



# BOLLETTINO

ANNO XXXV - Ottobre 2004 N° 10

*notiziario*



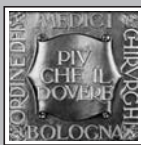
## IN QUESTO NUMERO

- BANDI DI CONCORSO E PREMI
- DI FRONTE ALLA EMERGENZA MEDICA

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

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

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



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

## **BOLLETTINO NOTIZIARIO 10/04**

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

**DIRETTORE RESPONSABILE**  
Dott. Paolo Cernuschi

**DIRETTORE DI REDAZIONE**  
Dott. Fabrizio Scardavi

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

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

*I Colleghi sono invitati a collaborare  
alla realizzazione del Bollettino.  
Gli Articoli sono pubblicati a giudizio  
del Comitato di Redazione*  
Pubblicazione Mensile  
Spedizione in A.P. - 45%  
art. 2 comma 20/b - legge 662/96  
Filiale di Bo

Autorizzazione Tribunale di Bologna  
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed  
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:  
Renografica - Bologna

*In copertina:*  
Piazza Malpighi  
di R. Segalla

Il Bollettino di Settembre 2004 è stato  
consegnato in posta il giorno 16/09

# INDICE

## **EDITORIALE**

L'unità nella diversità 3

## **ATTIVITÀ DELL'ORDINE**

Estratto del verbale del Consiglio Direttivo del 29/04/04 4  
Estratto del verbale del Consiglio Direttivo del 27/05/04 5  
Estratto del verbale del Consiglio Direttivo del 10/06/04 7  
Estratto del verbale del Consiglio Direttivo dell'8/07/04 8  
Il cordoglio dei Medici e degli Odontoiatri Italiani  
per la brutale esecuzione di Enzo Baldoni 9

## **I COLLEGHI SCRIVONO**

Il tempo del Medico di Medicina Generale 10  
In memoria di Salvatore Scandurra 12  
Ticket sull'Aborto? No, grazie 13  
Contratti libero professionali e incarichi: tariffe indecorose e vessatorie 14  
La medicina cinese 15

## **NOTIZIE**

Perché Uroginecologia 18  
Bando di Concorso ad una borsa biennale post-dottorato,  
in memoria della Signora Gabriella Dolfin Voyasidis,  
per attività di ricerca inerenti a materie oncologiche di base  
di cui usufruire presso l'Università di Padova per il 2004-2004 18  
Concorso a due borse di perfezionamento negli studi di  
Biomedicina e Biologia "Dott. Giuseppe Guelfi" per il 2005 21  
Regolamento per il conferimento di borse di studio a favore  
di studiosi italiani che si rechino in Gran Bretagna in base  
agli accordi fra l'Accademia Nazionale dei Lincei e la Royal Society 22  
Ambulatorio di Analgesia 23  
Medici disponibili per attività professionali 24  
Contributi a Onaosi? 26  
ANT Italia 26  
Di fronte all'emergenza medica 27  
Autorizzazione degli Studi Medici e Odontoiatrici 28  
La prescrizione della dieta è atto medico 29  
Piano Sanitario Regionale 1999-2001 30

## **CONVEGNI CONGRESSI**

L'operatore sanitario: tra professione e testimonianza cristiana 56  
Gli attuali adempimenti dello Studio Odontoiatrico 57  
Innovations in GERD and Barrett's esophagus 58  
Per una medicina dei desideri 58  
Patologia osteo articolare 59  
Corso teorico-pratico di chirurgia oncologica laparoscopica del colon-retto 59  
Mezzi di contrasto in ecografia 60  
Ecografia ed imaging integrato articolare 60  
Seminari della scuola di specializzazione in reumatologia 60  
Le lesioni espansive del surrene 61

## **ASSOCIAZIONI E SINDACATI**

A tutti i dipendenti ospedalieri Medicina e Persona propone 62

## **PICCOLI ANNUNCI**

63

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

*Presidente*

Dott.ssa NICOLETTA LONGO

*Vice Presidente*

dott. FRANCESCO BIAVATI

*Segretario*

Dott. SERGIO SCOTO

*Tesoriere*

Dott. MICHELE UGLIOLA

*Consiglieri*

Dott. PAOLO CERNUSCHI

Dott. FABRIZIO DEMARIA

Dott. MARIO LIPPARINI

Dott.ssa PAOLINA MISCIONE

Dott.ssa MUNIRA MOHAMED-ALAMIN

Dott. ALVISE PASCOLI

Dott. FABRIZIO SCARDAVI

Dott. GIOVANNI ATTILIO TURCI

Dott. MASSIMO VALENTINO

Dott. FERNANDO VITULLO

Dott. MAURO VOZA

*Consiglieri Odontoiatri*

Dott. FEDERICO BONI

Dott. MAURO VENTURI

*Collegio Revisori dei Conti*

Dott. ANTONIO CURTI (Presidente)

Dott. NICOLA ANGELINO (effettivo)

Dott.ssa PATRIZIA BARILE (effettivo)

Dott. ANDREA BONFIGLIOLI (supplente)

*Commissione Odontoiatri*

Presidente: Dott. ALESSANDRO NOBILI

Segretario: Dott. CARLO D'ACHILLE

Componenti: Dott.ssa LIA RIMONDINI

Dott. FEDERICO BONI

Dott. MAURO VENTURI

## *L'unità nella diversità*

Come molti sanno non è stata rinnovata la Convenzione che disciplina l'attività della medicina generale e dei pediatri di libera scelta, determinando uno stato di incertezza per i Collegi che svolgono, o che si preparano a praticare, la attività sul territorio.

A questa evidente anomalia se ne aggiungono altre, quale, ad esempio, il fatto che da alcuni anni si assiste a una nuova definizione del rapporti di lavoro, con un utilizzo sempre più frequente dei cosiddetti rapporti "libero professionali" che non sono più eccezionali bensì ordinari.

Risulta sempre più urgente la necessità di coinvolgere, pur nelle diverse posizioni, tutti i Medici per dare maggiore forza alle richieste di coloro che esercitano per il bisogno della comunità nazionale, ricomponendo le parti, risolvendo i dissidi collegialmente e creando una base forte sulla quale poter soddisfare l'impellente domanda di salute.

L'Ordine può e deve favorire l'edificazione di questa unità, per la casa comune: la casa di tutti i Medici.

Il Direttore

# ***Estratto del verbale del Consiglio Direttivo del 29/04/04***

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

**Revisori dei conti:** Dott. Antonio Curti, Dott. Nicola Angelino, Dott. Andrea Bonfiglioli.

## Ordine del giorno

1. Approvazione del verbale della seduta del 15 aprile 2004.

Il Consiglio, all'unanimità dei presenti, approva il verbale della seduta del 15 aprile 2004.

2. Pubblicità sanitaria.

Il Dott. Scoto comunica in merito alle decisioni della commissione Pubblicità. Il Consiglio approva quelle ritenute regolari dalla Commissione preposta.

3. Richieste di patrocinio.

Il Consiglio delibera la concessione del patrocinio a n. 3 richieste che l'apposita Commissione ha riscontrato conformi al regolamento ordinistico.

4. Iniziative da adottarsi nei confronti di colleghi che non rispettano le norme vigenti in materia di pubblicità sanitaria.

Il Dott. Scoto ricorda che negli ultimi tempi vi è stato un incremento di articoli sulla stampa locale da parti di colleghi specialisti e anche non che, illustrando la loro attività professionale, spesso ricadono nella pubblicità anziché nella informativa professionale.

5. Informativa in materia di obblighi derivanti dalla disciplina sulla privacy.



*Per gentile concessione Aboca Museum*

# Estratto del verbale del Consiglio Direttivo del 27/05/04

→ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Sergio Scoto, Dott. Michele Ugliola, Dott. Paolo Cernuschi, Dott.ssa Paolina Miscione, Dott. Alvisè Pascoli, Dott. Fabrizio Scardavi, Prof. Giovanni Attilio Turci, Dott. Mauro Voza, Dott. Federico Boni, Dott. Mauro Venturi.

**Revisori dei conti:** Dott. Antonio Curti, Dott. Andrea Bonfiglioli.

## Ordine del giorno

1. Approvazione del verbale della seduta del 29 aprile 2004.

Il Consiglio, all'unanimità dei presenti, approva il verbale della seduta del 29 aprile 2004.

2. Variazioni agli albi.

Il Dott. Scoto dà lettura delle variazioni agli albi intervenute, che vengono approvate all'unanimità dei presenti.

3. Cancellazioni d'ufficio dall'Albo degli Odontoiatri per coloro che non si sono iscritti al corso previsto dal D.L. 13.10.1998 n. 386 come da delibera n. 31/2004.

Il Segretario dà lettura dei nominativi dei medici che vengono cancellati d'ufficio dall'Albo degli Odontoiatri in quanto non si sono iscritti al corso di cui all'oggetto, obbligatorio per poter continuare ad esercitare l'odontoiatria e per continuare a rimanere iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

4. Cancellazione d'ufficio dell'annotazione di cui all'art. 5 della legge 24.7.85 n. 409 come da delibera n. 32/2004.

Il Segretario dà lettura dei nominativi dei medici che esercitavano l'odontoiatria in virtù di una specifica annotazione che è stata abrogata a seguito della emanazione della legge comunitaria 2003.

5. Riconoscimento titolo di medicina generale ai sensi comma 1 art. 30 D.Lgs. 17.8.99 n. 368.

Il Consiglio delibera il riconoscimento del titolo di medicina generale ai sensi del comma 1 art. 30 del D.Lgs. 17.8.99 n. 368 alla Dott.ssa Paglione Silvana.

6. Richieste di patrocinio.

Il Consiglio approva n. 5 richieste di patrocinio lette dal Prof. Turci che l'apposita Commissione ha riscontrato essere conformi al regolamento previsto.

7. Terne esami di stato anno 2004.

Il Consiglio prende atto delle terne esami di stato per l'anno 2004 per i medici laureati secondo il precedente ordinamento universitario per i quali l'esame di stato non ha subito modificazioni al contrario invece di coloro che si sono laureati in base al nuovo ordinamento.

8. Giornata del Medico 2004.

Il Presidente comunica che la data fissata per la celebrazione della prossima Giornata del Medico è per il 28 novembre p.v. e si terrà presso l'Oratorio San Filippo Neri.

9. Medicine non convenzionali e rapporti con la Regione.

Il Dott. Voza comunica di aver preso parte ai lavori della Commissione Nazionale FNOMCEO per le medicine non convenzionali in occasione del recente Consiglio Nazionale tenutosi a Perugia lo scorso 15 e 16 maggio in quanto diversi componenti sono anche Presidenti o Vice Presidenti d'Ordine. Nel corso dell'incontro il Prof. Amato ha brevemente

elencato le dichiarazioni del Dott. Barone in merito alla legge Lucchese sulle medicine non convenzionali, ribadendo gli intenti già espressi a suo tempo nel corso del Consiglio Nazionale tenutosi a Terni circa il fatto che la medicina non convenzionale deve essere esercitata esclusivamente da medici in quanto atto medico. È stato inoltre riaffermato il diritto del paziente a scegliere il proprio percorso diagnostico-terapeutico affidandosi sempre comunque ad un medico professionista esperto della materia. La Commissione ha inoltre richiesto fermamente l'istituzione presso gli Ordini di quei famosi registri degli esercenti le medicine non convenzionali affinché si possano evitare iniziative o addirittura progetti di legge che possano coinvolgere nei criteri di formazione per le medicine non convenzionali soggetti non medici.

Interviene sul problema delle medicine non convenzionali il Dott. Curti che constata come le richieste da parte dei pazienti siano sempre più numerose e cita una sentenza emessa dal tribunale di Catania che proscioglie Piero Angela da affermazioni sull'omeopatia rilasciate dallo stesso nel corso di un suo programma televisivo. Il Dott. Curti auspica inol-

tre che venga fatta la massima chiarezza sulle singole voci che rientrano nell'insieme delle cosiddette medicine alternative. Chiede inoltre di conoscere dati e notizie in merito alla sperimentazione che avrebbe dovuto essere attuata da un gruppo della facoltà di farmacologia dell'Università.

I Consiglieri discutono ampiamente sulla pratica delle medicine alternative e ribadiscono con forza la necessità che esse debbano essere sempre e comunque praticate da un medico.

10. Proposta per convegno "Adempimenti studi odontoiatrici" (Dott. Boni).

Il Dott. Boni riferisce che la Commissione Albo Odontoiatri è in procinto di organizzare per il prossimo 27 novembre un Convegno sugli adempimenti degli studi odontoiatrici. Stanno cercando di contattare relatori di chiara fama che parleranno di privacy, di strutture edilizie e di altri temi sempre inerenti il tema del Convegno.

Il Consiglio delibera l'organizzazione da parte della CAO del convegno in oggetto. Per quanto attiene l'approvazione delle spese, questa sarà rinviata a successive deliberazioni.



Per gentile concessione Aboca Museum

# Estratto del verbale del Consiglio Direttivo del 10/06/04

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

**Revisori dei conti:** Dott. Antonio Curti, Dott.ssa Patrizia Barile, Dott. Andrea Bonfiglioli.

## Ordine del giorno

1. Approvazione del verbale della seduta del 27 maggio 2004.

Il Consiglio, all'unanimità dei presenti, approva il verbale della seduta del 27 maggio 2004.

2. Variazioni agli albi.

Il Dott. Scoto dà lettura delle variazioni agli albi intervenute, che vengono approvate all'unanimità dei presenti.

3. Pubblicità sanitaria.

Il Consiglio approva le richieste di pubblicità sanitaria che sono state riscontrate conformi alla normativa vigente da parte dell'apposita Commissione.

4. Richieste di patrocinio.

Il Consiglio approva n. 1 richieste di patrocinio presentata dal Dott. Martinelli che l'apposita Commissione ha riscontrato essere conforme al regolamento previsto.

5. Nomina membri commissione borse di studio organizzate dall'Ordine e scadenza bandi.

## VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO  
PER MALATTIE NERVOSE

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

BOLOGNA - V. DELL'OSSERVANZA, 19

CENTRALINO: TEL. 051 580 395

AMBULATORI: TEL. 051 644 7852

UFFICIO PRENOTAZIONI RICOVERI:

TEL. 051 644 0324 - FAX: 051 580 315

e-mail: villabaruzzianafn@intervision.it

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



# Estratto del verbale del Consiglio Direttivo dell'8/07/04

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

**Revisori dei conti:** Dott. Antonio Curti, Dott. Nicola Angelino, Dott. Andrea Bonfiglioli.

## Ordine del giorno

1. Approvazione del verbale.  
Il Consiglio, all'unanimità dei presenti, approva.

2. Variazioni agli albi.

Il Dott. Scoto dà lettura delle variazioni agli albi intervenute, che vengono approvate all'unanimità dei presenti.

3. Richieste di patrocinio.

Il Consiglio all'unanimità dei presenti approva le richieste di patrocinio presentate, che l'apposita Commissione ha riscontrato conformi al regolamento vigente.

4. Designazione componenti commissione mediche per accertamento di invalidità richiesta dall'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Psicologi.

Il Presidente dà lettura della richiesta pervenuta dal Presidente dell'Ente nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Psicologi, Dott. Demetrio Houlis, con la quale si chiede all'Ordine di nominare quali componenti delle Commissioni Mediche di accertamento di invalidità denunciate da Psicologi due medici, specialisti rispettivamente uno in medicina legale o medicina del lavoro e uno in oncologia.



Per gentile concessione Aboca Museum

COMUNICATO STAMPA

TELEGRAMMI DEL PRESIDENTE DELLA FNOMCEO  
GIUSEPPE DEL BARONE ALLA FAMIGLIA ED ALLA CATEGORIA DEI GIORNALISTI

# *Il cordoglio dei Medici e degli Odontoiatri Italiani per la brutale esecuzione di Enzo Baldoni*

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone, anche a nome del Comitato Centrale della FNOM-CeO e di tutti i medici ed odontoiatri, ha espresso sentimenti di forte commozione per la barbara uccisione del giornalista Enzo Baldoni.

I sanitari italiani – di fronte all'efferato assassinio – si uniscono al dolore della famiglia così duramente colpita negli affetti più cari ed alla categoria dei giornalisti che ha perduto, oltre a un valido professionista, un assertore delle idee di libertà, solidarietà e di pace sino all'estremo sacrificio.



*Per gentile concessione Aboca Museum*

INCONTRO DI FORMAZIONE PER MMG

## *Il tempo del Medico di Medicina Generale*

→ Il giorno 20 Marzo 2004, presso il Centro di Studi Ca' Vecchia di Sasso Marconim si è svolto l'incontro di formazione "Il Tempo del Medico di Medicina Generale". L'iniziativa è stata promossa dai referenti dei Nuclei Cure Primarie dei Distretti ex ASL Bologna Sud ed organizzata in collaborazione con l'Area Progetto di Formazione per MMG nell'ambito degli incontri dei NCP.

Obiettivi del corso, del quale è allegato il programma ed al quale hanno partecipato oltre 160 MMG, erano di promuovere una discussione sul carico di lavoro e dell'organizzazione dell'attività del MMG (sia individuale che di gruppo) in funzione delle necessità assistenziali e delle disponibilità di risorse personali. Nel corso dell'incontro sono stati presentati i risultati di un questionario conoscitivo sottoposto ai MMG dell'ex ASL Bologna Sud. Il questionario era diviso in due parti: nella prima parte veniva richiesto di quantificare le ore destinate settimanalmente alle differenti attività della MG, nella seconda parte era richiesto di esprimere il grado di soddisfazione su aspetti significativi della vita professionale e di relazione con i colleghi specialisti, su un modello validato internazionalmente.

I risultati della prima parte, stratificati per quantità di assistiti in carico, hanno evidenziato che i MMG con almeno

1000 assistiti dichiarano mediamente di dedicare realmente nel corso della settimana 25 ore di ambulatorio e 15 ore di attività domiciliare (incluse le ADI), alle quali vanno aggiunte almeno 10 ore per attività burocratiche, contatti professionali, aggiornamento, ricerca ed organizzazione. Questo carico di oltre 50 ore (mediamente 53) settimanali non comprende le ore dedicate ai contatti telefonici con gli assistiti in orari extra-ambulatoriali.

La seconda parte del questionario ha evidenziato complessivamente una maggiore soddisfazione per il grado di assistenza fornito ai pazienti che per lo stato professionale. In particolare è risultata scarsamente soddisfacente la comunicazione con gli specialisti, in un'Area che dalla Montagna scende alle zone Est e Ovest di cintura metropolitana, nella quale i riferimenti specialistici adottano modalità organizzative variamente diversificate dai servizi ospedalieri agli ambulatori periferici.

Hanno partecipato all'incontro il Dott. Vittorio Caimi, MMG di Monza e Presidente del Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale, ed il Prof. Raffaello Rossi, Psicologo, Direttore Centro di Consulenza Familiare, Psicopedagogica e Relazionale di Bologna. Il Dott. Caimi, esperto di organizzazione del lavoro in MMG ed autore di numerose pubblicazioni sull'argomento, incluso il capitolo sull'organizzazione dello studio del MMG del Trattato Italiano di Medicina Generale, ha commentato i risultati del questionario e coordinato la discussione sottolineando la relazione tra tempo e contenuto del lavoro in MG. Il Prof. Rossi, esperto di psicopatologia delle relazioni familiari e lavorative, ha presentato i risultati di uno studio osservazione su MMG dell'Emilia Romagna evidenziando aspetti di disagio e burn-out con ricaduta negativa sulla qualità della vita, del lavoro e delle relazioni personali.

La discussione seguita agli interventi ha toccato diversi campi dello stato professionale della MG, dalle modalità organizzative ai riflessi che la peculiare attività di MMG comporta sulla sfera personale degli operatori, evidenziando come il continuo contatto e la relazione medico-paziente determina nella MG una situazione particolarmente onerosa specialmente nel contesto di piccoli centri. Al termine dell'incontro è stato disposto

di diffondere i risultati del questionario presso le sedi istituzionali Aziendali e dell'Ordine dei Medici, nonché tramite stampa specializzata. Viene altresì proposto di proseguire l'approfondimento del tema in un prossimo incontro.

*Cesare Tosetti*  
incaricato diffusione risultati dell'incontro  
"Il Tempo del MMG"

### QUESTIONARIO CONOSCITIVO

Sono state compilate 166 schede, 11 non indicavano il numero di assistiti e sono escluse dall'analisi.

Assistiti	% Schede	% Maschi	>5 AA Associazione	% Convenzione	Specialità	Ore settimanali medie assistenza	Ore settimanali medie attività non assistenziali
<500	21	55%	20%	19%	62%	20	9
500-1000	29	8%	61%	89%	86%	33	12
>1000	105	74%	47%	98%	97%	42	13

### ORE SETTIMANALI RIFERITE DI ATTIVITÀ

	Mediana	(range)
Ore medie settimanali effettive di attività ambulatoriale	25	(16-50)
Ore medie settimanali per le visite domiciliari ordinarie	10	(1-20)
Ore medie settimanali per le ADI	2	(0-15)
Ore medie settimanali per le ADP	2	(0-30)
Ore settimanali per contatti professionali	1	(0-20)
Ore medie settimanali per il progetto diabete	1	(1-6)
Ore medie settimanali per il progetto psichiatria e MG	0	(0-3)
Ore medie settimanali per pratiche burocratiche	2	(0-25)
Ore medie settimanali di aggiornamento obbligatorio	1	
Ore medie settimanali di aggiornamento non obbligatorio	2	(0-12)
Ore settimanali dedicate alla ricerca e ad attività organizzative	1	(0-20)
<b>Totale ore attività cliniche</b>	<b>41</b>	<b>(22-96)</b>
<b>Totale ore attività organizzative</b>	<b>10</b>	<b>(3-76)</b>
<b>Totale ore attività</b>	<b>53</b>	<b>(30-172)</b>

**I dati sono riferiti ai 105 MMG con > 1000 assistiti**

**GRADO DI SODDISFAZIONE**  
(1 = totalmente insoddisfatto, 5 = totalmente soddisfatto)

	1	2	3	4	5
Grado di assistenza fornito ai pazienti	0%	2%	32%	55%	10%
Grado di autonomia personale professionale	4%	13%	46%	30%	8%
Retribuzione che si riceve	20%	38%	34%	7%	1%
Quantità di pazienti assistiti	2%	10%	23%	29%	35%
Modo in cui è condotta l'attività professionale	3%	14%	40%	35%	8%
Attuale stato professionale	7%	23%	38%	30%	3%
Possibilità di riacquistare la gestione dei pazienti dopo consulenza specialistica	3%	29%	41%	24%	3%
Possibilità di attivare lo specialista più indicato	13%	44%	28%	12%	3%
Comunicazione con gli specialisti riguardo gli esiti delle consulenze	19%	47%	25%	7%	1%

**I dati sono riferiti ai 105 MMG con > 1000 assistiti**

## *In memoria di Salvatore Scandurra*

→ Gli amici e i colleghi piangono l'improvvisa e drammatica scomparsa di Salvatore Scandurra, avvenuta il 16 marzo 2004.

