



BOLLETTINO

ANNO XXXV - Luglio 2004 N° 7

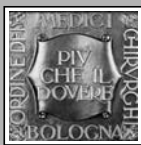
notiziario

INNOCENTE

**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



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

**BOLLETTINO
NOTIZIARIO
07/04**

**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
Odonoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

INDICE

EDITORIALE

La linea e il punto interrogativo	3
Non è successo niente	4

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

Verbale del Consiglio Direttivo dell'11/12/03 e 18/12/03	6
Verbale del Consiglio Direttivo del 29/01/04	7
Verbale del Consiglio Direttivo del 12/02/04	8
Verbale del Consiglio Direttivo del 26/02/04	9
Verbale del Consiglio Direttivo dell'11/03/04	10
Verbale del Consiglio Direttivo del 25/03/04 e 15/04/04	12
Verbale della Commissione Medica del 29/01/04	13

DALLA FEDERAZIONE

Riforma esami di abilitazione in odontoiatria	14
Del Barone: fermo "no" alle classifiche dei più bravi	14
Del Barone: quanto c'è di verità in tanto clamore?	15
Sull'ECM i medici chiedono un'inversione di rotta	16
Del Barone: i medici italiani un patrimonio da salvaguardare	17
Pubblicità sanitari - I medici richiamati al rispetto delle norme	18
I medici si confrontano sul nuovo ordine professionale	19

I COLLEGI SCRIVONO

Come d'autunno le rondini...	20
Dagli all'untore!	20
Esiste anche una buona sanità	22

NOTIZIE

Medici disponibili per attività professionali	23
La lesione equiparabile alla malattia	24
Nella sanità svolta per la formazione	25
Nota informativa	27
Epidemiologia del gozzo nella provincia di Bologna: "rivalutazione dopo iodoprofilassi"	28
Lo scandalo sanitario e il suo retroscena	30
"Noi peones senza potere schiacciati dalla burocrazia"	32
Medici "sotto esame": Italia e Quebec allo specchio	35
Piano Sanitario Regionale 1999-2001	38

GIURISPRUDENZA

Psicoterapia da medici e psicologi	56
------------------------------------	----

CONGRESSI CONVEGNI

Seminari di aggiornamento in reumatologia	57
La lussazione nell'impianto protesico dell'anca	57
Ipertensioni arteriose endocrine	58
Morire e rivivere	59
Gli attuali adempimenti dello studio odontoiatrico	60

ASSOCIAZIONI E SINDACATI

L'AMMI e la sua immagine	61
Problematiche ONAOSI	62
Maturità e vecchiaia	63

PICCOLI ANNUNCI

64

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

Presidente

Dott.ssa NICOLETTA LONGO

Vice Presidente

dott. FRANCESCO BIAVATI

Segretario

Dott. SERGIO SCOTO

Tesoriere

Dott. MICHELE UGLIOLA

Consiglieri

Dott. PAOLO CERNUSCHI

Dott. FABRIZIO DEMARIA

Dott. MARIO LIPPARINI

Dott.ssa PAOLINA MISCIONE

Dott.ssa MUNIRA MOHAMED-ALAMIN

Dott. ALVISE PASCOLI

Dott. FABRIZIO SCARDAVI

Dott. GIOVANNI ATTILIO TURCI

Dott. MASSIMO VALENTINO

Dott. FERNANDO VITULLO

Dott. MAURO VOZA

Consiglieri Odontoiatri

Dott. FEDERICO BONI

Dott. MAURO VENTURI

Collegio Revisori dei Conti

Dott. ANTONIO CURTI (Presidente)

Dott. NICOLA ANGELINO (effettivo)

Dott.ssa PATRIZIA BARILE (effettivo)

Dott. ANDREA BONFIGLIOLI (supplente)

Commissione Odontoiatri

Presidente: Dott. ALESSANDRO NOBILI

Segretario: Dott. CARLO D'ACHILLE

Componenti: Dott.ssa LIA RIMONDINI

Dott. FEDERICO BONI

Dott. MAURO VENTURI

La linea e il punto interrogativo

Vivere la medicina nella pratica clinica corrente esige un confronto incessante con il paziente ed un sapere medico documentato e di efficacia metodologicamente evidenziata.

È necessario, tuttavia, usare le conoscenze acquisite con grande ocularità e responsabilità.

L'applicazione scrupolosamente sistematica di tutte le possibili indicazioni, alla luce delle Linee guida (qualora non discordanti) ma in assenza di una rielaborazione critica e pur nel rispetto dell'unità del singolo malato, potrebbe anche determinare un ingravescente aumento del carico sanitario e gestionale.

In questo caso si potrebbero innescare logiche di spesa e di management che obbligherebbero medico e paziente ad una attività obbligata e standardizzata, prevista in ambito teorico ma difficilmente applicabile nel mondo reale in ciascun paziente ed in ciascun situazione.

È opportuno iniziare una riflessione serena e ragionata, applicando le migliori indicazioni e nel rispetto del rapporto costo/beneficio ma senza farsi travolgere acriticamente dal pensiero di altri.

Il Direttore
Dr. Paolo Cernuschi

Non è successo niente

Ci vogliono far credere che non è successo niente

Ci vogliono far credere che è stato tutto un equivoco

Ci vogliono far credere che non è colpa di nessuno

Ci vogliono far credere che è meglio dimenticare

Ma è successo qualcosa

È successo che sono stati accusati ingiustamente
dei nostri Colleghi

È successo che un Medico di questa città è stato vittima
di un clima terribile

È successo che è aumentata la diffidenza contro di noi
e quello che facciamo

È morto un innocente

Il Direttore

Come molti Colleghi sanno, nell'estate 2001 tre medici vennero pubblicamente indagati per omicidio colposo in seguito al decesso di una paziente.

I tre medici erano il Medico curante, il suo Sostituto e un ulteriore medico di guardia medica privata.

Gli inquirenti avevano avanzato l'ipotesi di una interazione farmacologica letale con anti-lipidemici e la vicenda ebbe vasta eco sui mass media.

Pochi giorni fa il Medico curante si è tolto la vita.

Ora sono stati giudicati innocenti.

“Due parole”

Il 23 u.s. la cronaca ha riportato la notizia della assoluzione “perché il fatto non costituisce reato” del dottore Salvatore Scandurra.

Troppo tardi: lui non ha potuto leggere la sentenza.

Estate 2001 - giugno 2004. Tre anni sono stati eccessivamente lunghi per il nostro collega: non è stato in grado di attenersi il verdetto e quattro mesi fa ha deciso da solo (si è suicidato).

Si potrà parlare di fragilità, di debolezza, ma quanti di noi non avrebbero avuto la stessa tentazione?

Lo ricorderemo per quello che era: “un medico per bene”.

Dr.ssa Nicoletta Longo

VILLA BARUZZIANA

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE NERVOSE**

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

BOLOGNA - V. DELL'OSSERVANZA, 19

CENTRALINO: TEL. 051 580 395

UFFICIO PRENOTAZIONI RICOVERI:

AMBULATORI: TEL. 051 644 7852

TEL. 051 644 0324 - FAX: 051 580 315

e-mail: villabaruzzianafn@intervision.it

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

Estratto del verbale del Consiglio Direttivo dell'11/12/03

→ **Presenti:** Dott. Francesco Biavati, Dott. Sergio Scoto, Dott. Paolo Cernuschi, Dott. Mario Lipparini, Dott.ssa Paolina Miscione, Dott.ssa Munira Mohamed Alamin, Dott. Alvis Pascoli, Dott. Fabrizio Scardavi, Prof. Giovanni Attilio Turci, Dott. Mauro Voza, Dott. Federico Boni, Dott. Mauro Venturi.
Revisori dei Conti: Dott. Antonio Curti, Dott. Nicola Angelino, Dott. Andrea Bonfiglioli.

Ordine del giorno

Il Dott. Biavati dà lettura al Consiglio di una nota pervenuta dall'On.le Del Barone

Estratto del verbale del Consiglio Direttivo del 18/12/03

→ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Sergio Scoto, Dott. Michele Ugliola, Dott. Paolo Cernuschi, Dott.ssa Munira, Mohamed

che ringrazia per l'ospitalità dimostrata in occasione del suo soggiorno a Bologna in concomitanza con la Giornata del Medico.

1. Variazioni agli Albi

Il Segretario dà lettura delle variazioni agli albi intervenute, che vengono approvate all'unanimità.

2. Acquisizione attestati di formazione ai sensi dell'art. 1 comma 1 del D.Lgs del 13.10.98

Il Segretario dà lettura del nominativo del sanitario che ha acquisito l'attestato in oggetto per l'esercizio dell'odontoiatria.

3. Pubblicità sanitaria

Il Consiglio approva le domande di pubblicità sanitaria che l'apposita commissione ha riscontrato conformi alle normative vigenti.

4. Richieste di patrocinio

Il Consiglio approva le richieste di patrocinio che l'apposita Commissione, regolarmente riunitasi, ha riscontrato conformi al regolamento.

5. Comunicazione da parte del Dott. Venturi Responsabile Servizio di Protezione e Protezione Legge 624/94

Il Dott. Venturi comunica in merito.

Alamin, Dott. Alvis Pascoli, Dott. Fabrizio Scardavi, Prof. Giovanni Attilio Turci.

