euro 1.000,00 in favore della Cassa delle Ammende.

Così deciso in Roma, il 24 aprile 2009.

Depositato in Cancelleria l'11 giugno 2009.

Comunicato ONAOSI Consiglio di Amministrazione del 27 giugno 2009

In data 27 giugno si è riunito il Consiglio di Amministrazione della Fondazione, presieduto dal Dr. Aristide Paci.

Nell'iter di conversione del Decreto Legge 39/2009, recante interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dagli eventi sismici nella regione Abruzzo, è stato riproposto alla Camera l'emendamento n. 13. 01, già presentato, con esito negativo, al Senato. L'emendamento, bocciato da entrambi i Rami parlamentari, proponeva di attingere d'imperio, senza alcun apparente motivo, ai bilanci ONAOSI, decurtandoli di cospicue risorse derivanti da contributi e interessi attivi su investimenti mobiliari, entrate assolutamente imprescindibili per la Fondazione e sulla cui base sono stati regolarmente approvati documenti economico-finanziari e piani di erogazione di prestazioni assistenziali. L'approvazione dell'emendamento avrebbe avuto effetti devastanti, in primo luogo sui livelli assistenziali, ma, evidentemente, anche riflessi sul quadro gestionale. L'ONAOSI peraltro aveva già deliberato, di propria iniziativa, consistenti agevolazioni nei confronti dei nuclei familiari di contribuenti ed assistiti residenti in quelle zone, dandone amplissima conoscenza agli interessati e diffusione attraverso i consueti e capillari strumenti di comunicazione.

In merito al rinnovo del contratto per il personale dipendente degli Enti Previdenziali Privatizzati, il Presidente ha comunicato che a breve si giungerà ad un accordo con le OO.SS.

Si è proceduto all'esame ed all'approvazione del Bilancio Consuntivo 2008 e dei documenti collegati. Il Consiglio di Amministrazione ha inoltre deliberato di applicare al Preventivo Finanziario 2009 il complessivo avanzo di € 963.000,00, dando atto che resta disponibile avanzo per € 137.705,64. È stato altresì imputato a riduzione del Patrimonio Netto contabile il risultato economico di esercizio del 2008. Il Consiglio ha infine approvato la variazione al Bilancio di previsione 2009. Tutte le determinazioni assunte in materia di bilancio sono trasmesse ai Ministeri Vigilanti ai sensi dell'art. 3, c. 3 D. Lgs. 509/1994.

In merito al patrimonio immobiliare, il Consiglio ha preso atto degli aggiornamenti dell'Area Tecnica, tra i quali il rinnovo dell'incarico di mediazione per la vendita degli immobili di Nevegal, all'Agenzia Immobiliare "Le Torri" alle stesse precedenti condizioni.

È stato inoltre deciso di concedere in uso la Villa di Montebello in Perugia e di procedere alla locazione dei due appartamenti costituenti l'unità 4 del Campus di Montebello, attualmente non occupati. Relativamente alla ricerca di una possibile sede per l'Ufficio Servizio Sociale di Napoli, nel prendere atto dell'offerta fino ad oggi pervenuta, il Consiglio ha dato mandato, ai competenti Uffici dell'Area Tecnica, di procedere con ulteriori indagini anche nelle province campane limitrofe.

Il Consiglio, preso atto degli esiti della ricerca di mercato, ha deciso di procedere alla stipula delle polizze "Responsabilità civile" di Amministratori, Sindaci e Dirigenti e dipendenti tecnici e "Responsabilità amministrativa ed amministrativa contabile" di Amministratori, Sindaci, Dirigenti e Quadri.