Salvatore era nato a Panarea nel 1950, e nel 1977 si era laureato con 110 e lode a Bologna, dove risiedeva. Nel 1978 si era convenzionato con il Servizio sanitario nazionale e nel 1982 si era specializzato in malattie dell'apparato cardiovascolare all'Università degli studi di Padova.

È stato medico frequentatore presso la Divisione di cardiologia dell'Ospedale Borgo Trento di Verona, era tutor per la medicina generale, socio della Società italiana di medicina generale e vice pre-

sidente provinciale della Scuola emiliano romagnola di medicina generale, consigliere provinciale della Federazione italiana medici di medicina generale, membro della Commissione farmaci dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna.

È stato autore del libro *Test di medicina generale (Linee guida e test per l'ammissione ai corsi di formazione in medicina generale)*, e di 43 pubblicazioni scientifiche di prevalente interesse cardiologico e di medicina generale. Ha organizzato e tenuto corsi su temi riguardanti HIV, AIDS e patologie correlate, medicina delle tossicodipendenze, cardiopatia ischemica. Ha coordinato i corsi di aggiornamento sulle linee guida per ipertensione e scompenso cardiaco e ha condotto, in collaborazione con i cardiologi ospedalieri, seminari interdisciplinari in tutti i corsi biennali di formazione per i medici di medicina generale fin dalla loro istituzione.

Di tutto quello di cui si è occupato, a noi piace soprattutto ricordare l'entusiasmo

con cui intraprese e portò a termine il progetto di fondazione nella nostra città dell'unità operativa dell'Associazione di volontariato "Nelson Frigatti", che ha avuto e ha un ruolo non marginale di supporto alla nostra attività professionale quotidiana per quanto concerne l'assistenza domiciliare ai pazienti impossibilitati a spostarsi per patologie gravi.

Dobbiamo anche ricordare, purtroppo, la campagna di sovraesposizione mediatica messa in atto da alcuni mezzi d'informazione nei suoi confronti, quando fu accusato di aver causato il decesso di una paziente prescrivendo una statina (cervastatina) contemporaneamente ai fibrati. Il processo destinato a chiarire le eventuali responsabilità si è concluso con la sentenza definitiva di piena assoluzione,

che ci restituisce l'immagine di un collega che era un medico di elevata competenza e che ha sempre effettuato prescrizioni farmacologiche corrette e appropriate.

Il ricordo di Salvatore Scandurra resterà sempre con noi come quello di un amico carissimo, di un medico integro e professionalmente preparato, disponibile nei confronti degli assistiti, intelligente ed entusiasta ideatore di progetti e di iniziative culturali.

Per questo intendiamo dare il nome di Salvatore Scandurra all'unità operativa di Bologna dell'Associazione "Nelson Frigatti".

Ciao Salvatore, anche a nome degli amici che ti hanno voluto bene.

*Giancarlo Furlò*

medico di medicina generale

## ***Ticket sull'aborto? No, grazie***

→ Trovo francamente fuori luogo l'intervento del ministro della salute a proposito dell'introduzione di un ticket per scoraggiare le interruzioni volontarie di gravidanza. Che senso ha farne una questione di censo? L'interruzione volontaria di gravidanza è una decisione sempre drammatica per chiunque, ma che già adesso lo è ancor di più proprio per le fasce a minor reddito, spesso costrette a tale decisione proprio da motivi economici. Meglio sarebbe a mio avviso inve-

stire di più nella prevenzione attraverso programmi di educazione scolastica e sui luoghi di lavoro, migliorando inoltre l'assistenza sociale e le condizioni logistiche di quelle famiglie che altrimenti non possono permettersi l'arrivo di un secondo o di un terzo figlio. Vedrei invece con favore l'introduzione di un piccolo contributo sulla farmaceutica e sui medici di famiglia, per aumentare le risorse disponibili e nel contempo responsabilizzare i cittadini. Parte di tali introiti potrebbero essere utilizzati per rendere rimborsabili le pillole anticoncezionali di ultima generazione ed i programmi di educazione sanitaria con fini preventivi.

Dr. Marcello Zanna

Medico di famiglia - Bazzano - Bologna

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

# **Contratti libero professionali e incarichi: tariffe indecorose e vessatorie**

→ Giungono sempre più frequenti e preoccupanti segnalazioni sul ricorso, da parte di Aziende Ospedaliere e Sanitarie Locali, a contratti di natura libero professionale per prestazioni mediche e specialistiche prima regolamentate e codificate esclusivamente da rapporti di dipendenza e/o di convenzione.

Tale ricorso viene giustificato sulla base del D.L. n°165/2001 che consentirebbe alle Amministrazioni Pubbliche di conferire incarichi individuali ad esperti di comprovata competenza allorché siano in presenza di esigenze cui non possono far fronte con personale in servizio.

Viene anche fatto riferimento alla possibilità di accordi di diritto privato tra la AP ed i singoli medici in forza della Legge n°289/2002 che prevede che per l'anno 2003 le Amministrazioni possano procedere all'assunzione di personale a tempo indeterminato o con convenzione, ovvero alla stipula di contratti di collaborazione coordinata e continuativa nel limite del 20% della spesa media annua sostenuta per le stesse finalità del triennio 1999-2001.

Senza entrare nella specifica interpretazione legislativa che comporta questioni di carattere legale e giuridico non di competenza ordinistica, preme sottoli-

neare come questi incarichi vengano spesso assegnati in modo arbitrario, senza un vero e proprio esame o la formazione di una graduatoria:

- comportino tariffe al di sotto dei minimi stabiliti dall'Ordine, palesemente indecorose (10,00 euro per visita, oppure 30,99 euro orari con l'obbligo di 6 visite l'ora) e vessatorie nei confronti del professionista che vede il suo stipendio erogato per intero solo al raggiungimento degli obiettivi concordati e nella stessa percentuale del loro raggiungimento
- siano oltretutto particolarmente onerosi nei confronti dello specialista che deve provvedere a sue spese ad una personale assicurazione infortuni e RCT
- siano privi di qualunque forma di garanzia potendo essere revocati per autonoma determinazione delle parti con preavviso scritto di una settimana non motivato e con penali ridicole.

L'Ordine ha già preso posizione contro questi contratti che sviliscono la categoria (ricordo tra l'altro l'articolo di Marco Perelli Ercolini, intitolato "No ai medici in affitto"), ha provveduto ad informare il Ministro Sirchia e ha dibattuto l'argomento nella Commissione Istituzioni e Territorio.

Anche la Regione Lombardia con nota del 17 aprile 2004 ha chiesto opportuni chiarimenti ai Direttori Generali di Milano e Provincia.

L'estrema flessibilità normativa di questi accordi unita alla retribuzione indecorosa pone in ridicolo ed in pericolo qualsiasi contratto o convenzione sottoscritti a livello nazionale e rischia una preoccupante estensione, data la posizione di debolezza dei Collegi danneggiati.

Da "Bollettino ordine provinciale Medici Chirurghi ed Odontoiatri"  
Milano 3/2004

# La medicina cinese

## → Breve storia

Il fondatore della medicina cinese è Shen Nong. Vissuto all'incirca nel 3000 a.C., quest'imperatore iniziò la coltivazione dei cinque cereali (frumento, grano, miglio giallo, riso, fagioli neri), sperimentò per primo le piante che mantengono la salute e che curano le malattie, pose le basi della diagnosi e della terapia medica.

Il più antico trattato di medicina risale al 2650 a.C. ed è intitolato *Nei Jing*; quest'opera, che fu scritta dall'imperatore Huangdi, ordina tutte le conoscenze del tempo ed illustra la filosofia di base della tradizione cinese.

In seguito, via via che aumentavano le cognizioni sulla salute e sulle malattie dell'uomo, i testi di medicina si moltiplicarono, mentre l'agopuntura e la moxa, due tra le terapie della medicina tradizionale cinese, si svilupparono notevolmente in tutta la Cina. Attualmente in quel paese vi sono molte università, case di cura, istituti di ricerca specializzati in medicina cinese, la cui diffusione nel mondo riguarda circa cinquanta paesi, compresa l'Italia.

In Occidente l'**agopuntura** fu introdotta alla fine dell'Ottocento da Georges Soulié de Morant. La scuola francese da lui fondata rappresentò per molti anni un importante punto di riferimento culturale e, dopo la seconda guerra mondiale, il suo insegnamento approdò in Italia. Nel nostro paese vi sono oggi molte scuole di formazione riservate ai medici. Il riconoscimento dell'efficacia dell'agopuntura risale alla fine degli anni Settanta, quando si stabilì, fra l'altro, che la pratica di questa terapia è da considerarsi un "atto medico". Da tutto ciò si può

comprendere come l'agopuntura possa essere eseguita solo dai medici, e chi non sottostà a questa normativa dello stato italiano è perseguibile penalmente per "abuso della professione medica".

## Concezione energetica cinese

Per la medicina tradizionale cinese tutto è energia. Qualsiasi cosa esistente in natura, compreso l'universo, è energia in continuo moto e perenne trasformazione. Il simbolo che riassume tutto il pensiero cinese è quello del tao.

Questo simbolo rappresenta nel suo cerchio un'unità, che contiene due forze contrapposte ma complementari. Queste continuano eternamente a fluire l'una verso l'altra e, quando arrivano al proprio massimo energetico, hanno comunque dentro di sé una piccola parte dell'altra. Le due forze sono chiamate dai cinesi yin e yang. Esse sono presenti ovunque e regolano con il loro movimento tutte le cose. L'una esiste perché esiste l'altra e non è possibile separarle né negarne una perché si dissolverebbe il senso dell'altra.

Facciamo un esempio: per definire la luce abbiamo bisogno del suo opposto, cioè il buio, e viceversa.

Tuttavia non è sufficiente limitarsi ad una statica definizione di opposti! In realtà, ogni energia è in movimento, nasce, raggiunge un massimo, decresce e mentre muore nasce quella opposta, che raggiunge a sua volta un massimo energetico, decresce e muore mentre rinasce nuovamente l'altra. È questa la rappresentazione dei ritmi dell'universo: il giorno e la notte, le stagioni, i cicli lunari, l'anno solare, il ritmo sonno-veglia ecc.

Lo yin viene definito come energia potenziale (la quiete, l'aspetto materiale, la tendenza a contenere e ad accumulare forza), lo yang è l'energia che si esprime, e cioè il movimento, l'emanazione, l'esteriorità.



## Classificazione yin e yang

Ecco una "limitata" classificazione di ciò che è yin e ciò che è yang:

<b>Yin</b>	<b>Yang</b>
Materia	Energia
Inverno	Estate
Mezzanotte	Mezzogiorno
Luna	Sole
Femminile	Maschile
Madre	Padre
Sorella	Fratello
Profondo	Superficiale
Discontinuo	Continuo
Lento	Rapido
Finito	Infinito
Sostanza	Forma
Freddo	Caldo
Interiore	Esteriore
Spazio	Tempo
Pari	Dispari
Passivo	Attivo
Tramonto	Alba
Pesante	Leggero
Nascosto	Scoperto
Cronico	Acuto
Sonno	Veglia
Basso	Alto
Causa	Effetto
Psiche	Corpo
Concentrare	Espandere
Acqua	Fuoco
Terra	Cielo
Conservatore	Consumatore

Tutto, dunque, può rientrare in una classificazione yin-yang, e questo concetto può essere applicato anche alla medicina.

## I cinque elementi

Il pensiero cinese differisce da quello occidentale per la preminenza assegnata all'analogia rispetto alla razionalità. Mentre quest'ultima è dominata dal principio di causa-effetto, la prima si interessa a fenomeni apparentemente collegati non da tale principio ma da caratteristiche comuni. Facciamo un esempio per chiarire meglio questo concetto.

La stagione estiva è caratterizzata dal calore del sole. Il grande caldo estivo richiama il calore che l'uomo può procurarsi accendendo il fuoco. Dunque, l'estate è la stagione del fuoco, dello yang massimo, così come il mezzogiorno e il sole in quanto tale. E ancora: il sud è la terra del sole, il rosso è il colore del fuoco ma anche del sangue, e quello che muove e dà energia al sangue è il cuore, organo della gioia e "sole" dell'effettività del corpo.

Ecco, dunque, come estate, cuore e sangue sembrano essere legati da uno stesso senso. Da questo modo di osservare la natura, sperimentato per oltre quattromila anni, si sono gradualmente originate corrispondenze analogiche con quelli che sono considerati i cinque elementi di base della natura, e cioè:

**il legno**

**il fuoco**

**la terra**

**il metallo**

**l'acqua**

Sia l'uomo, visto nel suo insieme funzionale e organico di corpo e psiche, sia tutta la natura in cui è inserito sono riconducibili alla presenza di questi cinque elementi. La tabella che troverete alle pagine seguenti rappresenta un esempio di raggruppamento analogico di funzioni, proprietà, stagioni, organi del corpo, alimenti ecc., che stanno alla base dei principi cui si ispira la medicina cinese per diagnosticare e per curare le malattie.

Come si può notare, a ogni organo del corpo corrispondono affinità analogiche sia positive che negative; per la medicina cine-

se, molte funzioni del corpo umano, sia organiche che psichiche – apparentemente non direttamente collegabili – in realtà appartengono allo stesso “elemento”.

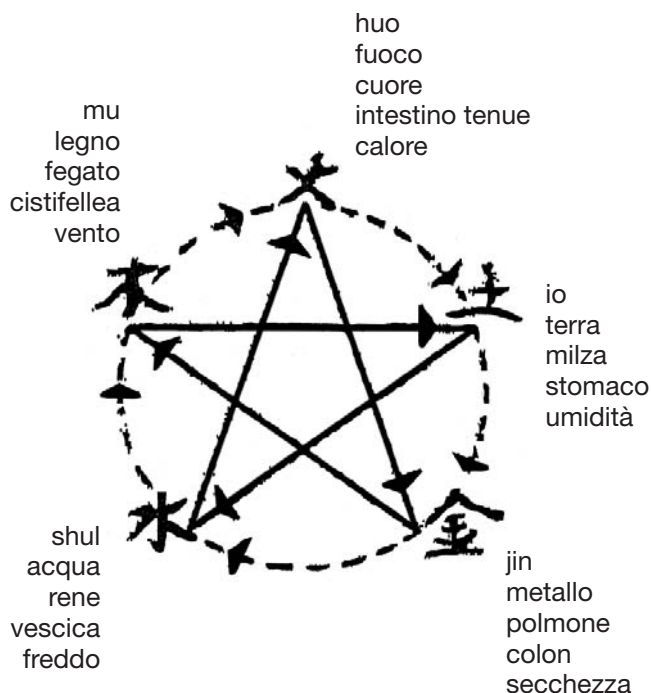
I cinque elementi inoltre, e così la fisiologia degli organi corrispondenti, sono legati fra loro da un processo detto “di generazione”, schematizzato nella figura.

Le frecce stanno a indicare l’eterno ciclo

degli elementi, le stagioni, i climi e gli organi del corpo umano con le rispettive funzioni.

Ebbene, l’equilibrio del corpo umano, cioè la salute, è l’insieme di tutte le corrispondenze e dell’eterno ciclo di generazione armonica di un elemento dall’altro.

*Dott. Mauro Voza*



*segue nel prossimo numero*

**POLIAMBULATORIO PRIVATO**

**S. LUCIA**

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

P.G. n. 69914 del 6.4.2004

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

**DOTT. LUCIA SCOROLLI**

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

**DOTT. SERGIO ZACCARIA SCALINCI**

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

**DOTT.SSA MARIACHIARA MORARA -**

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

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

# Perché Uroginecologia

**U.O. di Ostetricia e Ginecologia USL di Bologna-Ospedale Maggiore Servizio di Uroginecologia responsabile Dott. Carlo Villa**

→ Sulla base di queste considerazioni abbiamo attivato dal giugno 2001 presso l'UO di Ostetricia e ginecologia della Maternità, ora presso l'Ospedale Maggiore, un servizio di Uroginecologia che si avvale di propri specialisti e della consulenza, laddove necessita, di altri professionisti (urologo, colonproctologo, radiologo, neurologo, fisiatra, ecc.).

## CHI SIAMO

### Uroginecologi:

Dott. Carlo Villa (responsabile)  
Dott. Raffaele Di Micco  
Dott. Pietro Verre

### Consulenti:

**Urologi** della U.O. di Urologia Dott. Cuzocrea - Ospedale Maggiore

**Colonproctologi** dell'U.O. di Chirurgia Prof. Jovine - Ospedale Maggiore

## ATTIVITÀ AMBULATORIALE

Lunedì e venerdì dalle ore 8,30 alle 12,30 presso l'ambulatorio n. 28 della palazzina ambulatori dell'Ospedale Maggiore. Attuale tempo di attesa 30 gg circa.

Per informazioni e prenotazioni telefonare dal lunedì al venerdì dalle ore 12,30 alle 13,30 alle infermiere Angela e Ivana allo **051 6478240** e.mail: [carl.villa@virgilio.it](mailto:carl.villa@virgilio.it)

ACCADEMIA NAZIONALE DEI LINCEI  
00165 ROMA - PALAZZO CORSINI  
VIA DELLA LUNGARA, 10

***Bando di Concorso ad una borsa biennale post-dottorato, in memoria della Signora Gabriella Dolfin Voyasidis, per attività di ricerca inerenti a materie oncologiche di base di cui usufruire presso l'Università di Padova per il 2004-2006***

→ L'Accademia Nazionale dei Lincei bandisce un concorso ad una borsa biennale post-dottorato con lo scopo di approfondire attività di ricerca di base in oncologia da svolgersi presso la Sezione di Oncologia del Dipartimento di Scienze oncologiche e chirurgiche, il Dipartimento di Scienze biomediche sperimentali o altro eventuale dipartimento biologico dell'Università di Padova.

L'importo di ciascuna borsa è fissato in € 10.000 annui e verrà corrisposto in rate trimestrali posticipate.

Per il pagamento delle rate successive alla prima i borsisti dovranno inviare al Presidente dell'Accademia una dichiarazione di frequenza e di profitto firmata dal Direttore del Dipartimento nel quale viene svolta la ricerca.

Per la partecipazione al concorso è richiesto, pena l'esclusione:

- il possesso di un diploma di laurea conseguito presso una università italiana;
- il possesso del titolo accademico di

dottore di ricerca conseguito presso una università italiana.

Le domande di partecipazione al concorso, redatte in carta libera, dovranno essere inviate esclusivamente a mezzo raccomandata, all'Ufficio Premi e Borse di Studio - Accademia Nazionale dei Lincei - via della Lungara 10 - 00165 Roma - entro il **30 novembre 2004**. Per il rispetto del termine predetto, farà fede il timbro dell'Ufficio Postale accettante. Sulla busta inoltre dovrà essere chiaramente riportata la dicitura: Domanda di partecipazione al concorso per l'assegnazione di due borse di studio post-dottorato in memoria della Signora Gabriella Dolfin Voyasidis.

Non è ammessa la presentazione di domande o lavori fatta personalmente negli Uffici dell'Accademia dagli interessati o da persona da loro incaricata.

Nella domanda il candidato dovrà dichiarare, sotto la propria responsabilità:

- le proprie generalità, la data e il luogo di nascita, la cittadinanza, la residenza ed il recapito eletto agli effetti del concorso (specificando il codice di avviamento postale e, se possibile, il numero telefonico);

- di essere in possesso del diploma di laurea conseguito presso una università italiana indicando l'università, la data del conseguimento e la votazione riportata;

- di essere in possesso del titolo di dottore di ricerca, l'università sede amministrativa del dottorato, la data di conseguimento e l'università sede d'esame finale;

- di essere a conoscenza che tali borse non possono essere cumulate con altre a qualsiasi titolo conferite tranne che con quelle concesse da istituzioni nazionali o straniere utili ad integrare, con soggiorni all'estero, l'attività di formazione o di ricerca dei borsisti;

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o del recapito indicato nella domanda di ammissione;

- di essere a conoscenza di tutte le norme contenute nel bando di concorso.

Nella domanda il candidato dovrà comunicare da quale professore saranno assunte le funzioni di referente scientifico.

Alla domanda i concorrenti dovranno allegare la seguente documentazione:

- una copia della tesi di dottorato;

- il curriculum della propria attività scientifica e didattica;

- eventuali pubblicazioni, attestati e ogni altro titolo ritenuto utile a comprovare la propria qualificazione in relazione al tema di attività di ricerca per cui intendono concorrere (in originale, in copia autenticata, o in copia accompagnata da dichiarazione dello scrivente attestante la conformità della copia all'originale);

- copia della tesi di laurea qualora il tema trattato sia inerente alla disciplina oggetto della ricerca di cui al presente bando;

- elenco dei titoli e delle pubblicazioni sopra menzionati;

- specifico programma di ricerca accompagnato dal benessere del referente scientifico e dal Direttore del Dipartimento.

I documenti dovranno essere in carta libera.

La Commissione giudicatrice sarà composta da tre membri nominati dalla Classe di Scienze Fisiche, Matematiche e Naturali dell'Accademia nazionale dei Lincei.

La selezione avverrà per titoli e per colloquio. Il giudizio della Commissione è inappellabile.

Al termine dei lavori la Commissione formulerà una graduatoria di merito. I candidati classificati rispettivamente al primo e al secondo posto della graduatoria saranno designati quali vincitori. In caso di rinuncia dell'avente diritto, prima che lo stesso abbia iniziato l'attività di ricerca, subentrerà un altro candidato, secondo l'ordine della graduatoria.

L'attività di ricerca avrà inizio alla data fissata dal responsabile scientifico, pena la decadenza dal diritto alla borsa. In tal caso subentrerà il candidato immediatamente successivo nella graduatoria di

merito. Ai candidati utilmente collocati nella graduatoria verrà data comunicazione scritta dell'esito del concorso.

È previsto il differimento della data di inizio o la sospensione del periodo di godimento della borsa, per servizio militare, per grave e documentata malattia e per quanto previsto dalle Leggi 1204/1971 e 53/2000.

Entro 15 giorni dalla data di comunicazione del conferimento della borsa, l'assegnatario dovrà inviare alla Segreteria dell'Accademia una lettera di accettazione della borsa stessa ed entro 30 giorni dalla stessa data dovrà far pervenire alla Segreteria dell'Accademia il certificato di laurea, il certificato di cittadinanza italiana e una dichiarazione che attesti di non aver riportato condanne penali in data anteriore a quella di pubblicazione del presente bando.

Il borsista è tenuto a frequentare, in modo continuativo, il laboratorio presso il

quale svolge attività di ricerca secondo le modalità fissate dal referente scientifico e dal Direttore del Dipartimento stesso. L'erogazione della borsa potrà venire sospesa qualora il borsista non svolga in modo regolare l'attività programmata, previa dichiarazione in questo senso rilasciata dal Direttore del Dipartimento. Nei casi di rinuncia o di interruzione della frequenza senza giustificati motivi verrà corrisposta la quota di borsa corrispondente al periodo di frequenza effettuato. Il borsista fruirà, per tutta la durata della borsa, di una assicurazione per infortuni di laboratorio.

L'erogazione della borsa non rappresenta in alcun modo un rapporto di lavoro dipendente né con l'Università né con l'Ente erogatore dei fondi.