Revisori dei Conti: Dott. Antonio Curti, Dott. Nicola Angelino, Dott.ssa Patrizia Barile, Dott. Andrea Bonfiglioli.

Ordine del giorno

1. Variazione agli Albi

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

Non essendovi null'altro da discutere o deliberare, alle ore 21.00 il Presidente dichiara chiusa la seduta e scioglie il Consiglio.

Estratto del verbale del Consiglio Direttivo del 29/01/04

→ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Sergio Scoto, Dott. Michele Ugliola, Dott. Paolo Cernuschi, Dott. Fabrizio Demaria, Dott. Mario Lipparini, Dott.ssa Paolina Miscione, Dott. Alvisè Pascoli, Dott. Fabrizio Scardavi, Prof. Giovanni Attilio Turci, Dott. Mauro Voza, Dott. Federico Boni, Dott. Mauro Venturi.
Revisore dei Conti: Dott. Antonio Curti, Dott. Nicola Angelino, Dott. Andrea Bonfiglioli.

Ordine del giorno

1. Comunicazione del Presidente

Il Presidente comunica che le richieste di inserimento di argomenti all'ordine del Giorno dovranno essere formulate per iscritto con qualche giorno d'anticipo per consentirne il relativo vaglio.

Il Presidente dà lettura di una nota di ringraziamento da parte del Presidente della Federazione On.le Del Barone per l'invio della deliberazione assunta dall'Ordine di Bologna in merito alla razionalizzazione della spesa farmaceutica.

2. Variazioni agli Albi

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

3. Pubblicità sanitaria

Il Consiglio approva le richieste di pubblicità sanitaria che la Commissione ha riscontrato conformi alle normative vigenti.

4. Richieste patrocinio

Il Consiglio concede il patrocinio alle richieste pervenute, che sono state riscontrate conformi al vigente regolamento dall'apposita Commissione.

5. Delibera per convegno del 19 marzo 2004

“Organizzazione Servizio di Emergenza: esperienza di un Ospedale Israeliano”.

Il Dott. Scoto comunica al Consiglio che è in fase di organizzazione un incontro che si terrà all'Aula Magna delle Nuove Patologie il giorno 19 marzo p.v.

6. Delibera per organizzazione convegno del 19 giugno 2004 “Motivo di conflittualità medico-paziente nell'assistenza sul territorio”

Il Dott. Biavati, come già annunciato precedentemente, sta organizzando un convegno sul tema in oggetto, al quale prenderanno parte illustri relatori e per il quale è prevista l'attribuzione di crediti formativi. L'evento si terrà all'Hotel Sheraton di Bologna.

7. Lavori delle commissioni

Il Dott. Pascoli aggiorna il Consiglio sulla situazione del rimborso per gli specializzandi negli anni dal 1983 al 1991; sembra infatti che finalmente a livello governativo la situazione si stia definendo attraverso una apposita legge che permetterà l'utilizzo di quei fondi che sono peraltro già stati accantonati.

Il Dott. Pascoli annuncia che presto porterà all'attenzione del Consiglio documentazione della Azienda USL Bologna Sud, dalla quale si evince che le indicazioni per le visite ambulatoriali riportano non solo la data, l'orario e l'ambulatorio, ma addirittura anche il nominativo del medico.

Estratto del verbale del Consiglio Direttivo del 12/02/04

→ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Sergio Scoto, Dott. Michele Ugliola, Dott. Paolo Cernuschi, Dott. Fabrizio Demaria, Dott. Mario Lipparini, Dott.ssa Paolina Miscione, Dott.ssa Munira Mohamed Alamin, Dott. Alvise Pascoli, Dott. Fabrizio Scardavi, Prof. Giovanni Attilio Turci, Dott. Massimo Valentino, Dott. Federico Boni.
Revisore dei Conti: Dott. Antonio Curti, Dott. Nicola Angelino, Dott. Andrea Bonfiglioli.

Ordine del giorno

1. Scelta corpo di vigilanza privata sede ordine
2. Apertura Servizio Economato anno 2004
Il Consiglio Direttivo, come ogni anno, in base all'art. 22 del vigente regolamento per la contabilità delibera l'apertura del servizio economato per l'anno 2004.
3. Medici abilitati tra il 1980 ed il 1985 che non hanno conseguito l'attestato di idoneità ex D.Lgs n. 368/98: deliberazioni in merito

Il Presidente cede la parola all'Avvocato Stola che relaziona al Consiglio in merito. Il Consiglio, udita la relazione, delibera all'unanimità di scrivere ai suddetti colleghi chiedendo loro di presentare domanda di cancellazione dall'Albo Odontoiatri e, in mancanza di riscontro nei 30 giorni successivi al ricevimento della lettera, di procedere alla cancellazione d'ufficio dei colleghi che non hanno conseguito l'attestato di idoneità per l'esercizio dell'odontoiatria ai sensi del D.Lgs 368/1998.

4. Medici non specialisti in odontoiatria con annotazione ex art. 5 legge 409/85: deliberazioni in merito

L'Avvocato Stola riferisce al Consiglio in merito.

Il Consiglio all'unanimità dei presenti delibera di dare mandato al Presidente di scrivere una lettera ai 54 medici annotati privi di titolo di specializzazione.

5. Nomina terzo arbitro studio legale Romini

6. Varie ed eventuali

Il Dott. Ugliola dà lettura di una nota di protesta pervenuta da colleghi in merito alle difficoltà di cui versano a causa del nuovo esame di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo.

Il Presidente ritiene che l'Ordine debba farsi promotore e difensore di questi colleghi, ma teme che se la legge è questa non si possa far nulla al riguardo.

Dell'argomento si discuterà in un punto specifico all'ordine del giorno della prossima seduta.

Viene sollevato il problema delle certificazioni di malattie rilasciate dai liberi professionisti, che devono essere equiparate a tutti gli effetti a quelle rilasciate dai medici di medicina generale.

Estratto del verbale del Consiglio Direttivo del 26/02/04

→ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Paolo Cernuschi, Dott. Mario Lipparini, Dott.ssa Munira Mohamed Alamin, Dott. Alvisè Pascoli, Prof. Giovanni Attilio Turci, Dott. Mauro Voza, Dott. Federico Boni.
Revisore dei Conti: Dott. Antonio Curti.

Ordine del giorno

1. Il Presidente dà lettura di una nota pervenuta dal Presidente dell'Ordine dei Medici di Varese

2. Variazioni agli Albi
Stante l'assenza del Segretario, dott. Scoto, assume le funzioni di segretario il Consigliere più giovane d'età, Dott. Cernuschi, il quale dà lettura delle variazioni agli albi intervenute, che vengono approvate all'unanimità.

3. Presa d'atto dei decreti rettorali inerenti i premi studio banditi per l'anno 2003 per le scuole di specializzazione in geriatria e reumatologia e relativa assegnazione

Il Dott. Cernuschi ricorda che lo scorso anno il Consiglio bandì dei premi di studio in accordo con l'Università per gli specializzandi iscritti all'ultimo anno per un importo pari a 3000 euro. Le uniche scuole che risposero all'invito rivolto alla Prof.ssa Landini furono quelle di

Geriatria e di Reumatologia. In esito alla procedura selettiva, tenutasi nel mese di dicembre 2003, la Commissione giudicatrice ha proclamato le colleghe Cocci, Nativio, Saccheti e Frigato, che sono state successivamente nominate vincitrici con appositi decreti rettoriali. Il Consiglio prende atto delle nomine contenute nei predetti decreti rettorali e delibera l'assegnazione dei premi dell'importo di euro 3.000 ciascuno in favore delle dott.sse Cocci, Nativio, Saccheti e Frigato.

4. Rinnovo del contratto della tipografia per la stampa del Bollettino Notiziario

5. Acquisto computer per rinnovo degli apparati informatici dell'ordine, presentazione dei preventivi

Il Presidente cede la parola al dott. Curti, responsabile delle risorse informatiche dell'Ordine, il quale dà lettura di una breve relazione, allegata in copia al presente verbale. Illustra inoltre le modalità secondo le quali dovrebbe essere realizzata la rete informatica, che prevede sei postazioni di lavoro per il personale dipendente; quattro postazioni per gli uffici utilizzati dal Presidente, dal vice Presidente, dalla Commissione Odon-toiatri e dal Segretario; due a disposizione degli iscritti e una nella sala riunioni. Nella sala riunioni dovrà inoltre essere realizzato anche il sistema di videoconferenza. Il Dott. Curti illustra nel dettaglio i preventivi pervenuti dalle ditte IBM, GS Consulting e HP.

Il Presidente pone in votazione la scelta tra i tre preventivi pervenuti relativamente al rinnovo del sistema informatico dell'Ordine. Il Consiglio delibera all'unanimità la scelta del preventivo presentato dalla Ditta H.P.

6. Lavori delle commissioni

Il Dott. Voza relaziona in merito ai lavori

della Commissione Nazionale presso la FNOMCeO sulle medicine alternative. In particolare, espone che si sta lavorando per predisporre un regolamento per definire le modalità di istituzione di un registro per i medici che si occupano di medicine alternative e che intendano in un qualche

modo regolarsi della qualifica di "esperto in medicine non convenzionali". Comunica in merito alle delibere assunte da alcune Regioni in materia di medicine non convenzionali in maniera assolutamente autonoma, senza alcun coinvolgimento delle commissioni ordinistiche.