Dr. Umberto Rossa - Consigliere di Amministrazione ONAOSI - Delegato alla Comunicazione

* * *

<i>Casa di Cura</i> <i>Ai Colli</i>	
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO PER MALATTIE MENTALI	
Direttore Sanitario: Dott.ssa Giuliana Fabbri - Medico Chirurgo <i>Specialista in Igiene e Medicina Preventiva</i>	
40136 BOLOGNA	
VIA SAN MAMOLO, 158 - TEL. 051 581073 - FAX 051 6448061	
Sito internet: www.aicolli.com E-mail: casadicura@aicolli.com	

P.G. 141330/03 - 01/02/2008

Comunicato ONAOSI Giunta Esecutivo del 4 luglio 2009

In data 4 luglio si è riunita la Giunta Esecutiva della Fondazione, presieduta dal Dr. Aristide Paci. Relativamente ai crediti contributivi maturati nei confronti di Pubbliche Amministrazioni inadempienti, tenuto conto che numerosi solleciti inviati dalla Fondazione che non hanno avuto ad oggi esito né riscontro, la Giunta Esecutiva ha deciso di comunicare, alle Aziende interessate, tramite raccomandata A.R., la diffida ad adempiere entro il termine di trenta giorni, avvertendo che in caso contrario si agirà in giudizio senza ulteriori solleciti ed avvisi.

La Giunta Esecutiva ha preso atto del verbale della Commissione appositamente istituita e della conseguente aggiudicazione dell'appalto per la fornitura di arredi e complementi per gli Istituti Maschili.

È stata indetta la gara per la stipula della polizza assicurativa infortuni per gli ospiti assistiti delle strutture della Fondazione alle condizioni pari o migliori di quelle in essere. Come per gli anni decorsi, gli ospiti paganti delle Strutture ONAOSI potranno aderire, con oneri a proprio carico ed alle medesime condizioni praticate alla Fondazione per gli assistiti, alla polizza assicurativa infortuni. Di questo verranno adeguatamente informati i ragazzi ospiti paganti al momento del loro insediamento presso le Strutture ONAOSI e contestualmente alla sottoscrizione del già previsto Contratto di Ospitalità che disciplina i servizi.

La Giunta Esecutiva ha deliberato di accogliere, verificata la sussistenza delle condizioni previste, le ulteriori istanze di adesione volontaria all'ONAOSI nel frattempo pervenute da parte di n. 25 Sanitari.

Inoltre ha dato mandato agli Uffici competenti di attivare, anche per l'Anno scolastico ed accademico 2009/2010, alle stesse precedenti condizioni, un contratto di collaborazione con uno specialista neuropsichiatra finalizzato alla verifica di compatibilità degli ospiti delle Strutture alla vita in comunità. Eventuali verifiche di tipo psicologico-attitudinale sui ragazzi saranno effettuate sulla base di motivate richieste da parte dei Responsabili delle medesime Strutture.

Dr. Umberto Rossa - Consigliere di Amministrazione ONAOSI - Delegato alla Comunicazione

* * *

Referti medici on line

Il Garante per la protezione dei dati personali, Francesco Pizzetti, ha approvato, con deliberazione del 25 giugno 2009, specifiche "Linee guida in tema di referti on-line". I risultati di analisi, radiografie e referti medici potranno arrivare direttamente (nel più totale rispetto delle misure a protezione dei dati sanitari) sulla casella di posta elettronica o essere consultati sul computer, a patto che l'assistito abbia dato il proprio consenso. Per consentire all'interessato di esprimere una scelta consapevole, il titolare del trattamento deve fornirgli una informativa chiara e trasparente sulle caratteristiche del servizio di refertazione on line ed acquisirne il consenso a trattare i suoi dati



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

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

Tel. 051 6152754 - 6154769 Fax 051 6148438

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

personali, anche sanitari. I dati personali devono essere resi noti all'interessato solo accompagnati da un giudizio scritto di un medico, designato dallo stesso, disposto a fornire ulteriori chiarimenti qualora l'interessato ne faccia richiesta. L'adozione di specifici accorgimenti dovrà assicurare idonei livelli di sicurezza, ad es.: la convalida degli indirizzi di posta elettronica con verifica on line, l'uso di password per l'apertura del file, il ricorso alla cifratura. Sulle Linee guida è stata avviata il 15 luglio una procedura di consultazione pubblica (che si concluderà il 30 settembre), per acquisire i pareri di organismi e professionisti sanitari, pubblici e privati.

http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/referti_online/

* * *

Compensi professionali

Signor Presidente,

mi riferisco alle numerose lettere recentemente inviate (in allegato) da varie sedi dell'Istituto a medici pensionati con le quali si chiede se i compensi professionali dagli stessi prodotti siano stati o meno assoggettati a contribuzione previdenziale.