*Il Presidente*  
Giovanni Conso

ACCADEMIA NAZIONALE DEI LINCEI  
00165 ROMA - PALAZZO CORSINI  
VIA DELLA LUNGARA, 10

## **Concorso a due borse di perfezionamento negli studi di Biomedicina e Biologia "Dott. Giuseppe Guelfi" per il 2005**

→ L'Accademia Nazionale dei Lincei bandisce un concorso a due borse di perfezionamento "Dott. Giuseppe Guelfi", negli studi di Biomedicina e di Biologia.

Le borse, della durata di un anno, non

sono rinnovabili. L'ammontare di ciascuna borsa è di € 9.000.

Al concorso possono partecipare cittadini italiani laureati in Medicina e Chirurgia o in Scienze Biologiche, da non più di tre anni alla data di emissione del presente bando, che intendano eseguire ricerche di Scienze Biomediche o di Scienze Biologiche presso Istituti delle Università di Firenze, Pisa, Siena o presso la Scuola Normale Superiore di Pisa.

La Commissione, graduati i candidati in base ai titoli presentati, può sottoporre quelli in possesso di titoli adeguati ad un colloquio per la scelta definitiva. Le predette borse Guelfi non sono cumulabili con quelle concesse ai vincitori da altri Enti, né con assegni o sovvenzioni di analoga natura e non potranno essere cumulate neppure con stipendi o retribuzioni di qualsiasi tipo, derivanti da rapporti di lavoro pubblico o privato.

Le domande, redatte in carta libera e dirette al Presidente dell'Accademia, devono essere inviate alla Segreteria dell'Accademia Nazionale dei Lincei (Via della Lungara, 10 - 00165 Roma), entro il **30 novembre 2004** (data del timbro postale).

Su tali domande i concorrenti dovranno dichiarare, sotto la propria responsabilità:

- i dati anagrafici;
- il tipo di laurea conseguita con relativa data e con specificazione del voto finale nonché delle votazioni riportate nei singoli esami di profitto;
- di aver assolto gli obblighi di leva o di essere in grado di ottenere il rinvio del servizio militare per tutto il periodo di fruizione della borsa.

I concorrenti dovranno allegare alla domanda la seguente documentazione:

- curriculum;
- lettera di presentazione del Direttore dell'Istituto in cui è stato eseguito il lavoro per la tesi di laurea;
- specifico programma di ricerca da eseguirsi presso l'Università prescelta accompagnato dal benestare del Direttore dell'Istituto presso il quale il candidato intende recarsi;
- una copia della tesi di laurea;
- una copia di ogni eventuale pubblicazione o titolo.

Non è ammessa la presentazione di domande o lavori fatta personalmente negli Uffici dell'Accademia.

La Commissione giudicatrice è composta di tre membri nominati dalla Classe di Scienze Fisiche, Matematiche e Naturali, prescelti tra i Soci della Categoria di Scienze Biologiche e Applicazioni.

Il giudizio della Commissione è inappellabile.

Il periodo di fruizione delle borse non può essere differito per più di tre mesi.

I borsisti fruiranno per tutta la durata delle borse di una assicurazione per infortuni di laboratorio.

La somma corrispondente alle borse

sarà versata in rate quadrimestrali anticipate. Per il pagamento delle rate successive alla prima, i borsisti devono inviare una dichiarazione di frequenza e di profitto firmata dal Direttore dell'Istituto.

È facoltà insindacabile dell'Accademia dei Lincei, sentito il parere del Direttore dell'Istituto presso cui gli assegnatari delle borse lavorano, di interrompere il pagamento delle rate, con preavviso di almeno un mese, qualora non giudicasse soddisfacente il profitto degli studi e del lavoro compiuto.

Entro tre mesi dalla fine del periodo di fruizione della borsa, i borsisti sono tenuti a trasmettere al Presidente dell'Accademia una relazione sul lavoro compiuto (approvata dal Direttore dell'Istituto) e una copia delle eventuali pubblicazioni.

I vincitori delle borse dovranno far pervenire alla Segreteria dell'Accademia, entro 30 giorni dalla data del conferimento, una lettera di accettazione della borsa nonché la seguente documentazione:

- a) certificato di nascita;
- b) certificati di cittadinanza italiana e penale rilasciati in data non anteriore a quella di pubblicazione del presente bando;
- c) dichiarazione comprovante il possesso dei requisiti relativi alla non cumulabilità della borsa;
- d) certificato di laurea;
- e) certificato da cui risulti la posizione relativa agli obblighi di leva.

In mancanza di concorrenti, o qualora non si assegnino le borse, l'ammontare previsto per le borse non assegnate potrà andare - su proposta della Commissione giudicatrice - sia ad aumento del capitale, sia per il conferimento di un maggior numero di borse nell'anno successivo.

*Il Presidente*  
Giovanni Conso

ACCADEMIA NAZIONALE DEI LINCEI  
VIA DELLA LUNGARA, 10 - 00165 ROMA

## ***Regolamento per il conferimento di borse di studio a favore di studiosi italiani che si rechino in Gran Bretagna in base agli accordi fra l'Accademia Nazionale dei Lincei e la Royal Society***

### Art. 1 Natura ed ammontare delle borse

L'Accademia Nazionale dei Lincei bandisce un concorso a borse di studio a favore di studiosi italiani che si rechino in Gran Bretagna per periodi di ricerca nelle discipline comprese nella Classe di Scienze Fisiche, Matematiche e Naturali. Per l'anno accademico 2004-2005 le borse sono destinate alle seguenti discipline:

**Astronomia; Mineralogia e applicazioni; Zoologia; Patologia.**

La durata di ciascuna borsa è fissata in 5 mesi per un importo di € 6.500.

Le borse non sono cumulabili con altre borse o assegni di carattere similare.

L'importo della borsa verrà corrisposto al borsista in due soluzioni: la prima anticipatamente e la seconda dopo tre mesi dietro invio, da parte del responsabile della ricerca, di un attestato di frequenza e di profitto.

### Art. 2 Domande

Possono concorrere tutti coloro che abbiano conseguito il dottorato di ricerca e che siano laureati da non più di dieci an-

ni alla data di scadenza del concorso. Possono altresì concorrere coloro che, pur non avendo conseguito il dottorato, abbiano svolto attività di ricerca debitamente comprovata da pubblicazioni scientifiche su riviste a diffusione internazionale apparse negli ultimi cinque anni.

Il candidato è tenuto a compilare integralmente l'apposito modulo-domanda che potrà essere richiesto all'Ufficio Premi e Borse di Studio dell'Accademia o ricavato da Internet ([www.lincci.it](http://www.lincci.it)).

Le domande, unitamente a tutta la documentazione, dovranno essere inviate alla Segreteria dell'Accademia Nazionale dei Lincei entro il **30 ottobre 2004** (data del timbro postale).

Non possono usufruire della borsa studiosi che già si trovino in Gran Bretagna a qualsiasi titolo.

Non è ammessa la presentazione di domande effettuata personalmente negli Uffici dell'Accademia.

Il candidato è tenuto, pena la nullità della domanda, ad inviare all'Accademia entro il predetto termine una lettera di accettazione del responsabile delle ricerche, lettera nella quale sia espressa l'approvazione del programma proposto, sia per quanto riguarda il tema, sia per il periodo di tempo contemplato.

Il borsista si impegna a presentare all'Accademia, entro tre mesi dal termine del periodo di fruizione della borsa, una relazione sull'attività svolta, approvata dal responsabile della ricerca.

### Art. 3 Commissioni giudicatrici

Le Commissioni giudicatrici sono nominate dalla Classe di Scienze Fisiche, Matematiche e Naturali.

Ciascuna Commissione consta di tre Soci della rispettiva Sezione.

### Art. 4 Conferimento delle borse

Le Commissioni di cui all'art. 3 vengono convocate per esaminare le domande

regolarmente pervenute all'Accademia. Esse formulano un giudizio comparativo sui candidati e sui relativi programmi presentati e avanzano proposte di assegnazione delle borse.

Le conclusioni alle quali pervengono le singole Commissioni sono esaminate in una riunione plenaria delle Commissioni stesse.

Successivamente, le proposte definitive delle Commissioni sono sottoposte all'approvazione della Classe e poi alla delibera del Consiglio di Presidenza.

*Il Presidente*  
Giovanni Conso



**Azienda Ospedaliera  
di Bologna  
Policlinico  
S. Orsola - Malpighi**

**Dipartimento  
Anestesia, Rianimazione  
Terapia Intensiva e Terapia Antalgica  
(Direttore: Prof. Gerardo Martinelli)  
Anestesia e Rianimazione-Martinelli**



Università degli Studi di  
Bologna

## Ambulatorio di Analgesia

→ Con la presente, mi prego comunicare che presso l'Unità Operativa da me diretta è attivo un ambulatorio di analgesia con posti riservati alla prenotazione CUP.

L'ambulatorio è situato presso il padi-

glione 25 del Policlinico S. Orsola-Malpighi, a pianterreno (accesso da Via Massarenti o da Viale Ercolani) e le visite vengono effettuate il lunedì dalle ore 14 alle ore 16,30 ed il mercoledì dalle ore 10 alle ore 11 e dalle 14 alle 14,30.

Vengono effettuate visite di Terapia Antalgica per dolore acuto e cronico da varie cause, nonché trattamenti antalgici specialistici.

Prof. Gerardo Martinelli

# CKF

## POLIAMBULATORIO PRIVATO

CENTRO KINESI FISIOTERAPICO DI GIORNO s.a.s.

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

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

Autorizzazione Comune di Bologna P.G. 84545 del 21.05.2001

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



## MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI AGGIORNATO AL 10/09/2004

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ANDALÒ FEDERICA	Via Calanco, 51 - Dozza Imolese	0542/67.90.51 - 338/90.31.414
BAIOCCHI MASSIMO	Via Montelungo, 6 - Bologna	347/44.32.960
BERNARDI ROBERTO	Via Mezzofanti, 10 - Bologna	051/39.95.28 - 349/56.80.207
BELLAN MARZIO	Via Batoli, 2 - Bologna	051/58.83.243 - 339/42.66.374
BIANCHINI SILVIA	Via Mengoli, 20 - Bologna	051/34.12.65 - 347/74.04.654
BIAZZO DANIELA	Via Parisio, 6 - Bologna	349/56.64.115
BLANDINO SIMONA	Via G. Bentivogli, 77 - Bologna	051/63.60.983 - 333/34.40.836
BONAVINA GIUSEPPE	Via Mura di Porta Castiglione, 3 - Bologna	051/58.01.97 - 340/29.79.142
BORRI FRANCESCO	Via Breventani, 10 - Bologna	051/61.54.817 - 397/53.31.438
BRILLANTE ROBERTO	Via Santa Maria, 34 - Lovere	347/65.18.530
BRUNO MARIA CARMELA	Via S. Isaia, 57 - Bologna	051/64.90.888 - 328/01.99.122
CALABRESE MONICA	Via F. Acri, 9 - Bologna	051/22.72.08 - 340/90.99.868
CARBONE CATERINA	Via Massarenti, 222 - Bologna	051/34.74.66 - 348/76.33.402
CARUSO LORELLA	Via Berti - Bologna	051/55.40.79
CASAGLIA ALESSANDRO	Via Montanari, 22 - Bologna	051/34.15.72 - 348/56.32.577
CASATELLO MARIAPIA	Via S. Donato, 136 - Bologna	051/63.31.353 - 339/46.91.165
CECILIATO ROSA	Via Battistelli, 10 - Bologna	051/55.13.05 - 338/72.28.882
CONCORDIA ALESSANDRA	Via Vezza, 24 - Bologna	051/19.98.06.72 - 347/29.98.754
CONTINI PAOLA	Via Venturoli, 1 - Bologna	347/66.29.912
D'ECCLESIA ANNA RITA	Via Orlandi, 3 - S. Lazzaro di Savena	329/71.26.175
DE TORAKI MARIA	Via Vizzani, 37 - Bologna	348/89.80.610
DI MARCO CHRISTIAN	Via Cremona, 90 - Pieve di Cento	349/84.49.981
FARZAMI ABBAS	Via Caduti di Cefalonia, 8 - Casalecchio di R.	348/29.48.316
FILIPOVIC RICCI BENEDETTA	Strada Maggiore, 40 - Bologna	051/23.99.47 - 328/44.54.744
FOCARDI EMANUELA	Via S. Giuliano, 3 - Bologna	051/39.82.80 - 347/52.08.162
FUCXHI NEVILA	Via Spina, 3 - Bologna	339/13.34.507
GAITANI STAVROULA	Via Macchiavelli, 12 c/o Brenzani	051/51.46.03 - 347/08.28.597
GASPARRONI VERUSCA	Via Carducci, 20 - Bologna	051/39.74.15 - 348/72.84.362
GHEDINI FEDERICA	Via Paolo Poggi, 62 - S. Lazzaro di Savena	051/58.71.259 - 348/88.55.709
GIANNINI ENRICO	Via Murri, 80 - Bologna	335/81.02.481
GIANNUZZI ANTONIA ANGELA	Via S. Stefano, 46 - Bologna	347/23.34.184
GIORDANO MARIA CHIARA	Via Grossi - Torino	338/98.46.600
GROTTI SILVIA	Via M. Masia 2/3 - Bologna	
GUERNELLI BARBARA	Via Montelungo, 6 - Bologna	347/60.32.516
LANZONI ELISABETTA	Via Emilia, 1502/D - S. Lazzaro di Savena	051/46.73.36 - 335/14.13.638
LUCANO ANGELO	Via Vallescura, 21 - Bologna	051/58.54.54 - 347/41.55.274
LUCCHETTA PATRIZIO	Via Pizzardi, 6 - Bologna	051/34.39.36 - 349/28.93.126
MAIDONI DAVARIS VERENIKI	Via H. De Balzac, 7 - Bologna	051/61.95.81 - 347/87.03.191
MASCITTI MONICA	Via Pizzardi, 61 - Bologna	051/36.25.55 - 347/15.86.365

MIRONE MARCO	Via Ferri, 7 - Bologna	328/27.40.035
MOSCARDELLI ELISA	Via Roma - Alba Adriatica	0861/71.45.20 - 320/30.09.747
MOSCONI PIER PAOLO	Via Broccaindosso, 40 - Bologna	051/23.53.17 - 349/46.75.888 0543/91.74.85
MURARIU IOAMA ADINA	Via Rizzoli - Granarolo Emilia	051/76.04.82 - 348/91.48.155
MUSCOLO PATRIZIA	Via Guerrini, 7 - Bologna	051/61.52.332 - 328/45.60.622
NOBILE STEFANO	Via Lombardia, 31 - Bologna	051/62.40.624 - 338/87.11.502
OZERI EITAN	Via Zacconi, 2	335/70.71.570
PALANDRI FRANCESCA	Via Micheli, 34 - Parma	349/71.16.012
PALMERINI EMANUELA	Via S. Rocco - Bologna	348/41.48.954
PARIS VIVIANA	Via Ravenna, 8 - Bologna	051/58.79.489 - 347/87.83.614
PEDRABISSI FABRIZIO	Via Caldara, 50/c - Soresina	333/36.67.883
PERRONE LILIANA GIGLIOLA	Via Zaccherini Alvisi, 10 - Bologna	328/21.68.981
PODETTI MARIO ANGELO	Via di Barbiano, 1/10 - Bologna	051/63.66.848 - 348/47.44.823
PUGLIOLI EMILO	VIA B. CELLINI, 11 - Bologna	333/30.75.111 - 051/53.30.09
RAIMONDI MONICA	Via Cartoleria, 12 - Bologna	051/58.77.351 - 347/21.14.517
RAPAGNANI MARIA PAOLA	Via Napoli, 3 - Bologna	051/46.25.97 - 349/126.88.54
RIZZO ALESSANDRA	Via F. Rocchi, 20 - Bologna	051/39.89.31 - 347/62.72.570
SABETTI ANNARITA	Via O. Palagi, 25 - Bologna	051/39.31.82 - 328/33.92.178
SASSI CLAUDIA	Via Carpaccio, 4 - Bologna	051/49.03.60 - 349/31.17.125
SPIGONARDO VINCENZO	Via Lame, 116 - Bologna	051/52.10.04 - 329/62.17.975
STAFÀ ALTIN	Via Barberia, 24 - Bologna	051/33.99.442 - 349/58.70.970
VAGNONI SONIA	Via Paradiso, 21 - Bologna	051/27.18.01 - 347/84.39.130
VENTURA ELISABETTA	Via Pasubio, 61 - Bologna	333/22.05.287
VERONESI MARCO	Via Morini, 35 - Prunaro di Budrio	051/69.20.436 - 339/32.88.927
VETTORI CHIARA	Via Batoli, 2 - Bologna	051/58.83.243 - 333/84.24-610
VIOLA ANTONELLA	Via Malvasia, 18 - Bologna	051/55.66.16 - 340/59.08.330

## MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione	Telefono
ANTONIONI MARCELLO	Gastroenterologia	333/53.69.458
CASELLA GIORGIO	Formazione Specifica in Medicina Generale	339/84.86.356 - 051/75.11.04
CRISCI CARMINE	Patologia Clinica	051/50.27.18 - 336/35.95.86
GAZZOTTI VALERIA	Medicina Fisica e Riabilitazione	347/76.28.388
LEONE VINCENZA	Fisiatra	051/24.97.63 - 347/73.42.537
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MATTEINI PAOLA	Igiene e Med. Preventiva	051/44.32.41 - 339/48.19.676
MUSIANI MARIA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/62.40.624 - 338/87.77.502
ROMEO DOMENICO	Otorinolaringoiatria	347/63.60.578
SANDRI LORENZA	Gastroenterologia	051/619.41.93 - 339/86.85.286
VISENTIN STEFANO	Pediatria Preven. e Puericoltura	051/23.13.29

## Contribuiti a Onaosi?

→ Capita che ci si svegli al mattino e che di punto in bianco ci si trovi una nuova tassa. Così è successo a me e a tutti i farmacisti di Bologna e provincia e ritengo anche di tutta Italia. Il 7 agosto 2004 mi sono vista recapitare a casa dei moduli per il versamento di un nuovo contributo obbligatorio di ben 204 euro a favore della onaosi (Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani) con scadenza 31 luglio 2004. Io sono solo una farmacista dipendente ed il mio stipendio non è elevato, guadagno circa 1100 euro al mese ed è vergognoso che mi si chieda di contribuire obbligatoriamente a questa associazione, non solo perché la cifra è alta in confronto al mio stipendio, ma soprattutto per una questione di principio: se voglio fare della

carità vorrei essere io a decidere quando, come e a chi farla. Nella busta arrivata, peraltro senza timbro postale, c'è anche un foglio che illustra la storia e le finalità solidaristiche dell'Onaosi. Questa associazione, senza scopo di lucro (?), nasce nel 1901 quando sicuramente gli orfani non erano tutelati, e per l'epoca aveva un senso di esistere: oggi non più. Si dice che è sottoposta a vigilanza ministeriale e di una apposita commissione parlamentare, nonché a controllo della Corte dei Conti. Inoltre mi si informa che lo Stato, che dovrebbe tutelare i cittadini, ha emanato la legge n. 289/2002 che obbliga tutti i sanitari, senza distinzione salariale, a contribuire. Cosa dovrei fare io adesso? Pagare questa assurdità? Vi scrivo perché anche voi possiate rendervi conto dell'assurdità della cosa e facciate uscire allo scoperto questa presa in giro legalizzata.

Dott.ssa Laura Tomasi  
La Repubblica 3 settembre 2004

## ANT Italia

→ Gentilissimo Presidente, la Fondazione ANT Italia è impegnata, da oltre 20 anni, nella ricerca contro il cancro, nella formazione alle cure palliative del personale medico ed infermieristico, nell'assistenza domiciliare ai Sofferenti di tumore e nella prevenzione della malattia cancro.

A quest'ultimo riguardo, la Fondazione ha in animo di iniziare un programma rivolto alla prevenzione (diagnosi precoce) dei tumori della prostata, della mammella e della cute (melanoma).

Questo programma, individuato come "Progetto Prevenzione ANT", è rivolto

A) per la prostata, agli uomini al di sopra dei 50 anni, ai quali saranno effettuate visite con esplorazione rettale e prelievo del sangue per esame PSA. Se necessario sarà anche garantita una eco transrettale;

B) per la mammella, alle donne di età superiore ai 35 anni, alle quali saranno effettuate visite senologiche e, se necessario, ecografie e mammografie di approfondimento;

C) per il melanoma, ai gruppi a rischio e a tutti coloro che vorranno effettuare un controllo della cute (quest'ultimo programma, sarà reso operativo solo in provincia, riservandoci di effettuare interventi di educazione sanitaria nelle scuole (ovunque possibili).

Il tutto in regime di completa gratuità per il cittadino.

Con la presente, siamo, pertanto, a richiedere all'Ordine da Lei presieduto, di esprimere un parere su tale iniziativa e sulla possibilità di pubblicizzare la medesima.

Dott. G. Farabegoli  
Coordinatore Nazionale HOD ANT

# Di fronte all'emergenza medica

→ Regolamento recante disposizioni sul Pronto Soccorso Aziendale (decreto 15/07/2003).

Il Decreto norma sostanzialmente l'organizzazione del Pronto Soccorso Aziendale attraverso due punti principali:

- le attrezzature e i dispositivi minimi per il pronto soccorso
- gli obiettivi didattici e contenuti minimi della formazione dei lavoratori designati al pronto soccorso.

Le aziende o le unità produttive sono classificate secondo la tipologia di attività, il numero di lavoratori e i fattori di rischio.

I nostri studi ricadono nel gruppo B (aziende o unità produttive con 3 o più lavoratori che non rientrano nel gruppo A) o nel gruppo C (aziende o unità produttive con meno di 3 lavoratori che non rientrano nel gruppo A).

Per quel che riguarda la formazione dei lavoratori il corso è di 12 ore ed è tenuto da personale medico, in collaborazione, ove possibile, con il sistema di emergenza del Servizio Sanitario Nazionale. La formazione va ripetuta con cadenza almeno triennale. Anche i laureati in odontoiatria, qualora avessero assunto il compito di responsabile del pronto soccorso nel proprio studio (legge 626), sono esentati dall'obbligo della formazione.

A seguito i dispositivi minimi da avere in studio.

## **Allegato 1 CONTENUTO MINIMO DELLA CASSETTA DI PRONTO SOCCORSO**

Guanti sterili monouso (5 paia).

Visiera paraschizzi.

Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro (1).

Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml (3).

Compresse di garza sterile 10x10 in buste singole (10).

Compresse di garza sterile 18x40 in buste singole (2).

Teli sterili monouso (2).

Pinzette da medicazione sterili monouso (2).

Confezione di rete elastica di misura media (1).

Confezione di cotone idrofilo (1).

Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso (2).

Rotoli di cerotto alto cm. 2,5 (2).

Un paio di forbici.

Lacci emostatici (3).

Ghiaccio pronto uso (due confezioni).

Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (2).

Termometro. Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa.

## **Allegato 2 CONTENUTO MINIMO DEL PACCHETTO DI MEDICAZIONE**

Guanti sterili monouso (2 paia).

Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 125 ml (1).

Flacone di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 250 ml (1).

Compresse di garza sterile 18x40 in buste singole (1).

Compresse di garza sterile 10x10 in buste singole (3).

Pinzette da medicazione sterili monouso (1).

Confezione di cotone idrofilo (1).

Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso (1).

Rotoli di cerotto alto cm. 2,5 (1).

Rotolo di benda orlata alta cm. 10 (1).

Un paio di forbici (1).

Un laccio emostatico (1).

Confezione di ghiaccio pronto uso (1).

Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (1).

Istruzioni sul modo di usare i presidi suddetti e di prestare i primi soccorsi in attesa del servizio di emergenza.

da ANDI notizie 26/2004

# Autorizzazione degli Studi Medici e Odontoiatrici

→ Nel bollettino del mese di giugno è stata pubblicata la documentazione prevista per ottenere il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento degli studi professionali accompagnata da una lettera di presentazione del Prof. Faggioli.

La cosa che mi ha più stupito è che l'illustre collega ha di fatto esentato gli studi medici dalla richiesta dell'autorizzazione riportando solo gli studi odontoiatrici nell'elaborato. Questa indicazione è a mio avviso estremamente pericolosa.

Il regime autorizzativo viene introdotto dal legislatore con la Legge 229/99 più conosciuta col nome del suo estensore, l'Onorevole Bindi, sull'onda emotiva causata da alcuni decessi avvenuti in strutture private dove si eseguivano pratiche di chirurgia estetica (leggi liposuzioni).

L'art. 8 ter stabilisce che l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

È quindi evidente che anche gli studi medici sono coinvolti dalla norma. Certo non tutti, solo quelli nei quali l'attività espletata può mettere in pericolo la salute dell'utente.

Poiché la norma è estremamente generica ho notizia che a livello regionale sono state identificate 9 specialità che "potrebbero" richiedere l'autorizzazione

- ginecologia
- oculistica
- fisioterapia (per la quale nella delibera ci sono commi appositi)
- dermatologia (prelievi a fini biotipici)
- chirurgia vascolare
- chirurgia estetica (liposuzioni ecc.)
- ortopedia
- endocrinologia (per quel che riguarda biopsie e/o aghi aspirati)
- otorinolaringoiatria.

È chiaro che è il singolo professionista che deve valutare se la propria attività configura questo obbligo o meno. Questa stima però non va fatta a cuor leggero perché il rischio che si corre in caso di contestazione o peggio di incidente non è di poco conto. In primis gli istituti assicurativi potrebbero rifiutare di pagare il danno, inoltre l'attività espletata senza autorizzazione viene considerata viziata da illegittimità e può dar luogo ai provvedimenti previsti dalla normativa in vigore: chiusura dello studio e denuncia penale ai sensi dell'art.193 del testo unico delle leggi sanitarie.

La delibera regionale 327/04 prevede inoltre "facilitazioni" per gli studi in "attività" al 23.02.04. La domanda va presentata agli uffici del Comune di appartenenza entro il 31.12.2004.

Poche parole sulla modulistica da presentare. Il modulo di domanda non è più quello pubblicato essendo nel frattempo stato modificato.

Per quanto riguarda i requisiti generali si è in attesa della comunicazione regionale che confermi l'eliminazione dei primi 3 punti del modello (1. Politica - 2. Pianificazione - 3. Comunicazione).

Poiché si è in attesa della convocazione della commissione regionale che dovrebbe sciogliere tutti i dubbi, peraltro numerosi, mi permetto di consigliare ai Colleghi di tergiversare nel presentare la domanda pur cominciando a preparare la documentazione.

Dr. Mauro Venturi

# La prescrizione della dieta è atto medico

→ *In seguito al quesito posto da un Iscritto – per chiarire se la prescrizione della dieta sia da ritenersi “atto medico” – il Consiglio dell’Ordine nella seduta del 29/3/2004 ha concordato il testo di una lettera di risposta, che qui di seguito si riporta integralmente per il valore dei principi affermati.*

Non pare possa esser posto seriamente in dubbio che una prescrizione della dieta, effettuata da un Medico previo esame anamnestico, esami diagnostici e relativa diagnosi, è certamente atto medico.

Si legge nel “De Inventoribus rerum libri tres” di Vergilius Polydorus, nella traduzione di Francesco Balzelli edito nel 1587: “Fu di poi la medicina divisa in tre parti; cioè, che una fosse quella a cui rimediassero co’l vitto; l’altra co’ medicinali e la terza con le mani. La prima fu detta dai greci dietetica; la seconda farmaceutica e la terza chirurgica”. Anche alla luce di tale pur antico insegnamento davvero non pare dubbio che la prescrizione di una dieta sia atto medico.

È del pari indiscutibile che il Medico debba prescrivere al proprio paziente una dieta dopo aver compiuto tutte le attività ritenute congrue al fine di correttamente prescriverla per un miglioramento delle condizioni del paziente, sia per curare situazioni patologiche in atto, sia per far diminuire rischi alla salute. Nessuno, se non un Medico, può svolgere attività di diagnosi e cura senza incorrere nel reato di esercizio abusivo della professione sanitaria. Ciò però non significa che non possano essere fornite proposte di diete da soggetto non medico.

È certamente fondamentale non stancarsi mai di ripetere ai cittadini che soltanto un Medico può prescrivere una dieta in maniera seria e competente.

Tutti gli altri che danno consigli in campo dietetico possono anche dare consigli utili in via generale, ma non possono prescrivere una dieta come atto medico.

D’altro canto molte religioni addirittura impongono comportamenti alimentari: basti pensare al divieto di assumere determinati alimenti come è scritto nella Bibbia, al digiuno del venerdì o al venerdì di magro, all’obbligo alimentare islamico durante il mese del Ramadan o al digiuno dei monaci busiddisti e al digiuno delle culture induiste.

Tutte le imposizioni dietetiche, veicolate da chi crede nella positività di tali comportamenti, sono certamente lecite, così come lecite sono altri tipi di proposte dietetiche sempre che siano effettuate senza esercitare le attività riservate al medico.

È noto che tutti i mezzi di comunicazione di massa sono invasi da consigli dietetici: ci sono riviste che danno i più vari suggerimenti in materia dietetica. Moltissimi soggetti anche non medici forniscono consigli dietetici.

Tutta tale attività comporta certamente anche dei rischi, ma sicuramente in via generale tiene viva l’attenzione sul problema di un corretto regime alimentare e ciò non può non essere positivo.

Una informazione corretta però deve sempre segnalare che solo il Medico detiene le conoscenze che sono in grado di fornire ad ogni singolo cittadino prescrizioni dietetiche veramente utili e disegnate sulla fisiologia e sulla eventuale patologia di ciascuno. Questa è la vera chiave per combattere le negatività delle alluvioni di consigli dietetici operate dalla stampa o da altri soggetti.

Crediamo che anche questo sia il compito di tutti i soggetti responsabili ed in special modo dei Medici che attraverso i mezzi di comunicazione di massa debbano ribadire la centralità della figura medica per una prescrizione dietetica consapevole, seria, efficace e ritagliata sul singolo soggetto.

da Bollettino Ordine Provinciale  
Medici Chirurghi ed Odontoiatri  
Milano 3/2004

*continua dal numero precedente*

# Piano Sanitario Regionale 1999-2001

La gestione dei servizi integrati socio sanitari

Stabilito che occorre separare sia in termini concettuali che di scelte operative la funzione di gestione della domanda e di gestione degli accessi (funzione di committenza), dalla attività di gestione (o produzione) dei servizi socio sanitari e che, come prima si è indicato, la funzione di gestione della domanda e dell'accesso deve fare riferimento all'ambito territoriale del distretto, anche attraverso la costituzione di strutture unificate di accesso o precisi collegamenti tra strutture già funzionanti, la gestione dei servizi non deve fare necessariamente riferimento all'ambito distrettuale. Diverse potranno essere le forme gestionali dei servizi socio sanitari, così come diverso può essere l'ambito territoriale di riferimento; le scelte saranno fatte in relazione alle esperienze del territorio, alle risorse locali esistenti o che si possono attivare, alle specificità delle diverse aree d'intervento.

Le forme di gestione dei servizi sono quelle previste dalla L. 142/90 e dal D.Lgs n. 229 del 19/6/99: le istituzioni, i consorzi, le aziende speciali e consortili, la gestione diretta, l'acquisizione di servizi presso privati, la concessione ad altri soggetti pubblici e privati, la delega all'Azienda Usl, le società a capitale misto, etc. La scelta in ordine alla forma di ge-

stione dovrà garantire efficienza, economicità, efficacia e perseguire il principio di sussidiarietà e di coprogettazione con i soggetti del privato sociale.

Nella gestione dei servizi socio sanitari va in ogni caso perseguita una reale integrazione professionale attraverso la predisposizione di percorsi formativi comuni fra operatori di area sanitaria ed operatori di area sociale, la predisposizione di strumenti per una valutazione interdisciplinare del bisogno e di strumenti per la valutazione comune di efficacia dell'intervento.

La rete dei servizi per gli anziani non autosufficienti e per i disabili adulti

Nel corso degli ultimi anni le politiche regionali d'integrazione hanno raggiunto importanti obiettivi soprattutto in relazione allo sviluppo della rete di servizi integrati per l'assistenza agli anziani ed ai disabili adulti. Particolarmente in questi settori, si è sviluppata nel territorio regionale, un'area d'intervento "ad alta integrazione sanitaria", che ha almeno in parte anticipato le indicazioni del Piano sanitario nazionale.

La rete dei servizi per gli anziani non autosufficienti ha fatto registrare uno sviluppo significativo in termini sia quantitativi che qualitativi. I 12.500 posti disponibili in strutture residenziali convenzionate (R.S.A. e case protette) possono assistere il 3,2% della popolazione ultrasettantacinquenne, raggiungendo in numerose realtà territoriali l'indice del 4 posti letto per 100 residenti ultrasettantacinquenni fissato dalla Regione come obiettivo di piano per l'anno 2000.

I posti in centro diurno sono circa 1.600 e possono accogliere lo 0,5 % della popolazione di età superiore a 75 anni; gli anziani assistiti dall'assistenza domiciliare integrata (con integrazione del fondo sanitario regionale) sono oltre 3.300 e rappresentano lo 0,9% della popolazione di oltre 75 anni; circa 6.900 famiglie godono di un assegno di cura.

Il significativo sviluppo della rete di servi-

zi per anziani non autosufficienti, assieme alla diffusione della funzione ospedaliera di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva, pone come prioritario l'obiettivo della rimodulazione e qualificazione complessiva della rete integrata dei servizi domiciliari, di degenza ospedaliera, residenziali e semiresidenziali. Tale rimodulazione punta a rendere più chiara la distinzione fra le caratteristiche dei potenziali utenti che afferiscono alla lungodegenza, da un lato, e alle strutture residenziali extra-ospedaliere, dall'altro, nonché a superare la rigida distinzione tipologica fra Case protette ed R.S.A. La differenziazione delle forme e dei livelli di intensità di assistenza comporta la ridefinizione del sistema di finanziamento degli interventi. Entrambi gli interventi si pongono l'obiettivo di una complessiva riqualificazione di tutto il sistema a rete, che trova nella integrazione tra sociale e sanitario, a tutti i livelli organizzativi, il punto di approdo strategico.

Le normative regionali già approvate hanno indicato una serie di elementi che hanno diversamente sviluppato l'integrazione socio sanitaria nei diversi settori. La L.R. 5/94 sull'assistenza agli anziani non autosufficienti ha consentito lo sviluppo della rete di servizi integrati socio sanitari; ha sperimentato, attraverso gli accordi di programma, procedure di rapporto fra soggetti diversi per una comune programmazione e gestione delle risorse del settore; ha sviluppato modalità comuni e condivise di valutazione del bisogno, attraverso le Unità di valutazione geriatrica di distretto ed i responsabili del caso. La direttiva n. 1637 del 1996 ha definito i criteri per l'attribuzione al Fondo sanitario regionale degli oneri a rilievo sanitario degli interventi sociali a forte valenza sanitaria, favorendo la elaborazione di strategie condivise nella programmazione di servizi ed interventi negli altri settori dell'integrazione.

Per quanto riguarda i disabili, già con il documento regionale "Interventi socio

assistenziali nei confronti dei portatori di handicap in età adulta" del 1986 si indicava, relativamente ai servizi a favore dei cittadini disabili, la necessità che essi si sviluppessero nella logica di costruire un percorso "in rete" capace di rispondere ai bisogni riabilitativi, di reinserimento sociale, di assistenza e residenzialità, temporanea o continuativa, con un progetto armonico, unitario e globale.

Significativo è lo sviluppo raggiunto dai servizi per i disabili che si sostanzia, tra l'altro, in una rete di unità di offerta di ospitalità diurna e residenziale per i disabili più gravi che conta n. 194 Centri socioriabilitativi semiresidenziali, n. 34 Centri socioriabilitativi residenziali e n. 32 Gruppi appartamento, con una complessiva disponibilità di circa 2.500 posti.

La necessità di rispondere ai bisogni in maniera sempre più personalizzata e diversificata, di potenziare e qualificare i servizi impone di sviluppare un sistema 'a rete' che ha le sue basi fondamentali nell'integrazione tra sociale e sanitario e nella valorizzazione di tutte le competenze e le risorse dei soggetti singoli, delle famiglie, del volontariato e dei gruppi e delle associazioni.

Ciò a partire da tre aree fondamentali di intervento:

- l'area degli interventi riabilitativi,
- l'area degli interventi formativi e di integrazione lavorativa e sociale,
- l'area degli interventi e servizi socio-sanitari e assistenziali.

I contesti e le competenze che concorrono alla realizzazione di tali interventi sono, ovviamente, più strettamente reperibili in ambito sanitario per quanto attiene i percorsi di riabilitazione e di mantenimento delle abilità acquisite, mentre coinvolgono ambiti sia sociali che sanitari i percorsi verso l'integrazione sociale e lavorativa e le risposte di residenzialità.

La diversa gradazione ed intensità delle forme di intervento e di coinvolgimento richiamano la definizione di più puntuali e dettagliate indicazioni strategiche ed



organizzative. Sono tuttavia già delineabili comportamenti ineludibili che attendono:

- alla necessità, a livello istituzionale, che i soggetti coinvolti individuino momenti e sedi decisionali comuni, valorizzando le varie modalità associative indicate dalla legge 142 del 1990, quali accordi di programma, convenzioni, etc.;
- alla opportunità che a livello di programmazione si individui nell'ambito territoriale distrettuale l'ambito privilegiato a garantire integrazione degli interventi e delle risorse.

In tale logica vanno collocati i temi dell'accesso e della presa in carico affinché il cittadino disabile possa trovare un punto di riferimento unitario e omogeneo in grado di orientarlo nel percorso di costruzione del proprio progetto di vita e quindi nella ricerca delle risposte ai suoi bisogni.

Un punto di riferimento, quindi, che collocato all'interno del Servizio sociale dell'Azienda USL ovvero all'interno di un'apposito strumento organizzativo distrettuale individuato sulla base di accordi tra enti locali e Azienda Usl, sia in grado di coinvolgere tutte le competenze necessarie per la valutazione del bisogno e del contesto socioambientale e che diventi quindi sede di definizione del piano personalizzato di assistenza.

## 9. IL PROGRAMMA DI MODERNIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

### 9.1. Le politiche per la qualità

#### 1. Le esigenze di modernizzazione

La Regione Emilia-Romagna gode di un buon sistema di assistenza sanitaria, che presenta numerose e diffuse punte di eccellenza. Esiste tuttavia una elevata variabilità fra i diversi ambiti territoriali e fra i diversi servizi rispetto alla tempestività di accesso, alla efficienza operativa, e ai risultati ottenuti, sia in termini della qua-

lità tecnico-professionale che del gradimento dei pazienti.

Obiettivo generale del PSR 1999-2001 è di trasferire quanto è stato realizzato in molti punti di eccellenza a tutto il sistema sanitario regionale. Questo obiettivo nasce da due ovvie considerazioni: non avrebbe senso ricercare l'omogeneità che deve comunque essere garantita ai cittadini della regione riducendo i servizi di cui già godono molti di loro; è legittimo e doveroso ritenere che, se molti risultati positivi sono stati ottenuti in numerosi luoghi, essi possano essere realizzati anche altrove.

Strategie efficaci per diffondere e generalizzare le condizioni e gli interventi che hanno condotto ad ottenere risultati invidiabili richiedono anche di investire nuove risorse finanziarie per l'innovazione di processo e di prodotto. L'elemento essenziale e prioritario è però elaborare un progetto di modernizzazione del sistema dei servizi sanitari della regione. Il SSR non ha ancora sviluppato, ed ha una forte necessità di:

- attività sistematiche e continuative di valutazione e di intervento su appropriatezza, efficacia clinica e efficacia rispetto ai costi dei servizi e dei programmi offerti;
- valutazione delle aspettative e delle preferenze della popolazione rispetto ai servizi sanitari e del loro gradimento da parte degli utilizzatori;
- tecnologie informative moderne, che integrino quanto si è finora spontaneamente sviluppato per isole di automazione costruite attorno a singole procedure, senza un disegno strategico che ne garantisca coerenza e integrazione.

Modernizzare non significa abbandonare i principi fondamentali del SSN ma piuttosto rinvigorirli, imparando anche dalle migliori pratiche professionali adottate in altri settori dei servizi pubblici e privati. Anche un sistema sanitario evoluto come quello della Regione Emilia-Romagna è tuttora ai margini di alcune innovazioni organizzative e tecnologiche che sono ormai diventate patrimonio comu-

ne di altri settori, compresa la pubblica amministrazione.

Condizione necessaria per perseguire l'obiettivo di modernizzare il SSR è di porre esplicitamente la qualità del servizio reso, nelle sue diverse accezioni, alla base del mandato strategico di tutte le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna e definire gli strumenti operativi perchè questo mandato possa essere tradotto in pratica.

## 2. Le politiche per la qualità dei servizi sanitari

Il concetto di qualità del servizio applicato alla sanità ha assunto tanti significati da essere praticamente privo di valore, a meno che non vengano chiaramente specificate le componenti che si intendono privilegiare. Le dimensioni essenziali della qualità del servizio che il PSR 1999-2001 individua prioritariamente come mandato delle Aziende sanitarie riguardano la necessità clinica ed assistenziale dei servizi, la appropriatezza e la tempestività degli interventi e la rispondenza dei servizi alle aspettative e alle preferenze dei loro destinatari. Queste dimensioni della qualità individuano prioritariamente come luogo del cambiamento le competenze professionali e relazionali degli operatori, gli assetti organizzativi dei servizi e la comunicazione del SSR con i pazienti e con i cittadini.

Le esigenze della qualità tecnico-professionale

del servizio impongono che gli interventi e le singole prestazioni rese dal SSR siano efficaci quanto a risultati finali e sicuri da effetti indesiderati; appropriati rispetto a necessità cliniche e assistenziali del paziente e al livello organizzativo di erogazione; tempestivi rispetto alla storia naturale della malattia e alle possibilità di intervento.

Il contesto organizzativo e strutturale entro cui prestazioni ed interventi sono prodotti e distribuiti agli utilizzatori può rappresentare un fattore limitante o, viceversa, un forte sostegno per favorire queste caratteristiche. Per questo, il regolamento applicativo della Legge sull'Accreditamento delle strutture sanitarie e socioassistenziali recentemente approvata rappresenterà un elemento essenziale del sistema regionale della qualità.

L'elemento essenziale resta tuttavia l'autonomia e la responsabilità professionale di tutti gli operatori, a tutti i livelli del SSR. I pazienti hanno il diritto di aspettarsi che coloro che si prendono cura di loro siano adeguati al compito che gli è stato affidato, mentre l'amministrazione ha il dovere di dimostrare e garantire che essi lo siano effettivamente. Il programma regionale per la revisione sistematica e continuativa dell'attività svolta, dei risultati raggiunti e delle risorse impegnate, condotto a livello dipartimentale da tutti gli operatori coinvolti, rappresenta l'occasione di espressione della autonomia professionale e di responsa-



**OSPEDALE PRIVATO**  
SANTA VIOLA



*Direttore Sanitario:*

**DOTT. GIUSEPPE GUERRA MEDICO CHIRURGO**

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

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

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

PG 38051 del 04/02/2003

bilizzazione verso i pazienti, i cittadini e l'amministrazione.

Un servizio tempestivo e sensibile alle esigenze dei suoi utilizzatori richiede una adeguata informazione ed una buona conoscenza delle aspettative e delle preferenze della popolazione.

Saper ascoltare i pazienti e la popolazione nelle scelte relative alla loro assistenza e ai servizi sanitari, e fornire le informazioni necessarie per promuovere la responsabilità individuale e collettiva nei confronti della salute rappresenta l'essenza del patto per la salute proposto dal PSN. Questo richiede lo sviluppo di forme evolute e intrinsecamente bidirezionali di comunicazione con la popolazione destinataria ed, eventualmente, utilizzatrice degli interventi sanitari. Gli strumenti di comunicazione devono assumere come principio che l'ordine di priorità ed il grado di pertinenza e di rilevanza dei diversi attributi dei servizi sanitari presentano diversità sostanziali fra cittadini, pazienti ed utilizzatori dei servizi e, in ogni caso, non sono necessariamente coincidenti con quelli della istituzione sanitaria e/o dei singoli esperti con cui il cittadino o il paziente entra in contatto.

Lo sviluppo di un "sistema comunicazione" ispirato a questi principi rappresenta la priorità del PSR 1999-2001 per realizzare l'obiettivo di creare un sistema sanitario sensibile non solo alle necessità, ma anche alle aspettative e alle preferenze dei cittadini della Regione Emilia-Romagna.

3. L'assistenza farmaceutica e la realizzazione di una appropriata politica del farmaco.

L'esigenza di formalizzare indirizzi per meglio definire l'area dell'assistenza farmaceutica ed il percorso per realizzare una appropriata politica del farmaco deriva dalla perdita di efficacia delle disposizioni contenute nel DPR 128 del 27 marzo 1986 e dalla osservazione che l'attuale assistenza farmaceutica presenta diversi punti

di debolezza e criticità. Anche sul territorio regionale esiste un disomogeneo sviluppo dei programmi di assistenza farmaceutica, la necessità di percorsi diagnostico-terapeutici concordati e formalizzati, con particolare attenzione al rapporto costo/beneficio nelle scelte e, infine, la possibilità di dedicare strutture all'informazione scientifica "indipendente".

La riorganizzazione dell'assistenza farmaceutica nelle Aziende sanitarie deve avvenire in conformità a due aspetti fondamentali:

1. le indicazioni e gli obiettivi esplicitati dai Piani sanitari (Nazionale e Regionale), in ordine ai principi dell'efficacia e appropriatezza degli interventi sanitari, con particolare riferimento all'assistenza farmaceutica intesa nel senso più ampio del termine (somministrazione di farmaci, allestimento di preparati per nutrizione artificiale, fornitura di dispositivi medici, etc...), dell'efficienza produttiva, al fine di scegliere modalità organizzative che consentano di garantire un uso ottimale delle risorse;

2. l'esistenza di un forte mandato normativo in ordine alle attività legate al governo, alla verifica ed al controllo del servizio e dell'assistenza farmaceutica.