Estratto del verbale del Consiglio Direttivo dell'11/03/04

→ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Sergio Scoto, Dott. Michele Ugliola, Dott. Paolo Cernuschi, Dott. Fabrizio Demaria, Dott. Mario Lipparini, Dott.ssa Paolina Miscione, Dott. Fabrizio Scardavi, Prof. Giovanni Attilio Turci, Dott. Massimo Valentino, Dott. Mauro Voza, Dott. Mauro Venturi.
Revisore dei Conti: Dott. Antonio Curti, Dott. Nicola Angelino, Dott. Andrea Bonfiglioli Bonfiglioli.

Ordine del giorno

1. Approvazione del verbale della seduta del 26 febbraio 2004

Il Consiglio, all'unanimità dei presenti, approva il verbale della seduta del 26 febbraio 2004.

2. Comunicazione del Presidente

Il Presidente comunica che, per quanto concerne la questione ECM, la Federazione Nazionale degli Ordini ha

ribadito quanto già comunicato con circolare n. 123 del 23 dicembre 2003, della quale è già stata data lettura nel Consiglio precedente.

Il Presidente cede la parola al dott. Biavati il quale, in qualità di organizzatore del Convegno che si terrà il prossimo 19 giugno, comunica che è ormai in fase di definizione il programma del Convegno, che verterà su argomenti di medicina legale e che sarà pubblicato al più presto. Elenca i nominativi dei relatori e precisa che si tratta di un evento molto importante.

Il Dott. Biavati comunica inoltre in merito ad un'altra iniziativa affidata a lui ed al dott. Voza in merito ad un incontro pubblico tra esperti dell'Ordine e esperti dell'Azienda USL sulla prescrizione farmaceutica a seguito della presa di posizione dell'Ordine contrastante l'accordo sui farmaci.

3. Variazioni agli Albi

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

4. Determinazione periodo di sospensione albo odontoiatri

5. Pubblicità sanitaria

Il Dott. Scardavi comunica in merito alle decisioni della Commissione Pubblicità che ha vagliato le richieste presentate. Il Consiglio approva quelle ritenute regolari dalla Commissione preposta.

6. Richieste patrocinio

Il Consiglio concede il patrocinio a n. 3 richieste, riscontrate conformi al vigente regolamento dall'apposita Commissione.

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

Il Consiglio delibera il riconoscimento.

8. Terne esami di stato 2004 per abilitazione professione di odontoiatra**9. Presentazione ed eventuale accettazione dei premi di studio all'estero****I Diplomi CISDO.**

Per rispondere con competenza alla crescente richiesta di omeopatia.

Per maggiori informazioni, contatta il numero verde

Numero Verde
800-017348

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

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



Centro Italiano
di Studi e di
Documentazione
in Omeopatia

Scuola di omeopatia clinica

Sinchronia DDB Health

Corsi di formazione per i Medici 2004-2005

CISDO è il centro studi impegnato dal 1980 nell'aggiornamento di medici e farmacisti sull'Omeopatia. Un corso triennale CISDO fornisce una strategia terapeutica in più, per dare una risposta competente e professionale alla richiesta di Omeopatia dei tuoi pazienti.

Corso base annuale

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

Corso avanzato biennale

10 seminari (ottobre - giugno)
Sedi: **Bari, Bologna, Firenze, Milano, Roma, Torino, Venezia.**

www.cisdo.it

Termine ultimo per le iscrizioni 3.9.2004

Estratto del verbale del Consiglio Direttivo del 25/03/04

→ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Sergio Scoto, Dott. Paolo Cernuschi, Dott.

Mario Lipparini, Dott.ssa Paolina Miscione, Dott. Alvise Pascoli, Dott. Fabrizio Scardavi, Prof. Giovanni Attilio Turci, Dott. Mauro Voza, Dott. Federico Boni.

Revisore dei Conti: Dott. Antonio Curti, Dott. Nicola Angelino, Dott. Andrea Bonfiglioli.

Ordine del giorno

1. Variazioni agli Albi: psicoterapeuti aventi diritto a titolo di specializzazione in psicoterapia

2. Progetto di uno studio osservazionale (dott. Voza)

Estratto del verbale del Consiglio Direttivo del 15/04/04

→ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Sergio Scoto, Dott. Michele Ugliola, Dott. Paolo Cernuschi, Dott. Fabrizio Demaria, Dott. Mario Lipparini, Dott. Alvise Pascoli, Dott. Fabrizio Scardavi, Prof. Giovanni Attilio Turci, Dott. Massimo Valentino, Dott. Mauro Voza, Dott. Federico Boni.
Ordine del giorno

1. Approvazione bilancio consuntivo anno 2003

Il Presidente invita il Consulente Amministrativo dell'Ordine, ad illustrare al Consiglio le voci contabili relative al

Bilancio Consuntivo anno 2003 confrontandole con quelle del bilancio preventivo dell'anno 2203.

2. Fissazione data convocazione assemblea ordinaria approvazione bilancio consuntivo anno 2003

Il Consiglio determina la data di convocazione per l'Assemblea ordinaria per l'approvazione del bilancio consuntivo anno 2003 fissandola per il giorno 23 giugno alle ore 6.30 in prima convocazione e per il giorno 24 giugno 2004 alle ore 21.00 in seconda convocazione presso la sede dell'Ordine.

3. Riconoscimento titolo di medicina generale ai sensi del comma 1 dell'art. 30 D.Lgs 17.8.99 n. 368

Il Consiglio delibera il riconoscimento del titolo di medicina generale alla Dott.ssa Nardelli Carmen.

4. Richieste di patrocinio

5. Acquisto programmi per la gestione dei documenti con i nuovi computers

Il Consiglio all'unanimità delibera di procedere all'acquisto del programma office

2003 per la gestione dei documenti per i nuovi computer.

6. Istituzione dei premi di studio per medici con attività di ricerca da svolgersi all'estero anno 2004 - definitiva approvazione

7. Lavori delle commissioni

Il Dott. Scoto comunica che si è riunita la Commissione della medicina legale. I dott.ri Menarini, Govoni e Vasapollo componenti della stessa, hanno presentato un documento da pubblicare sul Bollettino che riguarda le nuove frontiere della medicina soprattutto per ciò che attiene quegli atti medici nei quali è più facile cadere in errore. Inoltre è stata

chiesta la possibilità di organizzare un congresso riguardante la responsabilità medica con eventualmente l'intervento di Magistrati. Chiede la collaborazione di tutti per quanto attiene la fase organizzativa che richiederà tempi lunghi, tanto che la realizzazione sarebbe ipotizzabile per il prossimo mese di novembre.

Il Dott. Scoto comunica di essere stato contattato dal responsabile delle emergenze dell'Ospedale Maggiore e di aver anche parlato con il responsabile del S. Orsola per verificare la possibilità di organizzare un corso integrativo con quello da loro già svolto di mass-trauma per i medici. È in attesa di ulteriori elementi conoscitivi dopodiché riporterà la questione in Consiglio.

Estratto del verbale della Commissione Medica del 29/01/04

→ **Presenti:** Dott.ssa Nicoletta Longo, Dott. Francesco Biavati, Dott. Sergio Scoto, Dott. Michele Ugliola, Dott. Paolo

Cernuschi, Dott. Mario Lipparini, Dott.ssa Paolina Miscione, Dott. Alvise Pascoli, Dott. Fabrizio Scardavi, Prof. Giovanni Attilio Turci, Dott. Mauro Voza.

Ordine del giorno

1. Approvazione del verbale della seduta precedente

La Commissione Medica approva il verbale della seduta dell'11 dicembre 2003.

2. Opinamento notule

La Commissione Medica opina n. 1 notula.

3. Procedimento disciplinare

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

COMUNICATO STAMPA

Riforma esami di abilitazione in odontoiatria

→ La Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri ha, da tempo, chiesto al Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca di affrontare, congiuntamente, le questioni relative alla riforma dell'esame di abilitazione per la professione odontoiatrica.

Il M.I.U.R. ha confermato che è in corso di predisposizione il decreto che prevede la costituzione di un'apposita Commissione che avrà il compito di elaborare la proposta per la modifica del regolamento sugli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di Odontoiatra.

La Federazione, la professione odontoiatrica ed esperti sulla materia, sono stati chiamati a partecipare e collaborare al Tavolo di lavoro congiunto, concernente la riscrittura del regolamento per gli esami di abilitazione.

I rappresentanti dell'Odontoiatria esprimono la propria soddisfazione per la volontà manifestata dal M.I.U.R. di affrontare immediatamente il tema della riforma degli esami di abilitazione per gli odontoiatri, considerando che eguale riforma è già stata approvata per quanto riguarda l'esame di abilitazione per i laureati in Medicina e Chirurgia.

COMUNICATO STAMPA
IL GIUDIZIO CRITICO DEL PRESIDENTE
DELLA FNOMCEO SULLA PERIODICA
RIPROPOSIZIONE DI INIZIATIVE EDITORIALI
DALLA DUBBIA UTILITÀ PER IL CITTADINO

Del Barone: fermo "no" alle classifiche dei più bravi

→ A pochi giorni di distanza da una dichiarazione con la quale ha richiamato i colleghi ad un maggior rispetto delle norme sulla pubblicità sanitaria, il

Presidente della Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe del Barone ha stigmatizzato il proliferare di iniziative editoriali sull'utilità delle quali andrebbe fatta una più attenta riflessione.