In merito Ti rappresento che l'art. 4, comma 4, del Regolamento del Fondo di Previdenza Generale prevede che i pensionati che producono reddito professionale conservano, su richiesta, l'iscrizione al Fondo. In questo caso, su tale reddito, è già dovuto il contributo previdenziale all'ENPAM, la cui misura è fissata in via opzionale al 2% ovvero al 12,50%.

Questa Fondazione, peraltro, ha già attivato il necessario percorso deliberativo per conformare puntualmente la propria disciplina regolamentare all'affermato principio di carattere generale che tutti i redditi devono essere assoggettati a contribuzione previdenziale. Nel contempo ha, inoltre, avviato in via amministrativa ogni utile azione per consentire agli interessati la regolarizzazione della propria posizione assicurativa.

Per quanto sopra chiedo la Tua collaborazione affinché sia temporaneamente sospesa l'iniziativa posta in essere dall'Istituto, nelle more della regolarizzazione, presso l'ENPAM, della contribuzione dovuta dai medici pensionati.

La richiesta trova fondamento anche nella considerazione che, nel caso di specie, trattasi di redditi professionali della categoria medica, previdenzialmente tutelata dall'ENPAM, che, in base al proprio vigente regolamento, già assicura la valorizzazione della contribuzione dei pensionati mediante l'istituto del supplemento di pensione.

Cordiali saluti

Eolo Parodi

Allegato

Gentile signore,

La informiamo che l'Amministrazione Finanziaria ha fornito all'Istituto un elenco di percettori, con relativi compensi, risultanti dal quadro del Mod. 770/2007 destinato alla comunicazione dei dati della certificazioni per lavoro autonomo, provvigioni e redditi diversi.

L'incrocio di tali dati con le risultanze degli archivi INPS ha fatto emergere la non iscrizione ad alcuna forma assicurativa, pertanto è necessario verificare se tale tipologia di reddito è riconducibile a forme di lavoro autonomo soggette, quantomeno, all'obbligo contributivo nei confronti della gestione separata ex L. 335/95.

Qualora quanto evidenziato sia dovuto a cause non imputabili alla sua volontà, potrà provvedere direttamente alla regolarizzazione di quanto dovuto, ovvero telefonando, entro 15 giorni dal ricevimento della presente comunicazione, al numero gratuito **803 164**: un operatore sarà a sua disposizione per informazioni e notizie dal **lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20 e il sabato dalle ore 8 alle ore 14**.