Il perseguimento dell'appropriatezza nell'uso del farmaco si realizza con la pianificazione di attività che permettano di raggiungere i seguenti obiettivi:

– promuovere l'uso di farmaci e dispositivi medici utili affinché essi si trasformino in un bene per la salute pubblica, sulla base delle evidenze scientifiche;

– qualificarne e razionalizzarne l'utilizzo, assicurando la migliore assistenza al cittadino, tenendo conto delle risorse economiche disponibili, orientando gli operatori sanitari alla migliore scelta, tenendo conto del rapporto costo/beneficio, a parità di efficacia e sicurezza, mediante l'adozione di linee guida per le patologie prevalenti, la predisposizione di protocolli operativi, il monitoraggio quali-quantitativo dei consumi e della spesa, dei pro-

getti di qualificazione dell'assistenza e nel rispetto dei livelli programmati;

- formare con aggiornamento permanente gli operatori sanitari coinvolti nella prescrizione e/o nell'utilizzo dei materiali sanitari, per sviluppare abilità/capacità professionali e attitudini, sviluppare la Farmacia Clinica quale servizio orientato al paziente, da realizzarsi in collaborazione con altre professionalità, in un contesto multidisciplinare che realizzi un lavoro in rete e la sinergia delle esperienze;

- definire criteri per garantire la sicurezza del farmaco nelle varie fasi del processo terapeutico nel rispetto di criteri di sicurezza, continuità ed uniformità, promuovere la compliance dell'assistito nei confronti della terapia farmacologica in ambito ospedaliero ed a domicilio, valutare l'accessibilità al farmaco ed al dispositivo medico, individuando adeguati ed appropriati percorsi per la gestione di approvvigionamenti, scorte, dispensazione nelle strutture sia ospedaliere che territoriali;

- garantire la realizzazione e il controllo dei processi volti alla attuazione di una buona politica del farmaco attraverso il miglioramento continuo della Qualità delle prestazioni da parte delle professionalità coinvolte.

L'aumento del numero delle persone anziane e delle polipatologie in questa fascia di età, della prevalenza di determinate patologie, soprattutto quelle cardiovascolari e neoplastiche, a fronte della rimodulazione della rete ospedaliera, richiedono la più ampia integrazione professionale in seno all'èquipe assistenziale, per la quale il farmacista rappresenta un importante riferimento in merito a: consulenza, sorveglianza e valutazione complessiva dell'uso del farmaco e dei rimanenti materiali sanitari.

L'assistenza farmaceutica si esplicita nei processi di cura propri dell'Ospedale e del Distretto, in modo da garantire appropriati percorsi di cura alle condizioni di malattia a diverso livello di intensità, sia che siano realizzati in ambito di de-

genza ordinaria, lungodegenza, assistenza protetta, domiciliare, ambulatoriale, anche in funzione dell'evolversi delle tipologie di intervento sanitario offerto. Pertanto, il raggiungimento degli obiettivi esplicitati richiede la necessità di integrazione dei due ambiti assistenziali farmaceutici, ospedaliero e territoriale. Accanto alle competenze già consolidate emergono infatti ulteriori funzioni correlate a nuove modalità assistenziali (continuità assistenziale ospedale/territorio, assistenza sanitaria territoriale, domiciliare integrata, semiresidenziale e residenziale) e al governo della spesa per l'assistenza farmaceutica nell'ambito della gestione del rapporto con e fra i prescrittori (medici di medicina generale e specialisti ospedalieri e non).

L'assistenza farmaceutica, mirata al raggiungimento di una omogenea politica del farmaco in ambito aziendale, si esplicita con funzioni trasversali ospedaliere e territoriali e si articola in livelli operativi per funzioni specifiche. L'area farmaceutica di coordinamento garantisce la sintesi e l'omogenizzazione delle attività, i percorsi per realizzarle, evitando frammentazioni e disfunzioni delle stesse a fronte di medesimi obiettivi da raggiungere.

L'area per l'assistenza farmaceutica interviene nei processi volti al conseguimento dell'appropriatezza ed economicità dell'intervento farmaco terapeutico, partecipando alla definizione dei fabbisogni e alla migliore allocazione delle risorse, mediante lo sviluppo del sistema di relazioni con il personale sanitario del presidio ospedaliero e del territorio (anche medici di medicina generale e infermieri per le cure domiciliari), con gli uffici amministrativi.

La possibilità di lavorare assieme ai medici ospedalieri, specialisti e territoriali e con i farmacisti convenzionati, consente di definire in modo esplicito le procedure ottimali da attuare per i problemi clinici e gestionali.

I settori di intervento attribuiti all'area far-

maceutica, in funzione delle esigenze e della domanda di servizi, sono mirati alla gestione del paziente nel suo complesso ed alla realizzazione della continuità dell'assistenza ospedale/territorio.

Per la promozione dell'uso appropriato dei farmaci con approccio mirato a problemi clinici si individuano i seguenti ambiti di intervento:

- corretto e consapevole utilizzo dei medicinali, tramite monitoraggio, valutazione degli interventi e informazione sui farmaci, anche con analisi di farmacoepidemiologia per il confronto (permanente) delle prescrizioni ospedaliere e territoriali, con il contributo dei M.M.G. e delle farmacie territoriali;
- assistenza al cittadino a domicilio mediante corretta informazione alla scopo di migliorare la compliance alla cura;
- specializzazione nella preparazione di prodotti per la nutrizione artificiale e per la terapia galenica oncologica in aree controllate per aumentare la sicurezza del prodotto, dell'ambiente e dell'operatore (ridurre il rischio operativo);
- integrazione per le attività di competenza a supporto del medico per la compilazione della ricetta per gli aspetti normativi, informazione al paziente sulle corrette modalità di assunzione del farmaco;
- realizzazione dell'integrazione con il territorio, valutando e adottando appropriati percorsi di assistenza farmaceutica;
- adozione di iniziative atte a garantire la corretta gestione dei farmaci e del parafarmaco nelle strutture protette, residenziali/semiresidenziali.

#### 4. L'accreditamento e gli accordi contrattuali

Il processo di accreditamento delle strutture sanitarie è lo strumento istituzionale con cui la Regione definisce le caratteristiche qualitative dei servizi offerti dal SSR, nell'ambito delle sue scelte programmatiche. Mentre l'autorizzazione regolamenta i requisiti minimi per l'eserci-

zio di attività sanitarie, l'accreditamento definisce le condizioni di qualità e di uniformità dei servizi garantiti a livello regionale, come vincolo e supporto delle scelte programmatiche della Regione e delle esigenze gestionali delle Aziende.

L'organizzazione della struttura dell'offerta secondo reti integrate di servizi prevista dal PSR rende particolarmente evidente la tradizionale contrapposizione fra accreditamento di ciascuna delle singole e complessive strutture assistenziali ed accreditamento delle diverse unità operative funzionali che entrano nel processo di produzione e di erogazione di un determinato servizio.

L'approccio "per struttura" (ad esempio, un intero ospedale o una RSA) ha il vantaggio della semplicità e della evidente identificazione delle responsabilità di intervento. L'accreditamento "per programmi" è coerente alla scelta programmatica generale orientata alla creazione di reti integrate di servizi, funzionale alla valutazione dei risultati raggiunti e omogenea al punto di vista dei clinici e degli utilizzatori.

Il PSR 1999-2001 enfatizza la complementarità fra i due approcci, anziché la loro contrapposizione. Il sistema regionale di accreditamento istituzionale dovrà essere basato sulle caratteristiche delle strutture assistenziali, così come previsto dalla Legge regionale sull'accreditamento. Tuttavia, esso dovrà essere integrato da un sistema di verifica che questa capacità potenziale di fornire una assistenza di buona qualità sia effettivamente integrata negli specifici programmi di assistenza. Questa verifica dovrà comportare anche la valutazione dei risultati effettivamente raggiunti e si integra quindi naturalmente con il sistema degli accordi contrattuali fra Aziende territoriali ed erogatori pubblici e privati.

Il processo di accreditamento provvede alla selezione dei possibili erogatori di servizi per conto del SSR sulla base di requisiti uniformi e comuni a tutti gli ope-

ratori pubblici e privati, offrendo garanzie di omogeneità del contesto strutturale e organizzativo di produzione della assistenza. Gli accordi contrattuali stabiliti fra le Aziende sanitarie territoriali e gli erogatori pubblici e privati accreditati, interni ed esterni alla Azienda, formalizzati nell'ambito dei Piani annuali di attività delle Aziende sanitarie, indicano volumi e tipologie di attività, specificando la qualità del prodotto rispetto a tempi di attesa, condizioni di appropriatezza e necessità clinica, risultati finali attesi.

Accreditamento e accordi contrattuali rappresentano quindi le condizioni di partenza, i criteri di riferimento e la misura del successo per la valutazione della qualità tecnico-professionale condotta dagli operatori attraverso verifiche continuative e sistematiche sulla attività svolta, sui risultati ottenuti e sulle risorse utilizzate.

##### 5. Le Linee Guida

Il PSN pone fra gli obiettivi prioritari delle strategie del cambiamento organizzativo la elaborazione di strumenti per perseguire l'obiettivo del governo della domanda di salute e di servizi sanitari e della garanzia di efficacia del loro prodotto, oltretutto della efficienza produttiva.

A questo obiettivo risponde il Programma nazionale per la produzione di Linee Guida cliniche e organizzative, a partire da 10 temi prioritari selezionati per frequenza, gravità e rilevanza clinica della condizione, costi diretti e indiretti, variabilità di accesso ai servizi, fattibilità entro il primo anno di validità del Piano. Il PSN riserva invece alle Regioni la responsabilità di promuovere la adozione delle Linee Guida, organizzare la loro utilizzazione locale, anche attraverso le necessarie modifiche organizzative dei servizi, e valutarne il relativo impatto clinico ed organizzativo.

Il PSR 1999-2001 recepisce, allargandolo ed espandendolo, l'invito implicito nelle indicazioni del PSN di fondare le stra-

ategie del cambiamento organizzativo sulla promozione della qualità tecnico-scientifica, attraverso un programma di revisione sistematica e continuativa della attività svolta, dei risultati raggiunti e delle risorse impegnate, cui dovranno partecipare tutti gli operatori del SSR, secondo le rispettive competenze e responsabilità. La utilizzazione di Linee Guida e di percorsi diagnostico-terapeutici, a partire dalle condizioni più frequenti e rilevanti ed il cui trattamento presenta la maggiore variabilità rappresenta il principale strumento a supporto di questo programma regionale.

Le Linee Guida sono lo strumento con il maggior grado di formalizzazione fra quelli disponibili, applicabile quindi per i problemi clinici e assistenziali per cui esistono solide prove di efficacia (o di non efficacia) dei diversi interventi e forme di assistenza.

La strategia della Regione Emilia-Romagna prevede quindi, accanto e a sostegno del programma delle Linee Guida:

a) diffondere le evidenze scientifiche comunque disponibili, anche se non ancora formalizzabili in Linee Guida e in percorsi diagnostico-terapeutici, a supporto della elaborazione locale di pratiche "ottimali" di comportamento organizzativo e clinico;

b) sviluppare ulteriormente il sistema di benchmarking dei servizi assistenziali e di quelli amministrativi per la valutazione comparativa dei risultati e dei relativi processi organizzativi e assistenziali, al fine di individuare le pratiche migliori presenti nei diversi servizi e nelle varie Aziende ed analizzare le condizioni della loro trasferibilità.

L'impegno prioritario indicato dal PSR privilegia l'organizzazione della diffusione delle Linee Guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, del supporto alla loro adozione sistematica e continuativa da parte dei servizi aziendali e della valutazione del loro impatto economico, organizzativo ed assistenziale, ri-

spetto alla elaborazione di nuove Linee Guida, che porterebbe a prodotti certamente ripetitivi e di qualità difficilmente superiore alle numerosissime Linee Guida già disponibili.

Obiettivo del PSR è favorire l'adozione delle Linee Guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, che rappresentano la loro traduzione operativa anche in termini organizzativi, a partire da quelli già disponibili a livello internazionale, e delle Linee Guida elaborate dall'Agenzia Sanitaria Regionale o prodotte a livello aziendale, in conformità ai criteri indicati dal Piano Nazionale.

L'esperienza internazionale dimostra che la adozione delle Linee Guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici può essere un processo lungo e complesso, non privo di resistenze. Per garantire l'efficacia del programma è quindi opportuno:

a) concentrare le scarse risorse disponibili per favorire la adozione di un numero ridotto di Linee Guida relative alle condizioni e agli interventi identificati come prioritari dal SSR, in ragione di frequenza e gravità della condizione o del problema; di impatto sui costi, diretti ed indiretti, della assistenza; evidenze di variabilità nelle condizioni di accesso ai servizi e/o nei profili di trattamento.

b) fra le numerose Linee Guida spesso disponibili per lo stesso problema clinico, selezionare quelle che soddisfano almeno i seguenti criteri:

- interdisciplinarietà nello sviluppo e nella definizione dei profili di cura ottimali individuati;
- esplicitazione delle fonti utilizzate e della metodologia adottata per il loro sviluppo;
- esplicitazione delle aree prioritarie di intervento clinico e dei benefici attesi;

c) entro ciascuna Linea Guida, concentrare l'attenzione su un numero limitato di obiettivi specifici, chiaramente definiti ed augurabilmente misurabili, che rappresentino le priorità assistenziali critiche rispet-

to alle quali si vuole raggiungere l'omogeneità dei comportamenti professionali e/o degli assetti organizzativi;

d) utilizzare inizialmente le Linee Guida in modo retrospettivo, per elaborare i criteri di valutazione della attività svolta e dei risultati ottenuti richiesta obbligatoriamente a tutti gli operatori, prestando specifica attenzione alla valutazione dei fattori locali favorevoli o di ostacolo alla adozione delle loro raccomandazioni.

Il lungo dibattito che ha opposto le Linee Guida elaborate internamente a quelle importate dall'esterno ha evidenziato chiaramente che esistono vantaggi e svantaggi in entrambe le soluzioni. Le Linee Guida internamente prodotte hanno maggiori probabilità di essere adottate e seguite dai clinici che hanno contribuito alla loro elaborazione, ma corrono anche il rischio di incorporare pratiche professionali idiosincratiche. Le Linee Guida "esterne" danno maggiori garanzie sulla conformità delle indicazioni rispetto alle evidenze scientifiche disponibili, ma incontrano spesso resistenze alla adozione nella pratica professionale locale. La scelta di utilizzare inizialmente in modo retrospettivo le Linee Guida permette la valutazione della loro applicabilità e il loro eventuale adattamento rispetto alle esigenze ed alle caratteristiche locali e dovrebbe favorire il successivo uso proattivo, come strumento di guida alla operatività clinica e assistenziale;

e) sviluppare un programma di formazione dei responsabili della adozione delle Linee Guida, a livello della Direzione aziendale e di dipartimento.

## 6. La strategia organizzativa

L'identificazione della qualità del servizio come mandato specifico delle Aziende sanitarie pone la responsabilità generale della adozione delle Linee Guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici entro la Direzione strategica dell'Azienda, individuando nel Direttore Sanitario il responsabile operativo. Al Direttore Sanitario

competete in particolare la supervisione delle attività svolte a livello dipartimentale ed il coordinamento delle valutazioni di programmi interdipartimentali, in collaborazione con il responsabile di presidio.

La recente istituzione dei dipartimenti e la attribuzione ai direttori di dipartimento di una responsabilità specifica sulla programmazione della attività e sulla garanzia della qualità tecnico-professionale dei servizi resi ha realizzato l'ambiente organizzativo più idoneo per la promozione della qualità tecnica dell'assistenza. Il dipartimento garantisce la presenza di tutte le competenze che si riconoscono in un determinato ambito tecnico-professionale che fornisce linee guida, percorsi diagnostico terapeutici e standard di prodotto che danno valore alla qualità tecnico-professionale degli interventi e delle prestazioni erogati. La istituzione del Dipartimento per le Cure Primarie ha anche la funzione di affrontare la difficoltà di diffondere le condizioni organizzative per la promozione della qualità nei servizi territoriali e nella medicina generale, esercitando il governo clinico al proprio interno e raccordandola con quella aziendale.

Al direttore di dipartimento, in quanto responsabile della produzione, compete quindi anche la responsabilità della adozione delle Linee Guida e della loro traduzione nei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, curando in particolare la loro compatibilità con gli assetti organizzativi e le risorse disponibili localmente. Questa attività si integra quindi, completandola con le funzioni relative alla elaborazione dei piani di attività, alla negoziazione delle risorse necessarie e alla organizzazione di quelle disponibili.

Il mantenimento ed il miglioramento continuo degli standard di prodotto e di processo forniti dalle Linee Guida devono essere garantiti da una attività sistematica e continuativa di valutazione critica della attività svolta, dei risultati ottenuti e delle risorse utilizzate, a cui partecipano

obbligatoriamente tutti gli operatori del Dipartimento, secondo le aree di specifico interesse e responsabilità.

Tempestività dell'intervento e continuità dell'assistenza sono invece primariamente attribuiti dei programmi di intervento, che integrano l'attività svolta da più servizi, eventualmente a livelli diversi. Queste dimensioni della qualità sono essenzialmente quindi multiprofessionali, con un orientamento alla popolazione destinataria, anziché basati sul singolo servizio produttore. Le responsabilità rispetto a queste dimensioni della qualità si collocano quindi a livello prevalentemente interdipartimentale ed eventualmente territoriale.

#### 7. Le relazioni con gli utilizzatori dei servizi e i cittadini

L'accesso ai servizi e la utilizzazione sono condizionati in buona parte dalle conoscenze che i cittadini hanno sulle loro caratteristiche e sul loro funzionamento. I malati ricordano i loro rapporti con i servizi sanitari non solo per il trattamento che hanno ricevuto, ma per l'esperienza umana che hanno vissuto.

Un operatore indisponibile, o semplicemente incapace di spiegare in termini semplici e comprensibili il trattamento programmato, le sue presumibili conseguenze e le sue possibili alternative, nega al malato e ai suoi familiari la possibilità di esprimere liberamente e in modo consapevole eventuali preferenze per le diverse forme di assistenza possibili e ne riduce in molti casi le probabilità di successo. La diffusione di forme di assistenza alternative alla degenza pone sempre più spesso il paziente di fronte ad offerte che mettono in crisi le tradizionali aspettative nei confronti dei servizi e richiedono che il malato e la famiglia assumano parte del carico assistenziale usualmente soddisfatto dai servizi.

Un servizio tempestivo e sensibile alle esigenze dei suoi utilizzatori richiede una adeguata informazione ed una buona cono-



scenza delle aspettative e delle preferenze della popolazione. La corretta gestione delle liste di attesa è un obiettivo di interesse comune, per il cittadino che si aspetta di ottenere risposta nei tempi più brevi, e per il servizio che vede appesantita la propria attività da prenotazioni mancate.

Il miglioramento di molti processi assistenziali e di molte situazioni di rischio è legato al diretto coinvolgimento dei malati e dei cittadini, sia nella individuazione dei punti critici che nella gestione delle soluzioni. In molti casi il solo intervento dei servizi non è adeguato e richiede l'integrazione con forme di supporto agli individui e alle loro famiglie a cui altri soggetti (gruppi di self-help, associazioni di malati o di familiari, etc.) possono utilmente concorrere.

L'adozione di comportamenti più sani e sicuri da parte dei singoli cittadini è influenzata dai messaggi delle organizzazioni sanitarie e dalle relazioni con gli operatori. In alcuni contesti, come la scuola o i luoghi di lavoro o le stesse strutture sanitarie, un'azione di educazione e di promozione della salute può avere particolare rilevanza.

Le scelte su questioni che hanno effetti sulla salute, legate all'offerta di servizi sanitari o alla gestione di rischi ambientali, trovano nella comunicazione tra le parti interessate la soluzione più efficace, oltre che quella più rispettosa dei diritti individuali e degli interessi delle collettività. In tale contesto il servizio sanitario ha un duplice ruolo di avvocato della salute e di garante che tutti i soggetti interessati siano consapevoli dei termini del problema e che vi siano le condizioni per un effettivo scambio informativo.

Questi esempi di quotidiana attualità configurano una organizzazione sanitaria in cui gli aspetti comunicativi sono presenti in modo capillare e rivestono un'importanza critica.

La comunicazione per la salute è, quindi, un'attività strategica delle Aziende sanitarie per influire positivamente sugli stili

di vita, per migliorare il controllo sui determinanti della salute da parte dei singoli e delle collettività, per favorire la partecipazione alle attività dei servizi sanitari e per ottenere suggerimenti e indicazioni sulle preferenze e sul gradimento dei servizi utilizzati.

La comunità sociale deve partecipare direttamente, nelle forme associative spontanee e attraverso le sue rappresentanze istituzionali, alle decisioni sulla salute, con la consapevolezza della necessità di cambiamenti del concetto di salute, del comportamento e degli atteggiamenti nei confronti dei servizi. L'evoluzione dei rischi, il moltiplicarsi e il progressivo differenziarsi dei bisogni di salute e l'esigenza di un uso oculato di risorse sempre più limitate rendono la partecipazione dei cittadini e l'adesione attiva dei malati e delle famiglie ai programmi di assistenza una necessità intrinseca alle condizioni di operatività dei servizi.

Sviluppare il coinvolgimento dei malati e della popolazione nelle scelte relative alla loro assistenza e ai servizi sanitari, e fornire le informazioni necessarie per promuovere la responsabilità individuale e collettiva nei confronti della salute rappresenta l'essenza del patto per la salute proposto dal PSN. La valorizzazione di tutte le strutture e la individuazione del sistema comunicazione fra i compiti delle Aziende sanitarie configurano il programma operativo elaborato dal PSR che, per realizzare queste indicazioni, assume due obiettivi prioritari:

a) sviluppare all'interno delle Aziende sanitarie un "sistema comunicazione" a cui, in una logica integrata, concorrano gli esperti delle diverse tecniche di comunicazione e le strutture dedicate (Ufficio Relazioni con il Pubblico, Servizio di Educazione alla Salute, Ufficio Stampa, Sportello Unico, Sportello della Prevenzione, etc.), quali articolazioni con competenze specialistiche finalizzate al miglioramento della comunicazione interna ed esterna. Per essere efficace

tale "sistema comunicazione" dovrà:

- essere direttamente collegato al sistema delle responsabilità cliniche e organizzative e avere titolo per partecipare alle fasi di decisione strategica;
  - promuovere la qualità della comunicazione in tutte le azioni e i progetti mirati al conseguimento di obiettivi di salute;
  - saper affrontare i problemi della comunicazione del rischio e delle campagne e dei progetti di informazione ed educazione alla salute;
  - sviluppare forme più evolute e intrinsecamente bidirezionali per la consultazione della popolazione destinataria ed, eventualmente, utilizzatrice degli interventi sanitari.
- Tutti gli operatori sanitari svolgono una funzione comunicativa, che è parte del ruolo professionale e deve essere rafforzata, utilizzata e valorizzata.

In ogni struttura sanitaria cui accedono i cittadini si verifica una situazione di domanda informativa: nelle sale di attesa, negli ambulatori, nelle stanze di degenza, al CUP. Le persone che ogni giorno frequentano questi ambienti si attendono una piena informazione e risposte adeguate ai loro quesiti, anche in base alle quali giudicheranno il servizio ricevuto.