"Con cadenza periodica - ha dichiarato Del Barone - ricorrono sulla stampa 'classifiche dei più bravi', siano essi medici, ospedali o centri di cura all'avanguardia in questo o quel settore specialistico, iniziative dalla dubbia efficacia sul piano di una corretta informazione, lesive della dignità professionale degli operatori sanitari esclusi, realizzate su parametri non sempre verificabili, che forniscono per disorientare il cittadino alle prese con seri problemi di salute".

"Il paziente, infatti, che rispetto al passato rivendica, giustamente, un maggior coinvolgimento nelle decisioni che riguardano la propria salute, può essere indotto a dare un peso eccessivo

alle indicazioni provenienti dai media, con il rischio di porre in secondo piano la figura del proprio medico curante, il solo in grado di consigliarlo per il meglio”.

“Sul piano dell’informazione sanitaria – ha continuato Del Barone facendosi portavoce dell’unanime pensiero espresso in merito dal Consiglio Nazionale riunito il 16 maggio a Perugia – la prudenza è d’obbligo, per non incorrere in iniziative dai chiari connota-

ti promozionali che rischiano di generare nei malati false aspettative”.

“Più volte in passato – ha concluso del Barone – la Federazione degli Ordini ha richiamato l’attenzione della stampa ad una più corretta informazione, ed anche questa volta mi rivolgo agli editori ed agli amici giornalisti affinché si astengano dall’avviare iniziative sicuramente utili dal punto di vista del marketing, ma assai discutibili sul piano di corretta informazione sanitaria”.

COMUNICATO STAMPA
DICHIAZIONE DEL PRESIDENTE DELLA
FNOMCEO IN MERITO ALL’INDAGINE
CONDOTTA DALLA GUARDIA DI FINANZA
SULL’ATTIVITÀ PROFESSIONALE
DI NUMEROSI MEDICI

Del Barone: quanto c’è di verità in tanto clamore?

→ Il disagio della categoria medica è stato espresso dal presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri Giuseppe del Barone alla notizia della denuncia da parte della Guardia di Finanza a carico di oltre 4.400 medici accusati di reati di varia natura.

“Trovandoci all’inizio di un provvedi-

mento giudiziario occorre attendere ora il verdetto ei giudici prima di sparare nel mucchio e di gridare allo scandalo – ha dichiarato Del Barone. Riconfermando la piena fiducia nella Magistratura posso assicurare che gli Ordini professionali faranno la loro parte nel sanzionare comportamenti contrari alla divnità della professione medica ove esistenti e provati”.

“Non posso però non rilevare – ha aggiunto il Presidente dei medici italiani – l’eccessivo clamore suscitato da quello che ad oggi è solo il risultato di un’indagine, avviata da più di due anni ed emersa oggi agli onori della cronaca, in un momento in cui tanto si parla di sprechi nel settore della sanità ed in quello farmaceutico in particolare e alla vigilia di un importante appuntamento elettorale. Quasi a voler sottolineare, attraverso notizie esasperate, che in sanità nulla funziona e tutto va fionato nell’assurdo tentativo di deteriorare il rapporto medico/paziente”.

“Attendiamo con fiducia la conclusione di questa vicenda nella certezza che sarà la verità a chiarire posizioni ed eventuali colpevolezze”.

COMUNICATO STAMPA
 NUMEROSE CRITICITÀ ED UN ECCESSIVO
 LIVELLO DI BUROCRATIZZAZIONE SONO EMER-
 SI DAL CONFRONTO IN SENO AL CONSIGLIO
 NAZIONALE DELLA FNOMCeO RIUNITOSI IL
 16 MAGGIO A PERUGIA

Sull'ECM i medici chiedono un'inversione di rotta

→ Particolare attenzione ai temi dell'ECM è stata riservata dal Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri riunito a Perugia lo scorso 16 maggio.

Pur riaffermando il valore tecnico-professionale e deontologico della formazione continua, i Presidenti degli Ordini provinciali hanno sottolineato la scarsa efficacia del programma ECM, gravato da un eccesso di burocrazia e da non poche criticità che a volte finiscono per comprometterne il raggiungimento degli obiettivi.

In particolare la categoria medica sollecita un più puntuale controllo sull'operato dei referee, più trasparenze e certezze sul numero dei crediti assegnati agli eventi, maggiore correlazione tra percorso formativo ed attività professionale realmente svolta, maggiore controllo sulle capacità didattiche dei providers privati che dovranno prestare attenzione alle finalità culturali più che a quelle di tipo economico.

I presidenti degli Ordini provinciali, nel dare mandato al presidente della FNOMCeO Giuseppe del Barone di farsi portavoce delle istanze della professione medica in tema di educazione continua, ribadiscono la necessità che l'Ordine, oltre a registrare i crediti formativi acquisiti dagli iscritti, partecipi a pieno titolo al processo di verifica dell'intero percorso formativo attraverso una valutazione di merito degli eventi e degli stessi provider non istituzionali al fine di procedere, quali organi ausiliari dello Stato, alla certificazione dei crediti formativi a garanzia del miglioramento degli standards professionali dei propri iscritti.

Il Consiglio Nazionale non esclude di richiedere ai rappresentanti della FNOMCeO in seno alla Commissione Nazionale ECM di rimettere il proprio mandato nel caso non fossero recepite e rese operative misure idonee a valorizzare la qualità del sistema nell'interesse dei professionisti coinvolti e dei cittadini.

CENTRO DIAGNOSTICO «S. DONATO»

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO PRIVATO

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

LE CONSULENZE

andrologia Dott. Giorgio Isgrò - Medico Chirurgo - Spec. in Ostetricia e Ginecologia	endocrinologia Dott.ssa Anna Maria Ferraro - Specialista in Endocrinologia	Dott. Giacomo Garagnani Specialista in Medicina del Lavoro	ostetricia ginecologia colposcopia Prof. Giovanni Gentile - Professore Associato di Ginecologia e Ostetricia
cardiologia ed angiologia Dott. Claudio Vincenzi - Specialista in Cardiologia e Angiologia	gastroenterologia - endoscopica Prof. Giancarlo Caletti - Specialista in Gastroenterologia	neurologia - EMG Dott. Lino Pasquale Marchello - Specialista in Neurologia Dott.ssa Marcella Pedrelli Specialista in Neurologia e Psichiatria	ortopedia e fisioterapia Dott. Valerio Orlandi Specialista in Ortopedia e Traumatologia Dott. Fedele Giannone Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione
chirurgia e piccola chirurgia ambulatoriale Dott. Lucio Montone Specialista in Chirurgia	medicina dello sport Dott. Enrico Drago - Specialista in Medicina dello Sport	oculistica Dott.ssa Luisa Mazza Specialista in Oculistica	otorinolaringoiatria Dott.ssa Silvia Giacchini Specialista in Otorinolaringoiatria
dermatologia Dott.ssa Marcella Melino - Specialista in Dermatologia e Venerologia	medicina del lavoro Dott.ssa Grazia Guiducci Specialista in Medicina del Lavoro Dott. Maurizio Montesi Specialista in Medicina del Lavoro	oncologia Prof. Franco Pannuti Libero Docente in Patologia Speciale Medica e Metodologia Clinica	urologia Dott. Massimo Fini Specialista in Urologia

P. G. 65729 - 17/04/2001

COMUNICATO STAMPA
IL PRESIDENTE DELLA FNOMCEO
E LE POSSIBILI "FUGHE ALL'ESTERO"
MINACCIATE DAI MEDICI DI FAMIGLIA ANCHE
A CAUSA DEL PERDURARE DI UNA SITUAZIONE
DI STALLO NELLA TRATTATIVA CONTRATTUALE

Del Barone: i medici italiani un patrimonio da salvaguardare

→ "I medici italiani, per la loro qualificazione professionale, riconosciuta non solo a livello europeo, rappresentano per il paese un patrimonio che non deve essere depauperato" – ha dichiarato il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone nel commentare la notizia riportata da autorevoli organi di stampa, secondo la quale, i medici di famiglia, di fronte al perdurare della fase di stallo sul fronte

del rinnovo contrattuale, sarebbero incentivati a trasferirsi nel Regno Unito, Paese che garantirebbe più elevati livelli retributivi.

"Sono convinto – ha aggiunto Del Barone – che i Ministri della Salute e dell'Università approveranno questa mia affermazione nella consapevolezza che il Servizio Sanitario Nazionale pubblico nel suo insieme vada salvaguardato e reso più rispondente alle legittime aspettative di salute dei cittadini e ciò – ha continuato il Presidente della FNOMCeO – non può avvenire senza il coinvolgimento e la partecipazione dei medici ad un progetto condiviso dove gli aspetti contrattuali chiari e definiti recitano necessariamente un ruolo fondamentale. A tal proposito è bene ricordare come l'aumento della vita media nel nostro Paese deve essere ascritto anche all'impegno ed alla professionalità della categoria medica".

"Mi auguro – ha concluso Del Barone – che le trattative per il rinnovo dei contratti e delle convenzioni giungano al più presto a conclusione, riportando serenità in un ambito professionale di primaria importanza per l'intera collettività, ricreando le più idonee condizioni per esercitare la professione medica e relegando così il non auspicabile desiderio di recarsi all'estero ai casi di disoccupazione o ad esigenze di tipo culturale".