Il Direttore

* * *

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 16 luglio 2009

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ABATI CATERINA NOVELLA	Via della Repubblica, 12 – Bologna	320/48.84.274
AGULLI MARTA	Via De Gombruti, 5 – Bologna	328/71.54.401
ANTONACCI NICOLA	Via Friuli Venezia Giulia – Bologna	051/54.50.23 - 348/53.17.427
BANOND MBOG FELIX DIE UDONNE	Via Berti Pichat, 26 – Bologna	392/38.46.240
BARUZZI MANUEL	Via Bentivogli, 74/5 – Bologna	339/70.37.342
BERZIGOTTI SARA	Via Europa, 14 – Macerata Feltria (PU)	0722/74.698 - 347/03.78.697
BESSINOU FANSI ANSELME D.	Via Borghese, 7 – Bologna	347/89.11.737 - 339/10.22.105
BONETTI SIMONE	Via del Pratello, 13 – Bologna	051/76.31.45 - 347/166.06.63
BRUNETTO DANIELA	Via E. Mattei, 15/5 – Bologna	051/53.81.67 - 329/69.20.446
CALABRO' TERESA	Via Finelli, 1 – Bologna	051/58.79.338 - 338/18.45.257
CALISESI CHIARA	Via Europa, 18 – Santarcangelo	0541/62.53.94 - 333/64.73.238
CASAGLIA ALESSANDRO	Via Montanari, 2/2 – Bologna	051/34.15.72 - 348/56.32.577
CASTAGNOLI ANNA	Via Orfeo, 24 – Bologna	051/48.43.391 - 339/60.38.863
CASTELLUCCIO ISABELLA	Via Ercole Nani 2 – Bologna	347/00.82.407
CASTIELLO EMANUELA	Via Eliot, 18 – Napoli	328/13.614.22
CEPELI ERIONA	Via Ferravilla, 11 – Bologna	320/49.12.919
CERVIGNI GIULIANA	Via Calabria, 11/b – Bologna	349/61.62.337
CIMATTI ANNA GIULIA	Via Gemitto, 3 – Bologna	051/49.02.13 - 339/78.14.259
CONDO' MARIA	Via Caravaggio, 9 – Casalecchio di Reno	051/58.73.424 - 339/74.39.070
CONTI VERONICA	Via A. Moro, 14 – Monzuno	051/67.70.251 - 328/21.62.038
COSTANZO ELISABETTA	Via P. Pietramellara, 35 – Bologna	051/25.45.61
DALL'OGGIO LAURA	V.le Gioppi, 3 – Mantova	0376/32.97.86 - 349/44.25.814
DELAY LAURETA	Via Fossolo, 9 – Bologna	340/82.49.113
DE LUCA SERENA	Via Malaguti, 2 – Bologna	347/26.01.081
DI FEDERICO CRISTINA	Via Majani – Bologna	051/22.18.21 - 338/33.52.464
FOSCO MATTEO	Via Lombardia – Bologna	329/22.35.625
FUZZI FEDERICA	Via Speranza, 39 – Bologna	051/38.36.98 - 328/97.04.781
GAUDIANO ROSA MARIA	Via Galeotti, 6 – Bologna	329/08.28.354
GESUETE VALENTINA	Via Montanari, 13 – Bologna	333/49.93.760
GIORDANI ANDREA	Via S. Donato, 40 – Granarolo dell'Emilia	349/81.53.903
GIORGETTA FRANCESCA	Via Garzoni, 5 – Bologna	329/88.79.934
GORGA FRANCESCO	Via Garibaldi, 85/4 – Casalecchio di Reno	051/59.22.80 - 338/16.14.287
HOXHA ERISELDA	V.le Ercolani, 5/2 – Bologna	349/56.28.664
LACORTE DORIANA	Via G. Bentivogli, 109/2 – Bologna	051/39.28.05 - 339/80.09.286
LAZZEROTTI SARA	Via S. Antonio, 6 – Monteveglio	051/83.21.92 - 349/09.65.385
MAROSTICA FILIPPO	Via G. Ercolani, 10 – Bologna	051/52.17.28 - 380/54.65.125
MATTEINI PAOLA	Via Cavazza, 1 – Bologna	051/44.32.41 - 339/48.19.676
MICERA GIOVANNI	Via Mascarella, 15 – Bologna	347/56.22.434
MONARI FRANCESCO	Via de' Carracci, 51 – Bologna	051/37.47.15 - 320/64.42.518
MORI ELISA	Via Vespucci, 3 – Fidenza	348/85.38.743
MORIERI MARIO LUCA	Via B. Gigli, 24/2 – Bologna	051/44.34.07 - 320/27.05.041
NARDINI PAOLA	Via Marconi, 9 – Bologna	051/22.62.63 - 349/61.52.254
NDICHU JOSEPH G.	Via A. Romagnoli, 50 – Bologna	320/4236.787