Per raggiungere questi risultati, l'Azienda sanitaria deve essere sviluppata come un sistema integrato attraverso una rete di relazioni interne tra i vari componenti, che indirizza i malati e i cittadini e non chiede loro di trasformarsi in agenti di collegamento o in esploratori.

Dovranno essere avviate iniziative di formazione ed approfondimento sul tema della rete di relazioni interpersonali e con gli utilizzatori dei servizi sanitari. Tali iniziative dovranno coinvolgere tutte le diverse professionalità (medici, infermieri, tecnici, amministrativi) in particolare quelle che operano a diretto contatto con i cittadini, affinché sia da tutti recepita la consapevolezza che non può essere realizzata una buona comunicazione con il cittadino se non è contestualmente perseguito il miglioramento

della rete di relazioni interne alla struttura aziendale.

La valorizzazione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in sinergia con lo sportello Unico, costituisce un impegno a migliorare la rete informativa interna e dovrà ritenersi una garanzia dell'impegno aziendale a facilitare l'accessibilità alle informazioni e la partecipazione del singolo cittadino. Per questo tutte le aziende adotteranno un regolamento di pubblica tutela e formalizzeranno un corretto sistema per la gestione dei reclami. La tutela e la partecipazione dei cittadini, attraverso le associazioni ed organizzazioni di tutela e volontariato in campo sanitario, è assicurata anche dalla presenza di Comitati Consultivi Misti, ormai esistenti in tutte le aziende sanitarie, e dal Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dal lato dell'Utente, istituito presso l'Assessorato alla Sanità. A questi organismi, nella stessa logica integrata al "sistema comunicazione", è riconosciuta particolare competenza sui temi della qualità dal lato della domanda e sarà garantita la massima trasparenza e comunicazione da parte delle istituzioni di riferimento.

b) Organizzare una funzione di riferimento a livello regionale che svolga compiti di coordinamento e di supporto per l'elaborazione di strategie comunicative, la preparazione e la realizzazione di progetti informativi, di educazione alla salute e di comunicazione del rischio, la progettazione di indagini sulle preferenze, sulle aspettative, sugli atteggiamenti dei cittadini e per rispondere a problemi complessi che richiedono supporti tecnici specialistici non facilmente reperibili a livello locale. A questo scopo il ruolo di supporto a livello regionale per il coordinamento tecnico delle attività di comunicazione per la salute che integrerà i servizi e le competenze tecniche disponibili presso le diverse Aziende sarà svolto dal Centro di documentazione per la salute (CDS) costituito presso le Aziende Usl della Città di Bologna e di Ravenna.

## 9.2. Lo sviluppo della infrastruttura regionale

### 1. Le esigenze

Il Piano Sanitario Nazionale prevede l'avvio di una forte politica per la informazione e la ricerca finalizzata e l'avvio di un Programma Nazionale per la Qualità, che comprende la elaborazione di Linee Guida cliniche ed organizzative. Questo obiettivo nazionale riconosce implicitamente che le strategie e i programmi di intervento elaborati a livello regionale e locale, così come le scelte assistenziali effettuate dai clinici e dagli operatori sanitari devono essere guidate dalle migliori evidenze scientifiche di efficacia e di appropriatezza, per poter essere inserite in un articolato ed esplicito sistema di autonomia e di responsabilità.

Il programma di modernizzazione del SSR richiede lo sviluppo di una forte area logistica regionale, fatta di conoscenze, competenze e risorse tecnologiche e informative, in grado di offrire i servizi e le competenze per soddisfare le nuove e complesse funzioni attribuite alle Aziende sanitarie, a supporto delle attività e garanzia della coerenza e della coesione nella attuazione delle strategie aziendali.

Obiettivo prioritario comune a tutti gli interventi per rafforzare l'infrastruttura del SSR è rappresentato dalla diffusione delle informazioni sulla qualità e sui costi degli interventi sanitari prodotta dalla ricerca scientifica, dalla traduzione di queste informazioni nella pratica clinica e dalla verifica continua e sistematica, a livello di servizio e aziendale del loro impatto sulla qualità e sui costi del sistema. Presupposto di questo obiettivo è la crescita di una politica regionale per lo sviluppo delle risorse umane del sistema sanitario regionale.

### 2. Le risorse umane

Il SSR si trova ad un punto di svolta, politico ed organizzativo. La diffusione

dei principi dell'autonomia e della responsabilizzazione a tutti i livelli del sistema conseguenti al processo di aziendalizzazione; la differenziazione dell'offerta e della complessità organizzativa dei servizi per rispondere alle esigenze di utilizzo appropriato da parte degli operatori e dei cittadini e per adeguarsi alla divaricazione di una domanda sempre più esigente ed informata; la necessità tuttora insoddisfatta di trovare forme adeguate di partecipazione dei cittadini e degli operatori alle scelte sulle garanzie offerte dal SSR rappresentano le grandi sfide che stanno di fronte al sistema regionale.

Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 sviluppa indirizzi e strumenti orientati secondo quattro principali direttive:

- la tempestiva e agevole accessibilità alle diverse forme di assistenza, secondo le preferenze e le esigenze dei cittadini;
- l'elevata qualità tecnico-professionale dei servizi resi, non semplicemente la quantità delle prestazioni prodotte;
- le relazioni con i pazienti, gli utilizzatori dei servizi ed i cittadini;
- l'integrazione delle prestazioni in servizi appropriati e tempestivi.

Lo strumento scelto è di sviluppare l'integrazione a tutti i livelli, abbattendo le barriere amministrative fra ed entro i servizi, attraverso la riorganizzazione dei processi assistenziali e lo sviluppo di team multiprofessionali.

I nuovi assetti organizzativi e le relazioni funzionali del SSR mettono in tensione le competenze tecniche e, soprattutto relazionali, di tutti gli operatori, a tutti i livelli, nelle relazioni fra di loro e con gli utilizzatori e i destinatari dei servizi.

La realizzazione di questi obiettivi è intrinsecamente legata alla adesione e alla qualità dell'impegno degli operatori, a tutti i livelli di responsabilità. L'autonomia e la responsabilità dei singoli professionisti è talmente rilevante nel processo assistenziale a qualunque livello dell'organizzazione sanitaria da rappresentare

il punto critico di qualsiasi sistema ed il principale determinante dei risultati del cambiamento.

L'esercizio della autonomia professionale degli operatori del SSR a tutti i livelli di responsabilità, medica ed infermieristica, rappresenta un diritto dei lavoratori ma anche la principale condizione tecnica di operatività delle innovazioni proposte dal PSR nella organizzazione dei servizi e nei loro rapporti con i cittadini.

Il superamento di strutture rigide e di barriere tra i servizi, la ricerca di dimensioni organizzative a carattere dipartimentale e reticolare, la promozione delle collaborazioni multidisciplinari, l'attenzione per la complessità delle attività di prevenzione e di assistenza, sono passaggi difficili, ma obbligati per costruire Aziende sanitarie che sappiano orientare efficacemente le proprie risorse umane.

Obiettivi specifici del programma di sviluppo delle risorse umane sono:

- valorizzare l'autonomia professionale e promuovere le responsabilità, realizzando adeguate forme di partecipazione degli operatori alla elaborazione ed alla valutazione delle scelte strategiche delle Aziende sanitarie;
- riallineare il sistema degli incentivi e delle responsabilità anche in conseguenza della ridefinizione dei processi assistenziali;
- avviare un programma di formazione per il personale a tutti i livelli di responsabilità, per favorire l'acquisizione delle nuove competenze tecnico-professionali e l'elaborazione delle nuove capacità relazionali richieste dal programma di modernizzazione del sistema;
- creare ambienti e condizioni di lavoro sicuri e confortevoli, anche attraverso la flessibilità necessaria per garantire la eguaglianza nelle opportunità del personale femminile.

In questa direzione vanno utilizzati i margini di flessibilità e di innovazione presenti nei contratti di lavoro. La possibilità di differenziare l'assunzione di effettive

responsabilità gestionali dall'esercizio di competenze tecnico-professionali e il principio della verifica periodica dei risultati raggiunti sono opportunità da cogliere con attenzione e non pericoli da evitare. Attenzione particolare deve essere dedicata all'uso efficace dell'ormai relativamente ampio e flessibile sistema delle incentivazioni economiche, che deve essere reso più trasparente, coerente fra i diversi livelli di responsabilità e decentrato nella determinazione condivisa degli obiettivi.

Il processo di accreditamento è destinato ad interessare profondamente tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private, non solo sul piano strutturale e organizzativo. Nella sua applicazione, saranno adeguatamente valorizzati anche gli elementi della qualità tecnica e relazionale degli operatori che connotano un servizio e i metodi e gli strumenti per garantirli.

L'aggiornamento e la formazione continua degli operatori sanitari assume in tale contesto un ruolo sempre più decisivo per adeguare le conoscenze e le capacità tecniche alla evoluzione dell'assistenza, per adeguare le capacità al livello di responsabilità professionale raggiunta e per mantenere convergenti gli interessi dei singoli con quelli della organizzazione. La corretta definizione degli obiettivi, la scelta appropriata delle tecniche di insegnamento e di valutazione per utilizzare le esperienze degli operatori anche in funzione didattica, in modo da legare l'apprendimento al ruolo professionale e alla innovazione, sono condizioni altrettanto rilevanti, anche se meno considerate, della dimensione degli investimenti finanziari. La nuova organizzazione per reti integrate di assistenza comporta conoscenze e competenze, ma offre anche nuove possibilità di apprendimento, in quanto presuppone e facilita la condivisione di risorse e di esperienze professionali.

Lo sviluppo professionale passa, tuttavia, anche attraverso l'impegno personale di studio e di ricerca che deve essere adeguatamente riconosciuto e facilitato. Il progresso delle tecniche di accesso alla documentazione non ha facilitato necessariamente un processo generalizzato di aggiornamento professionale. È opportuno, quindi, che si creino le circostanze per una efficace diffusione delle conoscenze attraverso la valorizzazione dei patrimoni di documentazione esistenti, il potenziamento delle possibilità di accesso, la preparazione di figure professionali capaci anche di guidare gli altri operatori nella organizzazione e nella utilizzazione delle opportunità di informazione.

Il servizio sanitario richiede e offre possibilità di sviluppo alla ricerca scientifica con vantaggi rilevanti per la qualità dei servizi e per la credibilità dell'organizzazione. La ricerca, infatti, è un'occasione di approfondimento che spinge verso posizioni di eccellenza anche nelle attività primarie e impone livelli di confronto esterno pertinenti e impegnativi, che non andrebbe quindi riservata soltanto a poche situazioni esemplari.

L'opportunità di un Piano sanitario nazionale che affronta problemi di salute e di politiche per la salute dovrebbe essere anche l'occasione per la costruzione di nuove forme di confronto tra gli operatori e gli amministratori. In particolare su scala locale dovrebbero essere promosse modalità periodiche e sistematiche di coinvolgimento, soprattutto dei medici, nella analisi delle necessità assistenziali e nella definizione delle priorità.

### 3. Il sistema universitario ed il SSR

I cambiamenti sociali ed istituzionali che hanno interessato sia l'Università sia il Servizio Sanitario hanno reso ancor più evidente la necessità di stabilire un nuovo e specifico patto, basato sulla gestione efficiente delle strutture pubbliche ed orientato all'esercizio efficace ed unitario

delle tre funzioni della assistenza, della didattica e della ricerca. Se nel settore della assistenza le Aziende ospedaliere-universitarie rappresentano una sede di sviluppo e di innovazione, la didattica e la ricerca sono egualmente importanti per il SSR, in quanto rappresentano fattori fondamentali del processo di qualificazione e di modernizzazione.

Il protocollo d'intesa fra Regione Emilia-Romagna ed Università, sottoscritto nel marzo 1998, sviluppa questa opportunità e rappresenta la ripresa di una rinnovata e operativa collaborazione tra le due autonomie che hanno assunto il comune impegno "a promuovere e sostenere lo sviluppo armonico delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca biomedica e medico-clinica". A tale collaborazione va altresì ricondotto il comune concertato sforzo di definire sempre meglio un quadro epidemiologico di riferimento, su base regionale, che sia premessa oggettiva alle elaborazioni programmatiche destinate a prevedere interventi assistenziali coerenti con tale quadro.

Gli accordi attuativi locali dovranno stabilire le articolazioni operative e le soluzioni organizzative di questi impegni comuni, nel rispetto delle peculiarità aziendali e dei principi generali condivisi. Occorre tuttavia esplicitare gli specifici obiettivi da perseguire a livello regionale, gli strumenti e le risorse previsti, i ruoli e le responsabilità assegnati ai vari attori interessati, rispetto a due elementi prioritari:

a) Il buon funzionamento dei servizi dipende principalmente dalla qualità degli addetti, siano essi operatori a contatto con gli utenti o dei servizi di supporto. La loro preparazione e la loro integrazione nei processi di cura dipende primariamente dalla formazione di base ricevuta a livello universitario, che non è limitata al pur preminente ruolo della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Alla necessità di strutturare le relazioni fra SSR e Università tenendo conto dei diversi profili professionali richiesti dal

Servizio Sanitario Regionale, deve rispondere una programmazione regionale dei fabbisogni diretta ad evitare carenze nel medio periodo, con particolare riferimento a tutti i professionisti il cui accesso è subordinato al possesso di diploma universitario; laurea; specializzazione post-laurea e/o corsi specifici. Per quanto riguarda specificamente i medici e le Facoltà di Medicina e Chirurgia, tre fenomeni sono destinati a condizionare i prossimi anni:

- il calo degli accessi, a fronte del permanere della numerosità del corpo docente universitario;
  - l'esigenza di sviluppare in modo più sistematico e finalizzato la formazione post-laurea;
  - la necessità di valorizzare e riallocare risorse professionali in relazioni alle mutate esigenze degli utenti e di procedere all'accreditamento periodico dei professionisti.
- In questa prospettiva è indispensabile favorire una programmazione delle Facoltà di Medicina e Chirurgia che assicuri la razionalizzazione delle risorse in funzione del mutato contesto operativo. Particolare priorità riveste la organizzazione delle Scuole di specializzazione, per le quali è necessario dare attuazione alle disposizioni normative relative a valutazione del fabbisogno, identificazione delle strutture accreditate e definizione dei percorsi formativi.

b) I finanziamenti della formazione e della ricerca in ambito sanitario necessitano di un più efficace coordinamento a livello nazionale ed europeo. Il ruolo della Regione può risultare utile a questo proposito se, anche attraverso propri finanziamenti, concorre ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse a disposizione.

Obiettivi prioritari della ricerca biomedica e sanitaria e della formazione a sostegno del programma di modernizzazione del SSR sono:

- la valutazione dell'efficacia dell'organizzazione dei servizi, la sperimentazione e la diffusione di Linee Guida per la diagnosi, la valutazione e il trattamento delle patologie a maggior impatto sociale, superando la contrapposizione fra procedure basate sull'evidenza e intervento personalizzato;
- lo sviluppo della cultura della valutazione e dell'innovazione nei servizi sanitari, attraverso la formazione degli operatori ed il loro aggiornamento continuo.

#### 4. L'area logistica regionale

Le nuove e complesse funzioni attribuite alle Aziende per quanto riguarda la comunicazione con gli operatori e con il pubblico; l'analisi epidemiologica dello stato di salute della popolazione regionale e della distribuzione dei fattori di rischio ambientali e legati ad abitudini di

*Casa di Cura*  
**Ai Colli**

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO  
PER MALATTIE NERVOSE**

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

---

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

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

P.G. 34219 - 26/02/2003

vita; la istituzione di programmi di valutazione della qualità tecnico-professionale della assistenza richiedono lo sviluppo di una rete di strutture tecnico-operative a supporto del sistema delle Aziende sanitarie della regione.

La funzione di coordinamento e promozione dei rapporti fra le componenti della area logistica regionale è svolta dall'Agenzia Sanitaria Regionale che rappresenta, per competenze tecniche e responsabilità istituzionali, il punto nevralgico dell'azione di supporto allo sviluppo aziendale delle azioni previste dal programma di modernizzazione del SSR.

L'Agenzia Sanitaria Regionale svolge una funzione generale di supporto all'Assessorato Regionale alla Sanità e alle Aziende sanitarie nei settori economico-finanziario, organizzativo e clinico, ha responsabilità operative dirette nel settore dell'accreditamento delle strutture sanitarie a seguito dei nuovi compiti conferiti dalla Legge sull'Accreditamento, e svolge attività di formazione generale e specifica. Il rafforzamento delle competenze e delle responsabilità attribuite alla ASR nell'ambito del programma di sostegno all'attuazione del PSR dovrà essere avviato a partire dalla formulazione del programma di attività per il 1999, che dovrà di conseguenza prevedere una proiezione poliennale degli impegni, nell'ambito del periodo di validità del PSR e nel rispetto delle sue priorità.

Gli indirizzi del PSN, le priorità del PSR e le esigenze di modernizzazione del SSR fanno prevedere un massiccio impegno per la diffusione e la applicazione pratica di processi di revisioni di qualità che utilizzano, retro e prospettivamente, Linee Guida e percorsi diagnostico-terapeutici. Il Centro costituito congiuntamente dalle Aziende territoriale e ospedaliera di Modena, integrato dalla eventuale collaborazione con le Università della regione, ha rapidamente sviluppato competenze ed esperienze che devono essere adeguatamente valorizzate e poste al servizio dell'intero SSR, in quanto rappresentano

una risorsa essenziale per lo sviluppo del programma regionale per la qualità tecnico-scientifica dell'assistenza.

Il Centro, in stretto raccordo con l'Assessorato alla Sanità e con l'Agenzia Sanitaria Regionale, con i quali dovranno essere concordati i programmi annuali di attività, dovrà fungere da supporto alle Aziende sanitarie orientando la sua attività a produrre e disseminare gli strumenti operativi per lo sviluppo delle attività di audit clinico presso i servizi delle Aziende sanitarie e fornire le competenze tecniche necessarie agli operatori responsabili a livello aziendale della organizzazione e della conduzione di tali attività.

L'Agenzia Sanitaria Regionale, nell'ambito della sua attività di accreditamento delle strutture, avrà il compito di verificare che le attività di audit siano svolte effettivamente, appropriatamente secondo i requisiti tecnici adeguati, ed efficacemente, che cioè siano in grado di rilevare i problemi e che ai problemi rilevati seguano provvedimenti conseguenti ed appropriati.

Analogamente, è necessario creare le adeguate sinergie fra le Aziende sanitarie, la Agenzia Sanitaria Regionale e il Centro di Documentazione per la Salute, costituito presso le Aziende Usl della Città di Bologna e Ravenna, che ha maturato competenze ed esperienze nei settori prioritari della comunicazione e della epidemiologia, principalmente nel settore della sanità pubblica ed in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione della regione.

Il valore strategico per le Aziende sanitarie di queste due funzioni nell'ambito degli obiettivi del PSR suggerisce un rafforzamento ed un allargamento di questa attività, per avviare un sistema di collaborazione operativa con le Direzioni strategiche aziendali e con la Regione per:

- descrivere la situazione epidemiologica regionale per quanto riguarda i parametri di salute più rilevanti, effettuando le opportune analisi comparative con la situazione nazionale e fra i diversi ambiti

territoriali della regione, anche per la produzione della relazione sullo stato di salute della regione;

- identificare scenari epidemiologici possibili in relazione alle diverse azioni previste e identificare e misurare gli indicatori necessari per monitorare gli effetti delle azioni intraprese;
- collaborare alla organizzazione del "sistema comunicazione" aziendale e fornire il supporto tecnico alla organizzazione dei programmi regionali di comunicazione del rischio legato alla salute e ai servizi sanitari.

##### 5. La politica dell'informazione

Un sistema sanitario moderno è necessariamente un sistema sanitario complesso, in quanto deve differenziare la sua offerta in ragione delle differenze nelle necessità, nelle preferenze e nelle aspettative dei cittadini, che esprimono una domanda non solo crescente, ma anche (e soprattutto) più sofisticata.

Questa complessità può tradursi in una barriera all'utilizzo appropriato e tempestivo dei servizi ed in un rischio alla qualità dell'assistenza, attraverso la caduta della continuità della assistenza, nel tempo e fra servizi, a meno che non sia sostenuta da una tecnologia informativa avanzata.

Il forte sforzo di modernizzazione del Sistema sanitario regionale deve accompagnare l'innovazione dei servizi con l'innovazione informativa a tutti i livelli: a) all'interno dei servizi, come strumento gestionale e di supporto all'assistenza del paziente; b) fra i servizi e con i diversi livelli di governo del sistema regionale, ma soprattutto c) nei rapporti con i cittadini e gli utilizzatori dei servizi sanitari.

Anche se numerose esperienze sono attualmente disponibili in diversi luoghi della regione, manca una politica dell'informazione del Sistema sanitario regionale, in cui queste esperienze siano valorizzate e i loro risultati messi al servizio dell'intero sistema regionale.

La politica della informazione deve sfruttare il potenziale delle tecnologie informa-

tiche a sostegno e stimolo per modernizzare le modalità di accesso, produzione e distribuzione della assistenza sanitaria e porsi quindi al servizio degli operatori sanitari così come dei cittadini e dei pazienti ed essere utile per la programmazione e la gestione dei servizi.

Gli operatori sanitari necessitano di:

- informazioni accurate, tempestive e complete sulla storia clinica e assistenziale dei pazienti;
- accesso rapido e conveniente ai risultati della ricerca scientifica, incluse le Linee Guida sulle pratiche assistenziali, come supporto alla formazione permanente e alla attività di revisione sistematica e permanente delle attività svolte, dei risultati raggiunti e delle risorse impegnate.

I pazienti ed i cittadini devono poter contare su:

- facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari, non solo attraverso sistemi convenienti di prenotazione delle prestazioni, ma anche eliminando la necessità di spostamenti superflui;
- informazioni sulla disponibilità di servizi (orari di apertura, attività svolte, etc.) e, soprattutto, informazioni necessarie per assumere decisioni informate riguardo alla scelta della forma di trattamento e del luogo di cura.

I programmi di intervento prioritario della strategia informativa riguardano:

- collegamento in rete per la trasmissione dei dati di attività dei servizi dalle Aziende alla Regione;
- riorganizzazione e informatizzazione della attività ambulatoriale, che prevede la messa in rete delle disponibilità dei diversi punti di erogazione delle prestazioni, pubblici e privati, in modo da rendere più efficiente la gestione delle liste di attesa ed allargare il ventaglio delle opzioni offerte al cittadino, oltrechè migliorare la efficienza operativa dei servizi e produrre informazioni su volumi di attività e costi;
- gestione delle liste di attesa dei ricoveri ospedalieri, a partire da quelli per interventi chirurgici elettivi (per cataratta, pro-



tesi d'anca e di ginocchio, etc.), compresa l'introduzione di sistemi di gestione dell'utilizzo delle sale operatorie;

- sviluppo e integrazione dei sistemi informativi dei MMG, fra di loro e con i servizi distrettuali ed i centri di prenotazione;
- sperimentazione di iniziative di coinvolgimento degli utenti dei servizi e dei cittadini in programmi di diffusione ed utilizzo di informazioni rilevanti ed utili per favorire la partecipazione informata alle scelte assistenziali, a livello individuale e collettivo.