CENTRO DIAGNOSTICO «S. DONATO»

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO PRIVATO

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

EQUIPE MEDICA

LABORATORIO ANALISI

analisi cliniche	allergologia
Dott. Massimiliano STANTE	Dott.ssa Camilla MASCAGNI
Chimico	Specialista in Diagnostica di laboratorio

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Radiologia/Ecografia total body	TAC elicoidale/Ricostruzione 3D
Mammografia - Ortopantomografia	Denta-scan - Densitometria
Prof. G. GOLFIERI - Libero Docente in Radiologia	

P.G. 65729 - 17/04/2001

COMUNICATO STAMPA
DOPO LE SEGNALAZIONI DI UNA
TRASMISSIONE TELEVISIVA SU PRESUNTE
"FALSE INTERVISTE" PROMOSSE
DAGLI STESSI SANITARI

Pubblicità sanitaria i medici richiamati al rispetto delle norme

→ Una nota trasmissione televisiva particolarmente attenta ad indicare fatti e misfatti di questo nostro Paese, è intervenuta per segnalare la messa in onda, a cura di emittenti private a circuito nazionale, di trasmissioni televisive su argomenti di salute nelle quali i medici, di volta in volta intervistati o chiamati a fornire indicazioni su questa o quella patologia, sarebbero in realtà professionisti

che dietro il pagamento di una tariffa e sulla base di domande o argomenti pre-determinati, di fatto "acquistano" uno spazio pubblicitario finalizzato a promuovere la loro attività professionale.

"Se ciò rispondesse al vero – ha dichiarato Giuseppe Del Barone, Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri – si tratterebbe di un fatto di estrema gravità perché verrebbero violate le norme previste dal Codice di Deontologia Medica con il risultato di gettare un alone di sospetto su tutta la categoria".

"Il nostro Codice infatti – ha continuato Del Barone – vieta forme dirette o indirette di pubblicità personale ed ogni forma di promozione e di sfruttamento pubblicitario del suo nome (art. 53) e stabilisce che l'informazione non deve essere arbitraria e discrezionale, ma utile, veritiera e certificata con dati oggettivi e verificabili, per consentire ai cittadini scelte libere e consapevoli (art. 54)".

"È mia intenzione – ha concluso Del Barone – richiamare l'attenzione di tutti i colleghi Presidenti di Ordini provinciali, affinché vigilino sul variegato mondo dell'informazione, soprattutto in ambito locale, per garantire, anche attraverso una corretta informazione con ogni mezzo promossa, la tutela della salute dei cittadini".

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

COMUNICATO STAMPA
IN ATTESA DI UNA RAPIDA DEFINIZIONE
DELL'ITER LEGISLATIVO SULLA RIFORMA
DELLE PROFESSIONI INTELLETTUALI SI APRE
A PERUGIA SABATO 15 MAGGIO
IL CONVEGNO PROMOSSO DALLA
FNOMCEO

I medici si confrontano sul nuovo ordine professionale

→ Sabato 15 maggio 2004 si apriranno a Perugia presso l'Aula Magna degli istituti Maschili dell'ONAOSI (Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari) i lavori del Convegno "L'Ordine dei Medici in una società che cambia" promosso dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. La manifestazione, cui prenderanno parte i 103 Presidenti degli Ordini provinciali, magistrati, docenti universitari, per-

sonalità del mondo politico, nonché rappresentanti istituzionali delle altre professioni sanitarie, è rivolta non solo ai professionisti della salute, come momento di confronto e di verifica sui temi specifici come etica e governo della professione, ma anche ai cittadini verso i quali l'Ordine professionale esercita il ruolo fondamentale di garante della qualità professionale degli iscritti, medici ed odontoiatri.

Il Convegno darà l'opportunità di dissertare sugli anacronismi della legge istituita, risalente al 1946, che rendono oggi l'Ordine professionale non più in grado di far fronte, con la necessaria puntualità, ai compiti che la stessa legge gli assegna. Consentirà inoltre di fare il punto sull'iter legislativo del disegno di legge di riforma degli Ordini, di riflettere sulle esperienze maturate oltre confine e raccogliere utili indicazioni da veicolare al legislatore quale contributo della professione per una nuova definizione del ruolo dell'Ordine all'interno della società.

I lavori verranno conclusi da una Tabola Rotonda, moderata dal Presidente della FNOMCeO Giuseppe Del Barone, nella quale i rappresentanti di tutte le professioni sanitarie metteranno a confronto le loro esperienze sulle attese che i professionisti nutrono nei confronti del proprio Ordine e sul significato che assume oggi l'appartenenza ad una categoria professionale.

AMBULATORIO PRIVATO

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

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

• (Aut. PG 107448 del 13.06.2003) •

VIALE ERCOLANI, 8 - VIA MAZZINI 2-2²
40138 BOLOGNA - TEL. 051 636 05 65
39 18 84 - FAX 051 39 79 54

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

Come d'autunno le rondini...

→ Con quale coraggio i nostri politici chiedono più laureati? Nel nostro Paese, una moltitudine di biologi, fisici, laureati in lettere, agraria e veterinaria si sono adattati a svolgere attività lavorative affatto diverse da quelle per le quali hanno studiato, per non essere costretti ad emigrare o a chiedere la paghetta ai genitori vita natural durante. Questi ragazzi, dopo pochi anni non saranno più in grado di tornare ad esercitare quell'attività per la quale hanno fatto sacrifici, e per la quale sono stati formati, spendendo fiori di quattrini, dalle Università italiane. Anche chi dopo la laurea riesce a trovare una collocazione più adeguata agli studi effettuati non se la passa tanto bene. Chiedete ad un farmacista, dipendente di farmacia, quanto si ritrova in busta paga alla fine

del mese. Molti ricercatori in Italia devono addirittura rinunciare a formarsi una famiglia per motivi economici. Hanno contratti rinnovabili soltanto per dieci anni, e dopo? Che può fare un fisico teorico di cinquant'anni al di fuori dell'ambiente universitario? Se si è occupato di onde elettromagnetiche forse può aspirare a far l'elettricista. In realtà i nostri scienziati stanno come d'autunno le rondini, in attesa di emigrare. Chi se n'accorgerebbe se un fisico o un biologo scioperasse anche un anno intero? I medici specializzandi di Bologna, qualche anno fa sono arrivati allo sciopero della fame ad altranza prima che i media si accorgessero di loro, e ora sono di nuovo al punto di partenza. Quanti italiani sanno come se la passa un medico convenzionato per la medicina generale con 501 scelte e le spese dello studio da pagare? Non credo siano in molti. In questo Paese, in prima pagina finisce solo chi protesta paralizzando le città, le fabbriche, i tribunali, i partecipanti al Grande Fratello... o i cani che mordono gli uomini.

Dr. Marcello Zanna

Dagli all'untore!

→ Scorrendo i quotidiani di questi giorni, apprendiamo che si è riaperta la caccia. Né i verdi e né gli animalisti protesteranno ovviamente, poiché non si tratta di caccia al tordo o alla volpe, ma più semplicemente di caccia al dottore, uno sport praticato sempre più spesso dai nostri media e con il consenso generale. A far scattare le veline, con

immediata sincronizzazione di ogni testata giornalistica sulla stessa lunghezza d'onda, è stato probabilmente il no compatto dei medici di famiglia al ricatto ministeriale delle utap e al piatto di lenticchie offerto loro dalla Sisac, organo preposto alla trattativa per il nostro rinnovo contrattuale.

Puntuali, le prime pagine dei quotidiani italiani titolano a nove colonne che c'è del marcio nel regno di dottorlandia, poiché la spesa farmaceutica nei primi tre mesi dell'anno è lievitata così come il numero delle nostre ricette, e senza una ragione plausibile. Ebbene, se prima di sparare nel mucchio qualche giornalista si fosse preoccupato di

approfondire, avrebbe capito che in realtà non c'è nulla di immotivato: nei primi mesi di quest'anno alcune Regioni, proprio per ridurre le prescrizioni, avevano dimezzato il numero di farmaci prescrivibili per ricetta, raddoppiando, di fatto il numero delle ricette prescritte. E la spesa farmaceutica, aumentata senza alcuna ragione epidemiologica apparente?

Innanzitutto, si dovrebbe considerare che, proprio in concomitanza con la stagione delle allergie, sono stati riammessi alla rimborsabilità i farmaci antistaminici, fino all'anno scorso a totale carico dei cittadini.

In secondo luogo, posso provare a spiegare l'aumento della spesa – che giustamente preoccupa il goerno e i mass media – anche con il comportamento personale, che potrebbe essere lo stesso di molti miei Colleghi. Negli ultimi mesi, e ovviamente con l'autorizzazione ministeriale prevista, sono state commercializzate in Italia nuove confezioni di farmaci e con nuovi dosaggi terapeutici, che incidono notevolmente sulla spesa: per esempio alcuni antipertensivi di ultima generazione e alcune statine per ridurre il colesterolo.