OLIVELLI VALENTINA	Via Pasolini, 14 – Imola	0542/68.05.26 – 334/97.63.958
ORANGES CARLO MARIA	Via A. Bondi, 6 – Bologna	051/34.53.97 – 333/39.32.565
PALMIERI PIERPAOLO	Via Caduti della Libertà – Castello di Serravalle	051/67.04.812 – 338/82.20.313
PECHLIVANIDIS KONSTANTINOS	Via Alessandrini, 2 – Bologna	334/81.66.657
RAGNI ELISABETTA	Via A. Aspertini, 8 – Bologna	051/54.43.27 – 333/30.02.251
ROLLO ALESSANDRA	Via Bentini, 46 – Castelmaggiore	051/70.49.84 – 340/40.63.428
SACCONI ELENA	Via Labriola, 6 – Bagnolo in Piano	0522/35.37.35 – 347/00.22.383
SAMBATI LUISA	Via Masia, 3/6 – Bologna	051/34.99.29 – 320/79.59.682
SANTI LUCA	Via Nazionale, 7 – Monghidoro	051/65.55.085 – 333/32.28.143
SORRENTINO FRANCESCO SAVERIO	Via Tagliapietre, 10 – Bologna	051/33.02.96 – 339/62.73.352
SPIZZICHINO MONICA	Via Zanardi, 397/26 – Bologna	338/13.87.970
SPONZILLI IVONNE	Via Gorizia, 12 – Parma	0521/19.95.910 – 347/67.07.061
STIPA CARLOTTA	Via Palmieri, 7 – Bologna	051/58.71.872 – 329/58.66.089
TOMASINI SARA	Via dei Mille, 20 – Mirandola	0535/22.339 – 340/622.99.07
TOMMASONI ERIKA	Via Ramenghi, 6 – Bologna	340/73.33.647
TONVERONACHI EVA	Via Massarenti, 85 – Bologna	051/199.82.092 – 339/56.32.325
TSEGAY I. YEMANE	Via Graziadei, 6 – Bologna	051/18.89.9074 – 339/88.33.408
ZUCCHINI GIORGIA	Via Zaccherini Alvisi, 8 – Bologna	333/37.83.225

* * *

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
BIANCHINI SILVIA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	051/34.12.65 – 347/76.04.654
BONAVINA GIUSEPPE	Neurologia	051/08.78.196 – 340/29.79.142
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MARTINELLI ANTONIO	Urologia	051/62.35.011 – 347/12.67.383
MASSA FLORINDO	Ostetricia e Ginecologia	338/50.62.768
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente Med.Lav.	051/44.32.41 – 339/48.19.676
PARISI CANDIDA	Odontoiatria e Protesi Dentaria	051/58.72.532 – 320/11.46.127
PUVIANI LORENZA	Chirurgia Generale	051/34.91.34 – 339/33.98.442

**AFFITTASI presso poliambulatorio MEDINFORMA
vicinanze Ospedale Maggiore di Bologna
moderno Ambulatorio attrezzato per ogni attività specialistica
in particolare: odontoiatria, dermatologia, oculistica.**

**Per 1/2 giornata a settimana:
costo 200 euro mensili onnicompresivi
Via Emilia Ponente 62/2° - Tel. 051/310982
www.medinforma.org**

Direttore Sanitario Dr. Lucio Catamo - Specialista in Ortopedia

Autorizzazione P.G. 186211

Il nuovo farmaco: l'attività motoria correttamente prescritta

Bologna
5 settembre 2009

Presentazione del Convegno
Maurizio Casasco, Giancarlo Pizzà

Sessione I

Moderatori: Luigi Bagnoli, Enrico Drago

- Evidenze scientifiche degli effetti positivi della attività fisica come mezzo di prevenzione primaria e secondaria.

Relatore: Marcello Faina

- Mezzi e metodi di valutazione funzionale per la corretta prescrizione e somministrazione dell'attività fisica.

Relatore: Pierluigi Fiorella

Sessione II

- Principi generali di metodologia dell'allenamento.

Relatore: Renato Manno

- Validazione dei test di valutazione funzionale come mezzi di controllo dei benefici effetti dell'attività fisica.