### 9.3. Il fondo per la modernizzazione

#### 1. Gli obiettivi

Obiettivo del fondo di modernizzazione è di promuovere l'innovazione organizzativa e produrre il cambiamento del SSR incentivando le Aziende sanitarie a sviluppare soluzioni idonee a realizzare gli obiettivi del PSR e ad aiutare le altre a seguirle sulla stessa via.

L'obiettivo principale non è di esplorare aree innovative di intervento del SSR, che configurano piuttosto funzioni proprie dei progetti di ricerca e sviluppo, ma di stimolare le Aziende sanitarie a sviluppare esperienze sui modi, le forme e le soluzioni organizzative ottimali per raggiungere gli obiettivi indicati dal PSR e a mettere le esperienze, le capacità e le competenze acquisite in questo processo a servizio di tutte le Aziende della regione, secondo tre fasi distinte:

- a) stimolare le Aziende a sviluppare soluzioni efficaci per raggiungere gli obiettivi di innovazione identificati dal PSR;
- b) realizzare esempi, maturare esperienze e sviluppare competenze da cui imparare;
- c) favorire la cooperazione fra le Aziende, guidate dall'esempio e dalle esperienze acquisite.

#### 2. Le caratteristiche

Il processo di modernizzazione del SSR per gli obiettivi indicati dal PSR può essere efficacemente garantito creando un

sistema di competizione fra le Aziende relativamente al finanziamento di progetti di innovazione organizzativa su base aziendale o interaziendale, eventualmente in collaborazione con enti pubblici o privati. Particolare attenzione sarà posta al coinvolgimento del sistema universitario regionale, che rappresenta nella sua interezza un'importante risorsa per l'innovazione del SSN, non limitata alle sue Facoltà di Medicina e Chirurgia e neppure alle altre Facoltà che fanno comunque riferimento al settore sanitario.

Inoltre, per favorire il trasferimento dei risultati ottenuti all'interno sistema sanitario regionale, il finanziamento comporta l'impegno per l'Azienda a fungere da centro di sperimentazione regionale e da supporto operativo a tutte le altre Aziende della regione. In questo modo, la competizione realizzata per stimolare l'innovazione non dovrà andare a detrimento della collaborazione necessaria per garantire la coesione e l'omogeneità del sistema delle Aziende regionali. I criteri di attribuzione del fondo devono garantire la realizzazione della competitività nella selezione dei progetti, rispondendo quindi ad obiettivi di trasparenza e di responsabilizzazione nella utilizzazione del fondo mentre la richiesta di cofinanziamento ha l'obiettivo di attribuire un rischio finanziario alla Azienda proponente, a garanzia della serietà degli intenti e della esistenza delle condizioni di fattibilità del progetto proposto.

Il Fondo di modernizzazione è:

- vincolato a progetti orientati alla modernizzazione del sistema e inclusi fra le priorità indicate dal PSR;
- utilizzabile per qualsiasi parte del progetto (struttura, tecnologie, formazione del personale, ecc.), ad eccezione della spesa corrente, in modo da garantire la sostenibilità a regime della innovazione introdotta;
- legato al raggiungimento di risultati, non limitato alla presentazione del progetto (per quanto una quota non possa essere erogata alla prestazione del progetto esecutivo);

- subordinato ad un adeguato cofinanziamento dal bilancio aziendale, per dimostrare la serietà dell'impegno e la effettiva volontà di perseguire gli obiettivi del programma e per stimolare/garantire una seria valutazione della sua fattibilità, anche in ragione delle competenze disponibili, costituirà titolo preferenziale il cofinanziamento da parte di altre istituzioni pubbliche o private;
- orientato sia alla realizzazione del progetto nella/e Azienda/e proponenti sia allo svolgimento delle attività a supporto delle altre Aziende per il trasferimento dei risultati ottenuti al SSR.

#### 9.4. I programmi per la qualità: aree di intervento prioritario

Il PSR individua una serie di programmi per la qualità della assistenza che rappresentano l'applicazione concreta e specifica di esercizio aziendale delle priorità indicate a livello regionale, e dovranno essere integrate da quelle emergenti a livello locale. La tavola riporta schematicamente le aree di priorità delle dimensioni della qualità tecnica cui si riferiscono principalmente i programmi selezionati, considerati di seguito in maggior dettaglio e per ambito disciplinare.

##### Programmi regionali per la qualità

###### Efficacia

- Mortalità ed eventi avversi materni e perinatali
- Mortalità ed eventi avversi associati ad interventi cardiologici
- Sopravvivenza nelle neoplasie
- Identificazione dei casi intervallari e definizione dello stadio alla prima diagnosi di tutti i casi incidenti di tumori della mammella e della cervice uterina
- Trattamento della infezione tubercolare

###### Sicurezza

- Prevenzione delle infezioni ospedaliere
  - epidemie
  - eventi endemici: IVU; IFC; CIV; Polmoniti

- Prevenzione della antibioticoresistenza
  - ridurre il consumo IVR
  - ridurre il consumo pseudo profilassi
- Trattamento della infezione tubercolare

##### Appropriatezza e tempestività

- Appropriatezza delle indicazioni e prioritizzazione delle liste di attesa per by-pass aorto-coronari
- Monitoraggio della appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in degenza ordinaria
- Prevenzione dei ricoveri inappropriati per scompenso cardiaco, asma bronchiale e polmonite
- Audit clinico ed organizzativo dei tempi di conferma diagnostica e di trattamento dei tumori della mammella e della cervice uterina
- Programmazione delle dimissioni protette da ospedali per acuti

##### Continuità della cura

- Follow up per le neoplasie della mammella
- Qualità della vita nei pazienti oncologici in stadio avanzato.

##### Area Cardiologica

Aree di intervento prioritarie nell'ambito delle patologie cardiovascolari sono la valutazione della appropriatezza delle procedure e la promozione della qualità e della continuità dell'assistenza ai pazienti con ipertensione, angina pectoris e ipercolesterolemia.

Il programma regionale per la valutazione e la promozione della appropriatezza in cardiologia interventistica prevede interventi per la verifica della appropriatezza tecnica, del livello e della tempestività degli interventi, con l'obiettivo di:

- ridurre l'inappropriatezza delle prestazioni, monitorando sia l'eccesso (sovrautilizzo) che le carenze (sotto-utilizzo) di uso di prestazioni efficaci;
- monitorare la diffusione e le modalità di uso di nuove tecnologie di cui non è completamente definita la effettiva utilità clinica ed il profilo costo/efficacia,

come ad esempio l'uso degli stent;

- garantire la tempestività dell'accesso alle prestazioni, rendendolo coerente con la gravità clinica e le necessità assistenziali del singolo paziente.

Le azioni da intraprendere devono quindi mirare in modo particolare a:

- garantire la conoscenza e la valutazione critica da parte degli operatori interessati delle metodologie disponibili per la valutazione di appropriatezza;

- attivare un sistema permanente per il monitoraggio del “sovra-utilizzo” delle procedure sia diagnostiche (angiografia coronarica) sia terapeutiche (by-pass ed angioplastica, utilizzo degli stent) a partire dalla applicazione di liste di criteri periodicamente definite e mantenute aggiornate da panel multidisciplinari di esperti regionali;

- utilizzare i criteri derivati da queste attività per definire modalità esplicite di prioritizzazione delle liste di attesa;

- realizzare indagini specifiche per la valutazione del “sotto-utilizzo” di procedure diagnostiche e terapeutiche.

Il programma per l'assistenza ai pazienti con ipertensione arteriosa, angina pectoris e ai soggetti con elevati livelli di colesterolo ematico, si propone l'obiettivo di migliorare la appropriatezza e la continuità assistenziale attraverso una coerente integrazione dei diversi livelli di assistenza extra-ospedaliera, ambulatoriale e ospedaliera.

Questo ulteriore livello di intervento è ben individuato in ambito cardiologico anche nel PSN, sia per il rilievo dato alla prevenzione e al trattamento delle patologie cardiovascolari, che per la indicazione di ben tre aree cardiologiche che saranno oggetto di Linee Guida.

La necessità di sviluppare approcci integrati e multidisciplinari a queste patologie dovrà essere favorita dalla identificazione dei fattori favorevoli e di ostacolo a un trattamento ottimale di questi soggetti, per ridurre la notevole variabilità dei comportamenti e la distanza tra i comportamenti medi osservati e quanto raccomandato

sulla base delle Linee Guida elaborate da numerose agenzie internazionali.

Tra gli obiettivi della Regione in questo campo vi è quello di fornire alle Aziende un “repertorio” delle modalità di implementazione delle Linee Guida, per favorire l'elaborazione di strategie di adozione delle Linee Guida nell'ambito di programmi di formazione efficaci.

#### Area Oncologica

L'assistenza oncologica rappresenta un'area prioritaria per la valutazione della appropriatezza degli interventi, della continuità assistenziale e dell'impatto di strategie integrate sulla salute e la qualità della vita degli individui.

I problemi principali evidenziati come critici dagli studi condotti riguardano: a) il ritardo diagnostico; b) la appropriatezza di interventi terapeutici e di programmi di follow-up; c) la assistenza al paziente terminale e l'area delle cure di supporto e palliative.

Per quanto riguarda il ritardo diagnostico, gli studi disponibili hanno evidenziato sia una quota “attribuibile al paziente” per migliorare la quale sono soprattutto necessari interventi informativi, sia una quota “attribuibile al sistema” a sua volta separabile in una dovuta a carenze di tempestività nell'invio da parte della medicina generale ed una invece attribuibile a disfunzioni nel “funzionamento interno” del sistema (tempi di attesa eccessivi nella trasmissione della refertazione, protocolli di esami diagnostici eccessivamente dettagliati, etc).

Per quanto riguarda l'area degli interventi terapeutici è stato dimostrato un utilizzo di interventi chirurgici eccessivamente radicali e mutilanti (ad esempio nei tumori del seno e dell'utero), un sovra-utilizzo di protocolli chemioterapici eccessivamente aggressivi in tumori non particolarmente responsivi a questo tipo di terapia o, di converso, un sotto-utilizzo – o comunque una notevole variabilità – in aree dove la chemio-ormonoterapia ha una buona documentazione di efficacia.

Infine, sul piano dei programmi di follow-up (il caso più studiato in Italia è quello relativo ai tumori del seno) si registra una notevole variabilità di comportamento con la applicazione di pratiche eccessivamente interventistiche in termini di frequenza ed intensità dei controlli malgrado la realizzazione, anche a livello italiano, di Linee Guida e raccomandazioni che hanno avuto una significativa accettazione anche a livello internazionale. Obiettivi del programma regionale di valutazione e promozione della appropriatezza in campo oncologico sono:

- migliorare la tempestività diagnostica, agendo sulle diverse componenti del ritardo e uniformare i protocolli diagnostici per le principali patologie, promuovendo la diffusione ed accettazione di Linee Guida già largamente disponibili;
- ridurre l'utilizzo di procedure terapeutiche non appropriate, promuovendo l'audit clinico delle prestazioni e monitorando sia l'eccesso (sovra-utilizzo) che le carenze (sotto-utilizzo) di uso di prestazioni efficaci;
- migliorare la continuità assistenziale, definendo protocolli di comportamento "ospedale/territorio" e coinvolgendo attivamente la partecipazione delle associazioni di pazienti nella informazione ai pazienti e nella sensibilizzazione degli operatori;
- migliorare i programmi di assistenza domiciliare in particolare per quanto riguarda la valutazione e il trattamento del dolore, il sostegno psicologico sia al paziente e ai familiari sia alla componente medica e infermieristica.

#### Infezioni ospedaliere

Il PSN individua nella prevenzione delle infezioni ospedaliere una delle principali priorità di intervento, in quanto è un evento frequente (interessa tra il 5 e il 10% dei pazienti ricoverati), con rilevanti implicazioni economiche e per la salute del paziente, che rappresenta un importante e sensibile indicatore della qualità

dell'assistenza prestata, dal momento che ai tradizionali rischi legati ai problemi di igiene ambientale associa quelli derivanti da comportamenti e pratiche professionali e da assetti organizzativi inadeguati.

Il programma regionale per il controllo delle infezioni ospedaliere prevede interventi per la sorveglianza, la prevenzione e la cura delle infezioni ospedaliere e la riduzione della esposizione al rischio per i pazienti e per gli operatori, basati sulla stretta interdisciplinarietà tra le diverse figure professionali, i diversi specialisti, le diverse Unità operative e i vari Dipartimenti interessati.

Le priorità di intervento riguardano:

#### a. Epidemie

– Diffusione e adozione di procedure di buona pratica professionale clinica e assistenziale, per la prevenzione di epidemie di infezioni nosocomiali, con particolare riguardo a sedute operatorie; alimentazione parenterale; gestione dei cateteri intravascolari.

– Sistemi di sorveglianza per la identificazione precoce delle epidemie di infezioni nosocomiali sostenute da un unico microrganismo, basati su una revisione giornaliera degli isolamenti effettuati dal laboratorio.

#### b. Episodi/eventi endemici

– Diffusione e adozione di procedure di buona pratica professionale, clinica ed assistenziale, per la riduzione del 25% della incidenza di infezioni ospedaliere delle vie urinarie, della ferita chirurgica, associate a cateteri intravascolari e delle polmoniti post-operatorie o associate a ventilazione assistita.

Le azioni da intraprendere devono in particolare mirare a:

– garantire la partecipazione di tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza, con particolare riguardo alle aree di degenza mediche e chirurgiche; farmacia; laboratorio, economato, anche nell'ambito degli obblighi delle Aziende derivanti dalla applicazione del D.Lgs 626/94;

– attivare un programma per la sorveglianza e il controllo delle infezioni in ogni Presidio ospedaliero, orientato sia ai pazienti sia agli operatori sanitari. Il programma rappresenta un criterio di accreditamento della struttura e deve prevedere a) l'attribuzione di specifiche responsabilità gestionali a personale qualificato e la definizione di precise modalità d'intervento basate sull'adozione e applicazione di protocolli standardizzati di buona pratica professionale; b) l'attivazione e l'adeguamento di sistemi di sorveglianza sulla effettiva adozione di comportamenti professionali, sulla diffusione dei rischi per il personale e per i pazienti e sulla frequenza delle infezioni, che prevedano obbligatoriamente la partecipazione del laboratorio; c) l'adozione di politiche volte a favorire il comportamento prescrittivo appropriato all'impiego razionale dei chemioantibiotici, per contrastare lo sviluppo dell'antibioticoresistenza.

#### Prevenzione della antibioticoresistenza

La diffusione del fenomeno della antibioticoresistenza rappresenta uno dei principali rischi di riduzione dell'efficacia degli interventi sanitari. Tale fenomeno è conseguenza di comportamenti prescrittivi inappropriati, che comportano la esposizione ingiustificata dei pazienti a trattamenti antibiotici.

Le strategie preventive efficaci devono quindi essere ricercate nella promozione dell'uso appropriato degli antibiotici, in funzione della corretta indicazione e della gravità del quadro clinico con l'obiettivo di ridurre l'esposizione non necessaria.

Obiettivi del programma regionale contro il fenomeno della antibioticoresistenza sono:

- ridurre il consumo di antibiotici nelle infezioni delle alte vie respiratorie;
- ridurre il consumo globale di antibiotici in ambiente ospedaliero, con particolare riguardo a quelli utilizzati per la pseudo-

profilassi nei pazienti di area critica e in quelli sottoposti a interventi chirurgici;

- ridurre il ricorso, da parte di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, ad antibiotici di ultima generazione qualora siano disponibili terapie parimenti efficaci e congrue nei confronti dell'agente eziologico da trattare.

#### Tattamento della tubercolosi

L'emergere di ceppi tubercolari antibioticoresistenti assume particolare rilevanza, in ragione della potenziale gravità clinica e della pericolosità sociale. Obiettivo del programma regionale per la prevenzione e il trattamento della tubercolosi comprende:

- Pronta diagnosi e tempestivo avvio del trattamento antitubercolare.
- Supervisione dell'intero ciclo di trattamento, al fine di garantire che questo sia completato in almeno l'85% dei casi correttamente diagnosticati ed avviati al trattamento.
- Istituzione di sistemi di sorveglianza basati sul laboratorio ed integrati fra ambito ospedaliero e territoriale, per la identificazione rapida delle epidemie da tubercolosi, con particolare attenzione alle forme di tubercolosi multiresistente a trasmissione ospedaliera o comunque in ambito residenziale.

#### 9.5 I Programmi speciali

##### Salute Donna

##### 1. Differenze generali di genere

La salute femminile presenta specificità di genere, indipendenti dalla sfera riproduttiva, che riguardano sia la diffusione di fattori di rischio, la incidenza di malattie e disabilità e la frequenza di utilizzazione dei servizi sanitari.

In molti aspetti della salute e dell'uso dei servizi sanitari, la differenza fra uomo e donna rappresenta l'esempio più immediato e diretto di diseguaglianze rispetto alla salute.

Ad esempio:

- trend crescente nella prevalenza di fumatrici (e in particolare di forti e precoci fumatrici) a fronte di una generalizzata tendenza alla diminuzione;
  - incidenza quasi esclusiva nel sesso femminile di disturbi dell'alimentazione (anoressia, bulimia) e nettamente preponderante della osteoporosi e della incontinenza urinaria;
  - accesso selettivo a prestazioni di alta specialità, anche tenendo conto della diversa incidenza della malattia (ad esempio, cardiologia interventiva e cardiocirurgia).
- È quindi giustificato un programma regionale per un'attenzione selettiva ai problemi di genere nei diversi livelli e luoghi di attività di intervento dei servizi sanitari.

## 2. La dimensione riproduttiva

L'assistenza e la cura della donna nei suoi bisogni di salute e di maternità si è profondamente modificata negli ultimi 20 anni, in Italia come negli altri paesi industrializzati, richiedendo modificazioni culturali, strutturali e procedurali. Questo richiede un ripensamento della rete di strutture sanitarie coinvolte nell'assistenza a queste tipologie di bisogni.

La modificazione del costume sociale ha profondamente cambiato l'epoca della ricerca di maternità, proiettandola dai 20 anni ai 30 anni ed oltre, con implicazioni mediche di grande importanza come l'aumento dei problemi di sterilità e dell'abortività spontanea o dei parti pretermine.

Si aprono nuovi capitoli di attenzione sanitaria fino ad ora letti con scarsa considerazione, quali l'assistenza e la cura dei problemi di sterilità e la loro prevenzione nell'età dai 15 ai 30 anni. Una prevenzione che muoverà le sue attenzioni sulle infezioni pelviche e mestruali, sulle abitudini alimentari, sulle pratiche contraccettive, etc. Una prevenzione fatta di interventi dapprima socioculturali e poi sanitari veri e propri, attraverso le articolazioni del SSR.

L'invecchiamento della popolazione, determinato dal calo progressivo delle nascite nel nostro paese e dal progressivo aumento dell'attesa di vita della popolazione femminile, aprono due scenari di grande attenzione prospettica: il recupero della natalità con nuovi interventi sulla organizzazione dei servizi e la rivisitazione degli interventi di prevenzione e cura delle patologie invalidanti (cardiovascolari, osteoporotiche e preneoplastiche) della popolazione femminile anziana.

Questi interventi non possono eludere l'attenzione per la umanizzazione della assistenza al percorso parto, per l'opzione della analgesia del parto, la identificazione dei livelli specialistici per l'intervento al percorso nascita.

La scelta della gravidanza e la scelta del luogo e del modo del parto rappresentano diritti essenziali la cui esigibilità deve essere garantita dal SSR.

Tale esigibilità richiede l'impegno su due settori: a) la garanzia della sicurezza e della qualità tecnica dei servizi offerti; b) un'offerta di servizi rispettosa delle preferenze individuali.

Mentre il primo obiettivo richiede un sistema di governo relativamente simile a tutti gli altri servizi, il secondo presenta una particolare complessità per la presenza nella società di forti divaricazioni nelle preferenze individuali, riconducibili a fattori culturali, etici e religiosi. Le differenze presenti nella società regionale sono ulteriormente accentuati dalla crescente presenza di consistenti nuclei di popolazioni immigrate, che presentano forti differenze al proprio interno e nei confronti della popolazione originaria della regione.

## 3. Programmi operativi

La Legge sul Parto recentemente approvata dal Consiglio Regionale ha allargato le possibilità effettive di scelta sul luogo del parto secondo le preferenze individuali e nel rispetto delle condizioni di si-

curezza, affiancando all'ospedale, il domicilio della paziente e la casa del parto. Contemporaneamente, ha attribuito ai professionisti la responsabilità di governo della qualità tecnica della assistenza, relativa alla appropriatezza dell'assistenza alla madre e al neonato, istituendo una Commissione regionale permanente.

Alla Commissione spetterà il compito di analizzare morbosità e mortalità materna e perinatale, complicanze in gravidanza, appropriatezza delle procedure di monitoraggio e di intervento farmacologico utilizzate durante il travaglio ed il parto, modalità di espletamento dei parti, diffusione e modalità dell'allattamento al seno, diffusione del parto a domicilio e nelle case di maternità.

L'attività di valutazione della qualità tecnico-professionale dell'assistenza alla gravidanza e al parto dovrà inoltre essere integrata con la valutazione delle informazioni ricevute dalle donne sul percorso nascita ed alla scelta dei modi e dei luoghi del parto, e sul gradimento ai servizi ricevuti.

Interventi ispirati alla stessa politica devono essere elaborati per quanto riguarda la scelta della gravidanza, che affrontino quindi a livello preventivo e assistenziale le aree di:

- prevenzione delle gravidanze indesiderate, secondo metodi tecnicamente efficaci e sicuri e compatibili con le preferenze individuali;
- tutela della fertilità, attraverso la prevenzione della sterilità e la diagnosi e la terapia della sterilità singola e di coppia;
- supporto alla famiglia, per l'esercizio della funzione genitoriale e la soluzione di difficoltà sociali o relazionali che ostacolano la accettazione della gravidanza.

## Chirurgia di giorno

### 1. Le indicazioni nazionali e regionali

Una delle attività cliniche più coerenti

con il modello del clinical network, che prevede la concentrazione della gestione del sistema reticolare di produzione, senza individuare a priori una gerarchia tra i punti di produzione, è quello delle attività di chirurgia di giorno.

Infatti, per tali attività le competenze tecniche e professionali, nonché le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi clinici della popolazione di riferimento possono essere rese disponibili in qualsiasi punto della rete. Il modello adotta come modalità di relazione l'outreach dei professionisti piuttosto che la centralizzazione dei pazienti e delle competenze. Trattando chirurgia "relativamente" semplice, la day surgery si presta bene a rappresentare le necessità di fare della gestione delle relazioni tra le équipes l'elemento programmatico più rilevante, relegando in secondo piano la centralizzazione della produzione, che meglio si raccorda alle attività cliniche di alta specializzazione.

La realizzazione di attività di day surgery trova legittimazione in ambito nazionale nella legge del 18 luglio 1996, n. 382 "Disposizioni urgenti nel settore sanitario" e in ambito regionale da quanto proposto nelle linee guida per la "Rimodulazione della rete ospedaliera in Emilia Romagna". Un'ulteriore opportunità, in ambito regionale, per l'avvio di nuove modalità organizzative delle cure chirurgiche, è offerta dalla "Direttiva per l'istituzione dei Dipartimenti Ospedalieri", che supera l'attuale struttura divisionale degli ospedali e propone un approccio organizzativo che si basa sulla programmazione integrata delle attività e un utilizzo razionale e condiviso delle risorse.