L'atorvastatina, una delle molecole che in termini di costi incide maggiormente sulla spesa farmaceutica dei paesi occidentali, è ora in commercio in Italia in una confezione da trenta compresse, mentre

prima le confezioni erano soltanto da dieci compresse e costavano ovviamente un terzo rispetto alle attuali. Inoltre, è stata registrata anche in Italia la confezione da trenta compresse da quaranta milligrammi, che stranamente – ma per fortuna – ha l'identico prezzo di quella da venti. Proprio con l'obiettivo di risparmiare denaro pubblico, ai miei assistiti in terapia con atorvastatina da venti ho quindi iniziato a prescrivere quella da quaranta, specificando ovviamente all'assistito – per voce e in ricetta – di assumerne soltanto metà compressa die. Certamente, in questi primi mesi dell'anno risulterà che la spesa per le statine indotta dalle mie ricette si è triplicata, e me ne assumo fino in fondo l'onore: ma tale aumento – come può ben capire anche un bambino – è solo apparente, perché sul lungo periodo questa strategia prescrittiva taglierà del 50 per cento la spesa a mio carico per tale statina. Tengo quindi a sottolineare che i futuri risparmi sulla farmaceutica non saranno affatto dovuti alla caccia alle streghe che si è scatenata contro i medicim che addirittura ha riportato in prima pagina e con gran clamore un'inchiesta di due anni or sono, ma unicamente allo sforzo dei medici per impiegare al meglio, e in maniera eticamente accettabile, le risorse sempre più risicate che il governo destina al nostro Servizio sanitario nazionale.



POLIAMBULATORIO PRIVATO

con Day Surgery
Dott. Oppici

Direttore sanitario Dott. Lauro Oppici
Medico Chirurgo - Odontoiatra

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

Tel. 051 6152754 - 6154769 Fax 051 6148438

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

Esiste anche una buona sanità

→ La malattia, come la morte, fanno parte della nostra vita e, indistintamente dalla razza, dall'età, dal ceto sociale e dal credo religioso, colpiscono ogni uomo. Tutto questo è lapalissiano sino a quando l'oggetto di questa affermazione non ci riguarda da vicino, o meglio, sino a quando noi stessi non siamo chiamati a partecipare al dolore della malattia. Quando ciò accade capiamo a fondo quanto sia importante trovare qualcuno che si faccia carico della nostra patologia e, con scienza e coscienza, si adoperi per curarci, e, se non può curarci, lenisca la nostra sofferenza.

Esiste anche una buona sanità, e ne voglio fare testimone, ringraziando tutto lo staff del Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore della città di Bologna, che, come tanti altri colleghi, di centinaia di ospedali del nostro Paese, si trovano ad affrontare quotidianamente, spesso con scarsità di mezzi e personale, la malattia di migliaia di cittadini che, come me, hanno avuto bisogno del loro operato. Posso testimoniare di avere trovato una grandissima professionalità e disponibilità, da parte di colleghi ed infermieri, che, nonostante le difficoltà oggettive, non sono mai venute meno. Credo che, se qualcosa non funziona, sia troppo facile scaricare ogni responsabilità sul singolo medico. Sarebbe più proficuo, per tutti, sforzarsi di capire che la nostra professione, ogni giorno che passa, sta diventando sempre più difficile.

Dr. Carlo D'Achille

  REG. N. 1888-A UN EN 9001:2000	OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA BELLOMBRA RIABILITATIVO	
<i>Direttore Sanitario:</i> DOTT. GIUSEPPE GUERRA MEDICO CHIRURGO <i>Spec. in Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale e delle Assicurazioni</i>		
<i>Responsabile di Raggruppamento:</i> DOTT. MARIA ROSARIA LEO MEDICO CHIRURGO <i>Specialista in Terapia Fisica e Riabilitazione</i>		
40136 BOLOGNA - VIA BELLOMBRA, 24 - Tel. 051/58.20.95 (2 linee)		
		P.G. 36486 del 5/3/01

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
ANCONETANI BRUNO	Via C. da Pistoia, 16 - Bologna	051/58.14.50 - 339/12.79.199
ANDALÒ FEDERICA	Via Calanco, 51 - Dozza Imolese	0542/67.90.51 - 338/90.31.414
BAIOCCHI MASSIMO	Via Montelungo, 6 - Bologna	347/44.32.960
BIANCHINI SILVIA	Via Mengoli, 20 - Bologna	051/34.12.65 - 347/74.04.654
BIAZZO DANIELA	Via Parisio, 6 - Bologna	349/56.64.115
BOLLETTA MAURA	Via Z. Alvisi, 5 - Bologna	051/39.14.58 - 328/22.27.766
BONAVINA GIUSEPPE	Via Mura di Porta Castiglione, 3 - Bologna	051/58.01.97 - 340/29.79.142
CARUSO LORELLA	Via Berti - Bologna	051/55.40.79
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
CONTINI PAOLA	Via Venturoli, 1 - Bologna	347/66.29.912
CREMANTE GIULIA	Via L. Cipriani, 9 - Bologna	051/52.08.12 - 347/94.78.844
D'ECCLESIA ANNA RITA	Via Orlandi, 3 - S. Lazzaro di Savena	329/71.26.175
DEL FAVERO VALENTINA	Via Broccaindosso, 71 - Bologna	349/40.01.920
DE TORAKI MARIA	Via Vizzani, 37 - Bologna	348/89.80.610
FARNETI DESIDERATA	Via Solferino, 4 - Bologna	335/82.39.109
FOCARDI EMANUELA	Via S. Giuliano, 3 - Bologna	051/39.82.80 - 347/52.08.162
GALLIERI SIMONA	Via E. Levante, 53/a - Bologna	339/18.65.361
GASPARRONI VERUSCA	Via Carducci, 20 - Bologna	051/39.74.15 - 348/72.84.362
GESSA GIUSEPPE	Via Enriques, 17 - Bologna	051/45.56.07 - 349/78.29.243
GIANNINI ENRICO	Via Murri, 80 - Bologna	335/81.02.481
GUERNELLI BARBARA	Via Montelungo, 6 - Bologna	347/60.32.516
IORIZZO MATILDE	Via Massarenti, 50 - Bologna	335/50.67.313
LAZZARA CLAUDIO	Via Indipendenza, 22 - Bologna	051/23.33.77 - 347/61.78.566
LUBONJA PIRO	Via Lemonia, 33 - Bologna	339/53.25.942
MAIDONI DAVARIS VERENIKI	Via H. De Balzac, 7 - Bologna	051/61.95.81 - 347/87.03.191
MASCITTI MONICA	Via Pizzardi, 61 - Bologna	051/36.25.55 - 347/15.86.365
MIGLIETTA BARBARA	Via S. Felice, 116/F - Bologna	051/52.12.73 - 328/37.93.551
MIRONE MARCO	Via Ferri, 7 - Bologna	328/27.40.035
MONTANARI PAOLO	Via 2 Giugno, 11 - Castel Guelfo di Bologna	0542/53.534 - 348/88.25.984
MOSCARDELLI ELISA	Via Roma - Alba Adriatica	0861/71.45.20 - 320/30.09.747
MOSCONI PIER PAOLO	Via Broccaindosso, 40 - Bologna	051/23.53.17 - 349/46.75.888 0543/91.74.85
MUSIANI MARIA	Via Lombardia, 31 - Bologna	051/62.40.624 - 338/87.11.502
PALANDRI FRANCESCA	Via Micheli, 34 - Parma	349/71.16.012
PARIS VIVIANA	Via Ravenna, 8 - Bologna	051/58.79.489 - 347/87.83.614
PEDRABISSI FABRIZIO	Via Caldara, 50/c - Soresina	333/36.67.883
PELLONI DILETTA	Via Montirone, 23/B - S. Giovanni Persiceto	051/82.34.91 - 333/83.10.383
PERRONE LILIANA	Via Zaccherini Alvisi, 10 - Bologna	328/21.68.981
PODETTI MARIO ANGELO	Via di Barbiano, 1/10 - Bologna	051/63.66.848 - 348/47.44.823
PRATI ANDREA	Via Morandi, 5 - Pianoro	347/83.94.839
RAIMONDI MONICA	Via Cartoleria, 12 - Bologna	051/58.77.351 - 347/21.14.517
RIZZO ALESSANDRA	Via F. Rocchi, 20 - Bologna	051/39.89.31 - 347/62.72.570
SABETTI ANNARITA	Via O. Palagi, 25 - Bologna	051/39.31.82 - 328/33.92.178
SARTORI ELISABETTA	Via Ferrarese, 66/2 - Bologna	329/21.46.027
SIFAKI EVANGELIA	Via P. Loreta, 2 - Bologna	328/26.12.987
SINICROPI GIUSEPPE	Via Andrea Costa, 74 - Bologna	328/46.12.065
STAFÀ ALTIN	Via Barberia, 24 - Bologna	051/33.99.442 - 349/58.70.970
ZANZANI CHIARA	Via De Nicola, 74 - Bologna	051/56.37.55 - 347/ 03.58.038

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

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

La lesione equiparabile alla malattia

DI CARLA DE LELLIS

→ Il mobbing può essere risarcito come la malattia. La lesione, infatti, può assimilarsi all'ipotesi di inabilità temporanea parziale conseguente a malattia. È quanto stabilisce la sentenza n. 119/04 del tribunale di Pinerolo.

Il giudice, in particolare, relativamente ai criteri di liquidazione del danno da mobbing, ritiene che possa avvenire soltanto in termini equitativi con riguardo alla natura, all'intensità e alla durata delle compromissioni esistenziali e delle sofferenze morali patite dal lavoratore.