Relatore: Clara Mauri

Sede del Corso

Ordine dei Medici

Via Zaccherini Alvisi 4, Bologna

Muovi la Salute **Una corsa al giorno leva il medico di turno**

Bologna
5-6 settembre 2009

Correre per la salute

- Migliora l'efficienza cardiaca e circolatoria.
- Migliora le funzionalità intestinali.
- Riduce il colesterolo cattivo e migliora quello buono.
- Previene alcuni tumori.
- Perdita di peso.
- Riduce lo stress e ansia.
- Migliora le difese immunitarie.
- Migliora il sonno.
- Migliora il diabete.
- Migliora l'umore.
- Abbassa la pressione.



POLIAMBULATORIO PRIVATO CTR

**DIAGNOSTICA MEDICA E STRUMENTALE
ESAMI DI LABORATORIO - FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE
IDROKINESITERAPIA - PREVENZIONE E BENESSERE**

Direttore Sanitario: Dott.ssa Gianna Moretti Orsini
Spec. in Fisiokinesiterapia Ortopedica

Via Sebastiano Serlio, 6/D - 40128 Bologna
Tel. 051.4152752 - 051.355513 - Fax 051.377851
www.ctrpoliambulatorio.com

P.G. 164007 del 04/07/2007

**XIV CONVEGNO MEDICO-SCIENTIFICO:
Nutrizione e metabolismo
"Lo stress ossidativo: cause, effetti, diagnosi e terapie".
Nutraceutica e nutrigenomica.
Inquinamento e danno da stress
ossidativo, dalla sofferenza cellulare all'ipossia**

**Bologna
12 settembre 2009**

Patrocinii

Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna - Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona - Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia - Società Italiana per la Nutrizione e lo Sport

- La Medicina Centrata sulla Persona: riflessioni per una medicina umanistica.
- 40 anni di CELLFOOD nel mondo.
- Nutrizione, metabolismo e stress ossidativo.
- Ormoni stress e corsa.
- Ossigeno e funzione mitocondriale.
- Nuovi orizzonti terapeutici nella fibromialgia (FM), encefalomielite mialgica (CFS) e sensibilità chimica multipla (MCS).
- Interazioni tra leptina e adiponectina nel paziente sovrappeso. Strumenti pratici per fornire stimoli di segnale.
- Le ragioni epigenetiche di Cellfood.

- Stress ossidativo: causa ed effetto di allergie ed infiammazioni. Integrazione e comportamenti alimentari per interrompere il circolo vizioso e guidare la guarigione.
- Nutraceutica e Nutrigenomica. La bionutrizione cellulare in funzione del proprio DNA.
- Dalla sindrome metabolica alla rivoluzione metabolica: il benessere visto come ripristino funzionale.
- 1° Premio Internazionale EURODREAM per lo sport.

Tavola rotonda:

- Stress ossidativo, antiossidanti, nutrizione e metabolismo.

Sede del Corso

SANA

21° Salone Internazionale del Naturale
Sala Italia

Palazzo della Cultura e dei Congressi
Piazza della Costituzione, 4/a - 40128 Bologna

Segreteria Organizzativa

WINDSORCOMMUNICATION

Via Cesare Battisti, 4 20057 Milano

Tel 039/2494036 - Fax 039/9684000

mobile 339/7574285

info@windsorcommunication.it

segreteria@windsorcommunication.it

Per informazioni

segreteria@eurodream.net

Tel. 0187523320 - www.eurodream.net

Informazioni Sede Centro Congressi

<http://www.bolognacongressi.it>



OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
VILLA BELLOMBRA
RIABILITAZIONE INTENSIVA

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

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

Responsabile di raggruppamento:
DOTT.SSA MARIA ROSARIA LEO MEDICO CHIRURGO
Spec. in Terapia Fisica e Riabilitativa

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

P.G. 247516 del 16/10/2007

Associazione Medici Agopuntori Bolognesi
Scuola Italo-Cinese di Agopuntura, AMAB;
Groupe Lyonnais d'Etudes Médicales, GLEM