### 2. Gli obiettivi del PSR

I principali obiettivi di questo modello di assistenza chirurgica nel caso di problemi "minori" in relazione alle caratteristiche della patologia, alle condizioni del

paziente e alle tecniche di intervento, sono i seguenti:

- facilitare i pazienti e le loro famiglie, da un punto di vista psicologico e sociale riducendo la durata della degenza e assicurando pari efficacia dei trattamenti associata a maggiore appropriatezza;
- ridurre le complicitanze legate all'ospedalizzazione prolungata;
- semplificare le procedure di accesso ai servizi, assicurando tempi di risposta sanitaria più rapidi e conseguentemente ridurre le liste di attesa per interventi chirurgici;
- facilitare la comunicazione e l'integrazione tra ospedale e territorio creando una continuità tra il domicilio e l'ospedale;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Gli strumenti operativi comprendono:

- Chirurgia ambulatoriale: la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero e senza necessità di osservazione postoperatoria, in studi medici, ambulatori o ambulatori protetti, in anestesia locale e/o locoregionale.
- Chirurgia di giorno/day surgery: la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato entro le 24 ore, in anestesia locale, locoregionale o generale.

La efficacia della day surgery nel raggiungimento degli obiettivi dichiarati è condizionata da:

- a) una accurata valutazione tecnica della eleggibilità dei pazienti e della gamma di interventi idonei ad essere praticati con tale modalità;
- b) una gestione dell'intero processo terapeutico/assistenziale in qualità e sicurezza;
- c) un utilizzo efficiente della nuova modalità assistenziale.

Esistono numerosi elenchi di interventi praticabili in regime di chirurgia di giorno, a cominciare da quello predisposto dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Tutti gli elenchi disponibili in letteratura sono comunque frutto di elaborazione e condivisione da parte dei professionisti a vario titolo protagonisti di tale modello assistenziale.

Sarà compito delle singole Aziende valutare la gamma di interventi erogabili in regime di chirurgia di giorno, sulla base del coinvolgimento locale dei clinici, delle condizioni organizzative, della pianificazione progressiva del trasferimento dall'ospedalizzazione ordinaria a quella diurna.

Nella logica del PSN, anche per il PSR documenti specifici conseguenti alla definizione della programmazione strategica regionale dovranno approfondire i nodi organizzativi e strutturali delle attività. In particolare, per la chirurgia di giorno la definizione conseguente al PSR dovrà analizzare e definire i temi legati a:

- eleggibilità dei pazienti ed idoneità degli interventi;
- gestione del processo terapeutico-assistenziale in qualità e sicurezza;
- selezione (sulla base di criteri clinici e sociofamiliari);
- consenso informato;
- fase operatoria;
- dimissione e sorveglianza domiciliare del paziente.

Nell'ambito del sistema informativo dovranno inoltre essere identificati gli indicatori legati alla valutazione di efficienza e qualità nelle successive fasi del processo terapeutico assistenziale, secondo logiche coerenti con il binomio autonomia-responsabilità dei professionisti, che costituisca la linea fondamentale che sottende i contenuti della nuova programmazione regionale.

*segue nel prossimo numero*



CONVEGNO FORMATIVO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

# L'operatore sanitario: tra professione e testimonianza cristiana

**Sabato 27 novembre 2004**

Convento San Domenico  
Sala Bolognini  
Piazza San Domenico, 13 - Bologna

## PROGRAMMA

Ore 08.30 **Apertura Convegno**

*I Sessione*

**Visione Evangelica della Sofferenza**

*II Sessione*

**Identità morale e cristiana dell'Operatore Sanitario**

*III Sessione*

**Il Medico ed i diritti dell' uomo malato**

Quesiti e risposte ECM

Ore 18.30 Chiusura del Convegno

### Notizie organizzative:

La **partecipazione** al Corso è **gratuita**, e comprende:

- La registrazione al corso
- N.2 coffee break e buffet
- Materiale congressuale
- Certificato di partecipazione
- Materiale per la compilazione quesiti ECM
- Invio certificati crediti ECM degli Iscritti



*Per gentile concessione Aboca Museum*

# *Gli attuali adempimenti dello Studio Odontoiatrico*

**Sabato 27 novembre 2004  
dalle ore 9.00 alle ore 13.30**

**Hotel Savoia  
Via San Donato 161 Bologna**

*Con il Patrocinio del Comune di Bologna,  
della Provincia di Bologna e della  
Regione Emilia-Romagna.*

**8.30** - Introduzione al Convegno: **Dott. Alessandro Nobili**  
**Presidente Commissione Albo degli Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna**

**9.15** - I documenti dello Studio Odontoiatrico: **Dott. Mauro Venturi**  
**Segretario Sindacale ANDI Bologna e componente Commissione Albo degli Odontoiatri dell'Ordine dei**

**Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna**

**9.40** - Pubblicità sanitaria: cosa è lecito e cosa non è lecito: **Avv. Silvia Stefanelli Consulente Legale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna**

**10.05** - La Legge 626 sulla Protezione dei luoghi di lavoro: **Prof. Francesco Saverio Violante - Istituto di Medicina del lavoro dell'Università di Bologna**

**10.30** - Coffee Break

**10.50** - La decontaminazione dello Studio Odontoiatrico: **Dott.ssa Maria Antonietta Bucci - ARPA (Agenzia Regionale Protezione Ambiente) Bologna**

**11.15** - La Legge 675 sulla tutela della Privacy in ambito odontoiatrico: **Dott. Gerardo Ghetti - Segretario Sindacale ANDI Emilia-Romagna**

**11.40** - Le "nuove" Autorizzazioni Regionali per gli Studi Odontoiatrici: **Dott. Fausto Francia - Responsabile Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica di Bologna**

**12.05** - Tavola Rotonda

**13.30** - Chiusura del Convegno

## **Centro Odontoiatrico Grimaldi**

Via Grimaldi 6/e -Bologna (adiacenze Paladozza)

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

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

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

# Innovations in GERD and Barrett's esophagus

An EAGE Postgraduate course Endorsed by UEGF and Linked to the XI "Luigi Barbara" Educational Training Zorkshop in Digestive and Liver Diseases

**Bologna October 21, 2004**

Aula Magna  
Nuove Patologie Policlinico S. Orsola

COMUNICATO STAMPA

## Per una medicina dei desideri

*La relazione medico-paziente e la domanda sessuologica.*

*Una formazione professionale centrata sul rapporto con il paziente e sulle conoscenze necessarie per gestire le problematiche cliniche del comportamento sessuale.*

→ La Scuola di Sessuologia del Centro Italiano di Sessuologia in collaborazione con il Servizio di Sessuologia Clinica del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna organizza per l'anno 2005 un intervento formativo efficace nel fornire strumenti di relazione interpersonale e

### General information

#### Venue

The EAGE Postgraduate Course will be held Thursday October 21<sup>st</sup>, 2004 14.30-18.00 at the Aula Magna, Nuove Patologie Policlinico S. Orsola, Via Massarenti 9 - Bologna, Italy  
e-mail contacts: vairadin@med.unibo.it  
vincenz.stanghellini@unibo.it  
ewajonsson@telia.com

### Hotel reservation and travel agency

All individual needing assistance form travelling and hotel reservations should contact the official travel agency NAZCA TOURS - Via Calori, 10 40122 Bologna  
phone 39 51 555.190 - fax 39 51 557.627  
e-mail: infonazca@nazcatours.com

### E.C.M.

The participation in this event gives right "crediting" system for 6/SIX EUROPEAN continuing medical education. ITALIAN continuing medical education subitted.

di competenza diagnostica relativamente alle condizioni di compromissione della salute sessuale (Disturbi dell'identità di genere, parafilie, disfunzioni sessuali maschili, femminili e di coppia, difficoltà conseguenti a malattie invalidanti, handicap, interventi chirurgici demolitivi).

Il corso è specificamente dedicato alla classe medica per completare ed arricchire l'agire clinico in maniera che le persone assistite possano essere considerate nella globalità del proprio essere sessuato.

Il Corso ha una durata di 100 ore ed è prevedibile un accreditamento di almeno 50 crediti ECM. L'iscrizione è limitata ad un massimo di 30 partecipanti.

### Informazioni:

Servizio di Sessuologia Clinica  
Tel. 051-2091833, merc. e ven. ore 11-13  
Fax: 051-245785  
E-mail:  
Panstudisessuologici@hotmail.com

# Patologia osteoa articolare

*Nuovi approcci chirurgici e riabilitativi*

**27-28 Novembre 2004**

Con il patrocinio di

- **Comunità Montana del centro Cadore**
- **Comune di Domegge di Cadore**
- **Comune di Sappada**

## **INFORMAZIONI GENERALI**

### **Sede del Convegno**

- **Sabato 27 Novembre**  
Sala S. Giorgio - Domegge di Cadore

CENTRO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA  
COLO-RETTALE

## **Corso teorico- pratico di chirurgia oncologica laparoscopica del colon-retto**

### **Finalità:**

Il Corso intende illustrare il carattere innovativo della tecnica laparoscopica in chirurgia oncologica del colon-retto, sottolineando le caratteristiche di efficacia, tollerabilità e mininvasività nel rispetto dei criteri oncologici di radicalità chirurgica.

### **Obiettivi:**

Fornire ai partecipanti gli elementi essenziali della procedura laparoscopica in chirurgia del colon-retto con particolare attenzione alla adeguatezza oncologica delle procedure (stadiazione, standardizzazione delle tecniche, linfadenectomia ed opzioni di anastomosi).

- **Domenica 28 Novembre**  
Sala Consiliare - Sappada

### **ACCREDITAMENTO E.C.M.**

È attualmente in corso la procedura di accreditamento E.C.M. per il rilascio dei relativi crediti formativi.

### **Segreteria Scientifica:**

#### **Dr.ssa Piera Bitelli**

c/o VALET srl Via dei Fornaciai, 29/b  
40129 Bologna - Tel. 051.320.170  
Fax 051.326.840 - info@valet.it

### **Segreteria Organizzativa:**

VALET srl Via dei Fornaciai, 29/b  
40129 Bologna - Tel. 051.320.170  
Fax 051.326.840 - info@valet.it

Analizzare i vantaggi della minivasività chirurgica nell'ambito di una integrazione terapeutica oncologica di un Team multidisciplinare colo-rettale.

### **Metodiche utilizzate:**

Lezioni teoriche, esercitazioni pratiche, visione materiale audiovisivo, partecipazione ad interventi chirurgici in sala operatoria.

### **Durata del Corso:**

Il corso si svolgerà in 2 giornate, per 16 ore complessive, equamente distribuite tra parte teorica e pratica.

### **Numero di Edizioni previste:**

2 edizioni nel corso dell'Anno  
PROSSIMO CORSO IL  
9-10 Novembre 2004

### **Destinatari:**

Il Corso è rivolto a Chirurghi generali.  
Numero massimo di partecipanti per ogni edizione: 6 Chirurghi.

### **Direttore del Corso:**

Prof. Luciano Liguori  
Direttore Unità Operativa di Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico Ospedale Bellaria  
Via Altura, 3 - 40139 Bologna  
Telefono: 051/6335021  
Fax: 051/6225033

**Segreteria organizzativa:**

Franca Nati - Segreteria Unità Operativa  
di Chirurgia Generale ad indirizzo Onco-  
logico Padiglione D piano terra

CORSO TEORICO-PRATICO

## Mezzi di contrasto in ecografia

15-16 dicembre 2004

## Ecografia ed imaging integrato articolare

17-18 dicembre 2004

**CORTINA D'AMPEZZO Hotel Cristallo**  
**TES TOP** entretien service  
**Via Zanotti, 13 - 40137 Bologna**  
**Tel. 051 441715 - Fax 051 440756**

## Seminari della scuola di specializzazione in reumatologia

Luglio - Novembre 2004  
ore 16.00 - 18.00

### PROGRAMMA

#### Giovedì 28 Ottobre

Approccio diagnostico alle connettiviti  
*G. Bajocchi, Reggio Emilia*

#### Giovedì 11 Novembre

La risonanza magnetica articolare nelle dia-  
gnosi e nel follow-up dell'artrite reumatoide  
*M.A. Cimmino, Genova*

Ospedale Bellaria

Via Altura, 3 - 40139 Bologna

Tel.: 051/6225021 - Fax: 051/6225033

E-mail: franca.nati@ausl.bologna.it

#### Giovedì 18 Novembre

Terapia anti-TNF alfa nell'artrite reuma-  
toide: dai trials alla pratica clinica  
*C. Montecucco, Pavia*

#### Relatori:

##### Dott. Gianluigi Bajocchi

U.O. di Reumatologia

Azienda Ospedaliera Arcispedale S. Maria  
Nuova Reggio Emilia

##### Dott. Marco Amedeo Cimmino

Clinica Reumatologica

Dipartimento di Medicina Interna  
Università degli Studi Genova

##### Prof. Carlomaurizio Montecucco

Struttura Complessa di Reumatologia  
Università degli Studi Pavia

#### Informazioni generali:

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

#### Sede del Corso:

Auletta "D. Campanacci"

Pad. 22, Azienda Ospedaliera Policlinico  
S. Orsola-Malpighi

Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna

#### Segreteria scientifica:

##### Dott.ssa Nazzarena Malvolta

Dipartimento di Medicina Interna e dell'In-  
vecchiamento Azienda Ospedaliera Poli-  
clinico S. Orsola-Malpighi

Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna

Tel. 051/636.4901 - Fax 051/391320

e-mail: malvolt@med.unibo.it

##### Prof. Riccardo Meliconi

Modulo di Reumatologia Università degli  
Studi di Bologna Istituti Ortopedici Rizzoli  
Via Pupilli, 1 - 40136 Bologna

Tel. 051636.6803 - Fax 051/636.6807

e-mail: riccardo.meliconi@unibo.it

**Segreteria organizzativa:****I & C srl**

Via A. Costa, 2 - 40134 Bologna

Tel. 051/614.4004 - Fax 051/614.0564

e-mail: posta@iec-srl.it

# Le lesioni espansive del surrene

## Un modello di percorso clinico-diagnostico terapeutico

**Sabato 6 novembre 2004**Aula Magna della Vecchia Clinica Medica  
(Pad. 11), Policlinico S. Orsola-Malpighi (BO)**→ Presentazione**

Le patologie espansive surrenaliche rappresentano un problema di crescente interesse clinico-assistenziale. Tutto ciò è dovuto all'uso sempre più allargato di tecniche diagnostiche per immagine semplici (ecografia) o complesse (TC, RM, ecc.). È stato stimato che almeno il 5-8% dei pazienti che eseguono una di queste indagini presenta una massa surrenalica precedentemente misconosciuta.

Il convegno ha l'obiettivo di presentare le attuali conoscenze, con particolare riferimento agli aspetti biologici e molecolari e discutere le attuali prospettive di organizzazione di un percorso diagnostico-terapeutico, in grado di rispondere in modo adeguato all'esigenza dei pazienti di poter fruire di un intervento assistenziale di buon livello e ad alta efficienza organizzativa.

Relatori:

**R. Pasquali** U.O. Endocrinologia, Az. Ospedaliera S. Orsola-Malpighi**U. Pagotto** U.O. Endocrinologia, Az. Ospedaliera S. Orsola-Malpighi**M. Cacciari** U.O. Endocrinologia, Az. Ospedaliera S. Orsola-Malpighi**R. Canini** U.O. Radiologia, Az. Ospedaliera S. Orsola-Malpighi**L. Ceroni** U.O. Endocrinologia, Az. Ospedaliera S. Orsola-Malpighi**R. Franchi** U.O. Medicina Nucleare, Az. Ospedaliera S. Orsola-Malpighi**S. Fanti** U.O. Medicina Nucleare, Az. Ospedaliera S. Orsola-Malpighi**F. Minni** U.O. Chirurgia Generale, Az. Ospedaliera S. Orsola-Malpighi**D. Santini** U.O. di Anatomia Patologica, Az. Ospedaliera S. Orsola-Malpighi**A. Zucchini** Direttore Sanitario, Az. Ospedaliera S. Orsola-Malpighi**M. Taglioni** Ufficio di staff Governo Clinico, Az. Ospedaliera S. Orsola-Malpighi

Obiettivi formativi del convegno:

- aggiornare i medici non specialisti che operano in ambiente ospedaliero ed i medici di medicina generale sulla rilevanza epidemiologica e clinica del problema
- fornire all'adunanza chiare informazioni del metodo diagnostico e terapeutico
- fornire le indicazioni per l'istituzione di un percorso clinico-diagnostico-terapeutico aziendale.

**Informazioni generali:**

- Il convegno è registrato presso la Commissione ECM della regione Emilia-Romagna in ordine alla definizione dei Crediti Formativi per i Medici Chirurghi
- La partecipazione al convegno è libera
- I medici specializzandi potranno fruire del Convegno come attività didattica formativa
- A tutti coloro che ne faranno richiesta verrà rilasciato un attestato di presenza
- Numero partecipanti previsto: circa 100.

**Responsabile del corso:**

Prof. Renato Pasquali

**Segreteria organizzativa:**

Segr. Scientifica: Dr.ssa Luana Ceroni

Segr. Amministrativa: Stefania Laganella  
U.O. Endocrinologia, Dipart. Medicina Interna e Gastroenterologia, Via Massarenti 9 - 40138 Bologna

Tel: 051-6364147 - Fax 051-6363080

e-mail: endocrinologia@orsola-malpighi.med.unibo.it

# *A tutti i dipendenti ospedalieri Medicina e Persona propone*

→ un gesto di solidarietà concreto: offrire l'equivalente economico di un'ora di stipendio, da attuarsi mediante un'unica trattenuta nella busta paga, per cambiare attraverso il proprio lavoro

ro il destino degli ospedali ugandesi e dei loro pazienti e per ricordarci che lo scopo del lavoro non è il lavoro stesso, ma è l'uomo. Hanno aderito all'iniziativa l'Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola Malpighi e l'Azienda USL di Bologna. Chi intende sostenere l'iniziativa deve inviare l'adesione all'Ufficio Stipendi della propria Azienda (indicando nome, cognome, data di nascita, qualifica), entro il prossimo mese di novembre.

### **Per libere donazioni:**

Banca Popolare Dell'Emilia Romagna -  
Ag. 6 Via De Marchi, Milano  
c/c n° 000001164662 intestato ad AVSI  
ABI 05387 - CAB 01605 - CIN O  
BBAN 00538701605000001164662  
Causale: Ospedali Missionari Uganda



*Per gentile concessione Aboca Museum*

## Centro Odontoiatrico Grimaldi

Via Grimaldi 6/e -Bologna (adiacenze Paladozza)

### Affitta Locale/i operativi odontoiatrici

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

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

Affittasi locale luminoso sito al piano terra adatto come studio medico-ufficio, di facile accesso anche per disabili, vicinanze via Massarenti.

Tel. 348 8708033.

Medico offre a collega stanza in ambulatorio centrale (angolo Riva Reno - San Felice).

Tel. 051 6490116 - 329 4153493

Cedesi studio dentistico sito in BO zona centrale in regola con la nuova normativa regionale. Costituito da sala d'attesa, doppi servizi, 1 ambulatorio operativo con radiologico e ulteriore stanza che può essere adibita a posizionare il 2° riunito sempre nel rispetto della normativa regionale. Ampio parcheggio gratuito, ben servito dal pubblico trasporto, prezzo interessante. Tel. 349 6477922

Affittasi studio medico, sito in Via Dante, 1 (zona centrale di Zola Predosa) per singole o mezze giornate. Tel. 051 470795 dopo le ore 20 oppure 338 6417984.

Affittasi locale, anche per singole giornate in studio medico in P.zza Malpighi. Prezzo interessante. Per informazioni telefonare allo 051 451458 (ore serali) oppure al 335 257948.

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

Affittasi a specialisti (preferibilmente der-

matologi o dietologi) studio medico per singole o mezze giornate in S. Lazzaro zona centrale.

Per informazioni 335 6571046.

Offresi collaborazione in studio dentistico conservativa, endodonzia NI-TI, chirurgia (esperienza). Tel. 338 5410715.

In studio medico Via dei Mille, confortevole, climatizzato, con ampia possibilità di parcheggio in zona, affittasi 2 ambulatori con servizi di segreteria a medici specialisti (dietologi, ecografisti, cardiologi, ecc.).

Per informazioni telefonare 051 246824.

Vendesi, come nuovo, Ecografo General Electric Logiq 400 CL (CE 0459): M-Mode, PD, FCM, corredato di sonda convex 3,5 Mhz (C364) e sonda vaginale 7 Mhz (E721). Euro 24.000.

Telefonare a: 051 397540 dal lunedì al giovedì ore 9,30-19,00.

Affittasi in Via Murri 84 (Sterlino) ambulatorio odontoiatrico per singole o mezze giornate.

Per informazioni Tel. 051 6235454.

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

Affitto appartamento arredato, 4 posti letto, ad.ze Viale della Repubblica: 2° piano con ascensore, ingresso, cucinotto, soggiorno, 2 camere, bagno, cantina, veranda. Per informazioni: 051 242570.

Affittasi studio medico per singole giornate



o mezze giornate in Via Dante nei pressi di Piazza Trento e Trieste.

Per informazioni telefonare 051 301977.

Affittasi laboratorio artigianale, adiacenze Via del Borgo S. Pietro, mq 132 con servizio e canna fumaria.

Tel. 333 2207250 - 051 946291

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

Tel. 051 946291 - 333 2207250

Affittasi anche a giornate studio dentistico attrezzato - 2 unità operative.

Tel. 348 3345399.

Affittasi studio dentistico con una unità operativa sito in Bologna cenro.

Per informazioni tel 051 235489.

Affittasi dopo Ospedale Maggiore appartamento arredato. 2 camere, tinello, cucinotto, posto auto esterno.

Per informazioni tel. 333 2826668.

Affittasi monolocale completamente arredato. Entrata indipendente. No spese condominiali. Zona Stazione. Silenzioso.

Per informazioni tel. 333 2826668.

Affittasi a specialisti (preferibilmente dermatologi o dietologi) studio medico per singole o mezze giornate in S. Lazzaro zona centrale.

Per informazioni tel. 335 6571046.

Vendesi nuovo plicometro Sec. Marpenden.

Tel. 335 8139799

## ELENCO INSERZIONISTI BOLLETTINO OTTOBRE 2004

CASA DI CURA "AI COLLI" .....	pag. 45
CENTRO ODONTOIATRICO GRIMALDI .....	pag. 57 e 63
COOPERATIVA MURRI .....	pag. III <sup>a</sup> di cop.
DAL MONTE DERNA .....	pag. 13
OSPEDALE PRIVATO "SANTA VIOLA" .....	pag. 33
POLIAMBULATORIO CKF .....	pag. 23
POLIAMBULATORIO SANTA LUCIA .....	pag. 17
TECNOBIOS .....	pag. IV <sup>a</sup> di cop.
TERME DI RIOLO .....	pag. II <sup>a</sup> di cop.
VILLA BARUZZIANA .....	pag. 7

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