Specificamente ritiene che il danno esistenziale, in assenza di altri parametri oggettivi, vada liquidato seguendo un metodo analogo a quello comunemente utilizzato dai giudici di merito per risarcire il danno biologico temporaneo, non apparendo opportuno fare riferimento a un criterio di natura patrimoniale come quello della retribuzione per liquidare il danno alla persona (che colpisce i danneggiati in modo indipendente dalle loro capacità di reddito).

Se, dunque, una lesione psico-fisica che annulli del tutto, per un certo tempo, le possibilità del soggetto di dedicarsi alle normali attività (cosiddette inabilità temporanea totale) trova equo ristoro in una somma che si aggira sui 50 euro al giorno, la compromissione delle attività realizzatrici della persona può essere assimilata alla inabilità temporanea parziale conseguente alla malattia.

La questione presa in esame dalla sentenza, in particolare, ha condotto alla verifica

di un danno esistenziale per il peggioramento della vita lavorativa che, secondo il giudice, deve essere liquidato in relazione al periodo di tempo dedicato al lavoro.

La situazione è relativa a rapporto a tempo pieno, ripartito su cinque giorni lavorativi a settimana, per otto ore al giorno su 22 giorni al mese, per il quale la compromissione della vita lavorativa si è realizzata

pienamente per otto mesi di lavoro e solo parzialmente per altri otto mesi.

In base ai predetti criteri, conclude il tribunale, il risarcimento del danno pieno deve avvenire con 15 euro al giorno e quello del danno parziale con 7,5 euro al giorno. (riproduzione riservata)

Italia Oggi, 7 aprile 2004

IN ARRIVO NUOVE DIRETTIVE
PER PROVIDER E CORSI

Nella sanità svolta per la formazione

→ **ROMA** - Subito una intesa interlocutoria con le Regioni in vista della definizione dei nuovi obiettivi di formazione a livello nazionale. Entro maggio-giugno l'accordo definitivo in Conferenza Stato-Regioni sui requisiti di accreditamento dei provider e sui target per il prossimo triennio. Nel frattempo starà per concludersi la sperimentazione trimestrale preliminare e sarà già in rampa di lancio la sperimentazione allargata dell'accreditamento dei provider.

È con questo ruolino di marcia mozzafiato che il "Programma nazionale Ecm" (educazione continua in medicina) si prepara a cambiare volto: sempre meno convegni, sempre più formazione residenziale e a distanza, con un pool di 2mila-2.500 provider professionisti a fronte degli oltre 10mila organizzatori attualmente accreditati. "A fine anno - promette Raffaele D'Ari, capo del dipartimento qualità della Salute - tutto il sistema sarà a regime, eliminando le carenze formative del passato".

I numeri del pianeta Ecm. A determinare il primo giro di boa è stato l'ultimo incontro della commissione nazionale Ecm che, al "Forum Sanità Futura di Cernobbio", ha reso noto l'identikit aggiornato del settore e sdoganato la lista dei primi "arruolati" per la sperimentazione del nuovo modello d'accreditamento.

I grandi numeri della banca dati Ecm segnalano al 30 marzo oltre 114mila richieste di accreditamento di eventi formativi e quasi 47mila richieste di accreditamento di progetti formativi aziendali. Al top dell'offerta, come sempre, i medici, con quasi 100mila edizioni di eventi delle due tipologie (46,08%); secondi in classifica gli infermieri (13,14%). Sul fronte degli organizzatori, il pool più numeroso è rappresentato dagli enti pubblici (16%), seguiti da enti privati (15%), Ordini, Collegi e associazioni (15%). Decisamente in diminuzione i costi per gli operatori: nel 2003 gli eventi a pagamento sono stati il 47% del totale con un costo medio di 14,71 euro l'ora a fronte dei 20,85 euro dell'anno precedente. Infine le sponsorizzazioni: coinvolgono il 41% degli eventi; al top quelli realizzati da case editrici (69%), all'estremo opposto quelli organizzati da strutture sanitarie pubbliche o equiparate (40%).

I nodi da sciogliere. Ma la vera novità è rappresentata dalla lista dei 72 organizzatori pubblici e privati arruolati per la sperimentazione dell'accreditamento dei provider: proporranno per un trimestre eventi e corsi gratuiti ma dotati di credi-

ti, consentendo alla Commissione Ecm di testare criteri, procedure e rispondenza dei discenti. Si tratta solo di un primo approccio, in attesa che Regioni e Commissione Ecm scioglano alcuni dei rebus fondamentali che tutt'ora inceppano l'Ecm.

Nel canovaccio dell'accordo per il 2004 all'esame dello Stato-Regioni si prevedono, tra l'altro, l'esclusione delle medicine non convenzionali, i crediti differenziati per obiettivi istituzionali, la "selezione" delle Società scientifiche ai fini Ecm, l'individuazione dei crediti "necessari al mantenimento dell'abilitazione professionale".

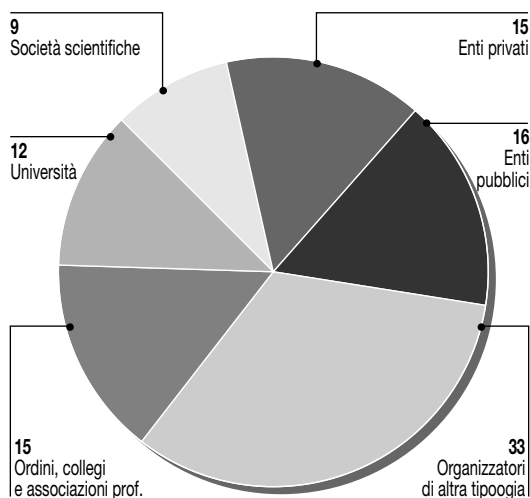
Mentre è in fase avanzata la stesura del documento con cui la Commissione Ecm punta a risolvere una volta per tutte la questione del "conflitto d'interessi".

L'ultima bozza esclude categoricamente la possibilità per il provider di avere rapporti diretti o indiretti con le aziende del settore. Per il provider colto a barare, dopo "n" eventi scatterebbe la "squalifica": la revoca dell'autorizzazione con tanto di segnalazione in un apposito data-base, a futura memoria.

Sara Todaro
Sole 24 Ore 13 aprile 2004

Gli organizzatori

Le richieste di accreditamento dei provider (in %)



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



Alma Mater Studiorum
Università di Bologna
Dipartimento di Discipline
Chirurgiche, Rianimatorie
e dei Trapianti

Villa Maria Cecilia Hospital
Cotignola (RA)
San Pier Damiano Hospital
Faenza (RA)



*Centro per lo Studio e la Terapia delle Malattie dell'Esophago
dell'Università di Bologna - sezione Chirurgica*

UNITÀ OPERATIVA DI CHIRURGIA
ad indirizzo in Chirurgia Esofagea e Polmonare
Direzione Universitaria: Prof. SANDRO MATTIOLI

NOTA INFORMATIVA

L'Università degli Studi di Bologna, con l'accordo della Regione Emilia-Romagna, ha sottoscritto una collaborazione con le strutture ospedaliere San Pier Damiano Hospital, Villa Maria Cecilia Hospital del Gruppo Villa Maria Spa di Lugo di Romagna.

Presso quelle strutture ospedaliere, convenzionate con il Servizio Sanitario regionale, è stata attivata l'**Unità Operativa di Chirurgia ad indirizzo in chirurgia esofagea e polmonare** diretta dal Prof. SANDRO MATTIOLI, Associato di Chirurgia Generale dell'Università di Bologna.

L'Unità Operativa con sede a Faenza e Cotignola, svolge prevalentemente attività chirurgica di alta specializzazione per la cura delle patologie del torace. In particolare vengono eseguiti interventi chirurgici con tecniche laparoscopiche, toracoscopiche, toraco-laparoscopiche e convenzionali per la patologia da reflusso gastro-esofageo e l'ernia hiatale in fase avanzata, l'acalasia e i diverticoli dell'esofago, la patologia neoplastica dell'esofago cervicale, toracico e del cardias, i noduli e le neoplasie polmonari, la trachea, il mediastino. A completamento dell'attività chirurgica, si eseguono procedure endoscopiche operative con strumenti flessibili e rigidi per le patologie esofagee e tracheo-bronchiali in cui tali procedure sono indicate.

L'Unità Operativa è stata dotata delle più avanzate tecnologie diagnostiche e chirurgiche al fine di offrire ai cittadini un'opportunità assistenziale di elevata specializzazione integrata nelle attività già presenti a Villa Maria Cecilia e San Pier Damiano ed in particolare con la Cardiochirurgia, le Terapie Intensive cardiotoracica e pneumologica e con il servizio di Radioterapia.

L'attività dell'Unità Operativa è finalizzata, oltre alla cura del Paziente, alla didattica integrata del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e degli Insegnamenti post laurea, alla ricerca clinica nell'ambito del Corso di Dottorato in "Scienze Pneumo-Cardio-Toraciche di interesse medico e chirurgico" e del "Centro per lo studio e la terapia delle malattie dell'esofago" dell'Alma Mater Studiorum.

Epidemiologia del gozzo nella provincia di Bologna: “rivalutazione dopo iodoprofilassi”

→ Circa 10 anni fa nel territorio di tre comuni della provincia di Bologna (Baricella, Castello di Serravalle e San Benedetto Val di Sambro, situati rispettivamente in zona pianeggiante, collinare e montana), è stata effettuata dal Servizio di Endocrinologia dell'Ospedale di Bentivoglio, diretto dal dott. Domenico Meringolo, sulla popolazione in età scolare una indagine epidemiologica sul gozzo.