**6° Simposio Internazionale di Auricoloterapia e Auricolomedicina:
"Auricoloterapia basata sulle evidenze scientifiche"**

Bologna
9-10 ottobre 2009

Patrocini

Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna
Informazioni: Dott. Marco Romoli
mromoli@auriculotherapy-bologna2009.com
<http://www.amabonline.it>
<http://www.auriculotherapy-bologna2009.com>

Comitato organizzatore

Marco Romoli, Carlo Maria Giovanardi, Eleonora Marchi, Umberto Mazzanti.

Comitato scientifico

Michel Marignan, Giovanni Battista Allais, Francesco Ceccherelli, Edwin L. Cooper, Thomas Ots, Jongbae Park, Marco Romoli, Claudie Terral

Sede del Corso

Centro Congressi Hotel Savoia Regency
Via del Pilastro 2



Poliambulatorio Felsineo
di Fisiomedical srl
Via Cairoli, 2 - 40121 Bologna
Tel. 051/4210644

Direttore Sanitario: **Massimo Santangelo**
Medico Chirurgo Specialista in Ortopedia-Traumatologia

**TERAPIA FISICA E AMBULATORIO, IDROCOLON TERAPIA,
DERMATOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA,
AGOPUNTURA E ASSISTENZA INFERMIERISTICA,
MEDICINA ESTETICA DIAGNOSTICA
E ALTRE SPECIALIZZAZIONI**

Vendesi in località Ponticella di San Lazzarod i Savena (BO) villetta a schiera in zona verde e con strada privata composta da 11 vani su 3 piani: 5 camere da letto, 3 bagni, studiolo, doppio salone con camino, cucina abitabile + veranda, tavernetta con biliardo ed un bagno, cantina, 1 giardino sul davanti (23x10) sopraelevato con sottostante garage per 2 posti auto, 1 giardino sul retro (23x8), 1 terrazzo abitabile (20x5), allarme. Termo autonomo. Euro 1.400,00. Telefonare ore pasti allo 051/480930 oppure 348/8732429.

Cedesio studio odontoiatrico, piano terra (no muri), zona centro, fuori ZTL, n. 1 riunito con possibilità di aggiungere il 2°, sala attesa e servizi. A norma, autorizzato, avviamento trentennale. Tel. 339/5934071 oppure 334/477012. Ramo preferito Pedodonzia.

Affittasi in zona Corticella ambulatorio a medici specialisti (la zona ne è completa-

mente priva ed ha un grande bacino di utenza). Lo studio ha un ingresso privato, ottimo arredo, facile parcheggio, a norma di legge. Tel. 339/8952992 oppure 334/3250511.

Studio dentistico Bologna cerca ortodontista e chirurgo-implantologo per eventuale collaborazione. Tel. 051/6142449 - 338/7624314.

Nuovissimo ambulatorio medico privato affitta vani con segreteria-reception, mattina e/o pomeriggio in Piazza dei Martiri, 5. Telefonare allo 051/246923 oppure al 338/5071627.

Studio medico dentistico centro Bologna cerca assistente odontoiatrica alla poltrona apprendista con o senza esperienza. Contratto part-time. Telefonare al numero 348/3728575 dal lunedì al giovedì dalle 9 alle 17.

Norme editoriali

L'editoriale e il dossier saranno pubblicati su richiesta dell'editore.

Articoli: formato word, times new roman 12, spazio singolo, giustificato, sono graditi gli articoli a carattere sanitario e a rilevanza locale. Gli articoli a carattere scientifico saranno inviati a referee nazionali scelti dalla redazione. Ogni articolo non dovrà superare di norma le 16.000 battute e contenere massimo 3 immagini in bianco e nero.

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

Congressi/convegni/seminari (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)

Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.

Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nomi-nativi, telefoni, e-mail)

Annunci: testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: ASSOMNIA SAS di DE BERNARDIS CLAUDIO E C.
17 via Ranzani - 40127 Bologna - telefono e fax 051 241379



UTET

SCIENZE MEDICHE

A BOLOGNA

**Via G. Bentivogli 11/13
(S.Orsola) Tel 051-393136
fax 051-340493**

A MODENA

**Via Giardini 324 (S. Faustino)
Tel. 059-342855
fax 059-342995**

www.utetbologna.it info@utetbologna.it

Viale Carducci, 2/3 - 40125 Bologna
tel. 051 636 7669 fax 051 429 5408
E-mail: gynepro@gynepro.it

IL TEAM DI GYNEPRO RIPRODUZIONE

Prof. MARCO FILICORI
Dott.ssa Graciela E. Cognigni
Dott. Walter Ciampaglia
Dott.ssa Fanny Infante
Dott.ssa Patrizia Pocognoli
Dott.ssa Gabriella Rifelli
Dott.ssa Emilia Sganga
Dott.ssa Stefania Taraborrelli

Il Poliambulatorio GynePro è all'avanguardia nel campo ginecologico, nel settore della diagnosi e terapia della sterilità e nella procreazione medicalmente assistita, avvalendosi della collaborazione di professionisti di fama internazionale e di nuove e raffinate tecnologie biomediche.

DIAGNOSI E TERAPIA DELLA STERILITA' PROCRAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

- Fecondazione in Vitro
- Inseminazione intrauterina
- ICSI (Iniezione Intracitoplasmatica degli Spermatozoi)

Ginecologia e Ostetricia

**Ecografia ginecologica transaddominale, transvaginale
e tridimensionale**

Sonoisterografia e sonosalpingografia

Ecografia mammaria

Andrologia - Disturbi sessuali

Diagnosi e terapia dell'aborto ricorrente

Poliambulatorio GynePro S.r.l. Ginecologia e Riproduzione - Viale Carducci, 2/3 - 40125 Bologna
Direttore Sanitario Dott.ssa Patrizia Pocognoli Medico Chirurgo Specialista in Ginecologia ed Ostetricia
AUT PG 306581 del 24.12.2007



DAY SURGERY

Via T. Cremona, 8 - 40137 Bologna
tel. 051 442 094 fax 051 441 135
E-mail: medical@gynepro.it

IL TEAM DI GYNEPRO PRENATALE

Prof. GIANLUIGI PILU
(Professore Associato di Ginecologia
ed Ostetricia, Università di Bologna)
Dott.ssa Lara Alesi
Dott.ssa Angela Carletti
Dott.ssa Michela Ceccarini
Dott.ssa Giulia Gandolfi Colleoni
Dott. Pietro Falco
Dott. Giuseppe Gessa
Dott. Tullio Ghi
Dott. Claudio Graziano
Dott.ssa Maria Segata
Dott.ssa Giovanna Tagliavini
Dott. Nicolò Tripoli
Dott.ssa Antonella Visentin

Il Poliambulatorio Privato GynePro Medical eroga prestazioni diagnostiche in vari settori e comprende ambulatori specializzati nel campo della diagnosi prenatale. E' inoltre operativo un servizio di day surgery con sala operatoria per interventi polispecialistici in regime di ricovero diurno.

DIAGNOSI PRENATALE

- Ecografia ostetrica tridimensionale del primo, secondo e terzo trimestre di gravidanza
- Flussimetria doppler
- Ecografia morfologica di II livello e consulenza prenatale
- Ecocardiografia fetale
- Amniocentesi
- Villocentesi
- Bi-test
- Consulenza e test genetici

ENDOSCOPIA GINECOLOGICA

- Isteroscopia diagnostica ed operativa
- Endoscopia transvaginale
- Laparoscopia diagnostica

Poliambulatorio Day Surgery GynePro Medical S.r.l. - Via T. Cremona, 8 - 40137 Bologna
Direttore Sanitario Dott. Walter Ciampaglia Medico Chirurgo Specialista in Ginecologia ed Ostetricia
AUT PG 306586 del 24.12.2007