La ricerca ha evidenziato nelle aree esaminate una modesta, anche se non trascurabile, prevalenza del gozzo con ridotta escrezione urinaria di iodio, compatibile con discreta carenza iodica ambientale.

È stata così intrapresa dall'Unità Operativa Semplice di Endocrinologia in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica una "Campagna di educazione alimentare per prevenire il gozzo e le altre malattie da carenza iodica" suggerendo l'uso di sale arricchito di iodio in tutta la popolazione esaminata, in accordo con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'UNICEF che hanno posto tra gli obiettivi prioritari da raggiungere entro il 2005 l'adozione di misure di profilassi volti all'eradicazione

dei disturbi da carenza iodica, la cui conseguenza più comune, ma non l'unico, è il gozzo.

In molti paesi il problema è stato risolto con la profilassi iodica, ma almeno un quinto della popolazione mondiale è tuttora esposta ai rischi di questa carenza alimentare.

L'Italia è tra i paesi che hanno sottoscritto questo impegno.

Il Ministro della Salute ha predisposto un disegno di legge che finalmente renderà possibile l'estensione di una efficace profilassi iodica a tutta la popolazione.

La campagna di informazione sul problema dei disordini da carenza iodica e sull'utilità della profilassi per la sua regressione, è stata orientata verso gli operatori sanitari e popolazione.

Per il personale sanitario (medici, dietiste) sono stati effettuati aggiornamenti clinici dove sono state fornite tutte le informazioni scientifiche, epidemiologiche, organizzative riguardo al problema della carenza iodica e della promozione della profilassi.

La campagna di informazione è stata rivolta principalmente alla popolazione scolare e a quella adulta con diversificazione degli interventi.

La priorità è stata riservata alle iniziative nelle scuole per la possibilità di coinvolgere alunni, genitori e personale docente e non docente. Sono state effettuate conferenze con il corpo insegnante, trasmissione video cassetta a colori fornita dal Ministero della Salute, a tutti i bambini è stato consegnato un segnalibro e un libretto illustrativo con commento sull'esistenza del problema e la validità e la facilità dei mezzi per curarlo, in tutte le classi è stato affisso un poster sugli stessi problemi.

La popolazione adulta è stata raggiunta attraverso vari canali:

- informazione sull'esistenza del problema e sull'efficacia della iodoprofilassi su tutti i periodici comunali e sui periodici dell'Azienda;

- incontri sul tema presso gli ambienti di lavoro, sedi comunali;
- poster affissi negli ambienti di lavoro, nei distretti sanitari, nei comuni e negli ambulatori dei medici di base.

È stata chiesta la collaborazione della associazione dei commercianti e di categoria (alimentaristi, tabaccai) e dei rappresentanti della “grande distribuzione” del sale arricchito di iodio, con l’invito a collocare il sale arricchito di iodio su scaffali ben in vista e facilmente accessibili, chiedendo anche di esporre una piccola locandina informativa e di monitorare l’andamento delle vendite del prodotto.

Per favorire l’utilizzo del sale iodato in tutti i centri di preparazione pasti sono stati organizzati incontri con le amministrazioni comunali ed è stato proposto di inserire nei capitoli d’appalto (sia per l’acquisto dei generi alimentari che per le gestioni esterne del servizio mense) il sale arricchito di iodio; per tutti i centri preparazione pasti durante l’attività di vigilanza è stato verificato il tipo di sale in

uso ed è stato inviato materiale informativo insieme alla relazione di sopralluogo. Quali indicatori per la valutazione dell’efficacia della “Campagna di educazione alimentare” intrapresa nella provincia di Bologna sono stati utilizzati l’incremento nel tempo della conoscenza, dell’uso e della diffusione del sale addizionato con iodio. Lo strumento di rilevazione utilizzato è stato un questionario somministrato a 4 campioni di popolazione (genitori di bambini in età scolare) diversi ma statisticamente confrontabili. La valutazione è stata effettuata in quattro tempi: prima dell’avvio del programma (1998), a breve termine (1999), a medio termine (2001) e a lungo termine (2003). I risultati riportati in tabella mostrano che dopo gli interventi effettuati la conoscenza, l’uso e la diffusione del sale arricchito di iodio sono significativamente aumentati, convalidati dai dati relativi alla vendita del sale arricchito di iodio (aumentata del 65%, con quota di mercato del 38%) e tale tendenza non si è attenuata nel tempo.

	1998 (935 quest.) %	1999 (935 quest.) %	2001 (448 quest.) %	2003 (764 quest.) %
Conosce il sale arricchito di iodio				
Sì	74	84	85	89
No	26	16	15	10
Non risponde	0	0	0	1
Usa il sale arricchito di iodio				
Sì	42	52	56	65
No	58	47	44	34
Non risponde	0	1	0	1
A cosa serve:				
Previene il gozzo	88	93	91	93
Migliora il sapore dei cibi	5	3	2	2
Conserva gli alimenti	4	1	2	1
Non risponde	1	3	5	4
Presenza nel negozio				
Sì	57	73	78	86
No	9	6	5	4
Non so	34	20	17	10
Non risponde	0	1	0	0

Per valutare la reale efficacia nel ridurre la prevalenza del gozzo e nel normalizzare la ioduria, nella prossima primavera la stessa popolazione scolare dei tre comuni (Baricella, Castello di Serravalle e San Benedetto Val di Sambro) sarà sottoposta ad indagine clinica (palpazione manuale della ghiandola), ad ecografia tiroidea (per valutare volume e struttura della tiroide) e a determinazione del valore dello iodio nelle urine.

Hanno confermato la propria disponibilità a collaborare per la ricerca i Sindaci e le Autorità Scolastiche dei comuni interessati.

Lo studio interessa la popolazione scolare della scuola dell'obbligo di età compresa tra i 6 e i 14 e coinvolgerà circa 900 bambini.

Ad ogni famiglia verrà consegnata una scheda contenente le finalità della ricerca e una scheda per la raccolta dei dati anagrafici e clinico-anamnestici relativi sia ai bambini (luogo di nascita, peso, altezza, stato mestruale per le bambine) sia ai genitori (luogo di origine, precedenti familiari di patologia tiroidea,

conoscenza - uso - diffusione del sale iodato).

L'indagine sarà effettuata con il seguente calendario:

- Giorno 2-3 aprile 2004 nel comune di Baricella,
- giorno 23-24 aprile 2004 nel comune di San Benedetto val di Sambro,
- giorno 14-15 maggio 2004 nel comune di Castello di Serravalle, e condotta dal Dottor Domenico Meringolo e dal Dottor Davide Bianchi dell'Unità Operativa Semplice di Endocrinologia dell'Ospedale di Bentivoglio, dal Dottor Bartolomeo Bellanova dell'Unità Operativa di Medicina Nucleare dell'Ospedale Sant'Orsola affiancati da Evio Paolo Maini, Maria Cristiana Capelli e Elena Facchini, personale infermieristico dell'Unità Operativa Semplice di Endocrinologia dell'Ospedale di Bentivoglio.

Domenico Meringolo
Componente Regionale Emilia-Romagna
Ricerca Endemia Gozzigena

Lo scandalo sanitario e il suo retroscena

DI MARIO PIRANI

→ Torna l'ombra della maxi-inchiesta sulla corruzione dei medici. Scrivo "torna" perché questa inchiesta è la stessa che aveva riempito i giornali all'inizio del 2003 e già allora, (per la precisione Linea di confine del 17 febbraio) avevo espresso ampie riserve su una

neo-tangentopoli inesistente. Il fatto stesso che questa inchiesta emerga periodicamente merita un chiarimento. In primo luogo perché non si tratta di una inchiesta promossa dalla Magistratura ma di una iniziativa d'ufficio della Guardia di finanza che nel 2001, sulla base di un decreto Tremonti, fu incaricata di attivarsi per sventare frodi nella spesa pubblica.

Si cominciò dalla spesa farmaceutica mettendo sotto vigilanza industrie e medici. All'inizio del 2003 venne diffuso l'annuncio dei primi risultati raggiunti a Verona, sede della Glaxo, giudicati, però, insufficienti dalla Procura che ordinò un supplemento d'indagini. Il fatto bastò però per imbastire una prima campagna

di criminalizzazione. Ora siamo al secondo tempo: il dossier, arricchito di nuovi nomi (da 3.000 siamo a 4.713), è ora al vaglio del procuratore. Non essendo, però, neppure stati interrogati da una magistrato i presunti corrotti sono già ampiamente colpevolizzati e i loro nomi dati in pasto al mondo.

Le accuse, peraltro, si basano su un coacervo diversissimo che va dai finanziamenti alla ricerca e alla formazione, alla partecipazione ai congressi fino ai regali più o meno costosi per arrivare al dono natalizio di qualche bottiglia di vino. Già il procuratore capo di Verona, Papalia, dopo un primo esame ha premesso che per la stragrande maggioranza degli indagati l'eventuale condanna, trattandosi di infrazioni minori, rientrerebbe nell'ambito di una contravvenzione, mentre resterebbe in piedi, da passare al vaglio inquirente e giudicante, un'accusa di corruzione e di associazione a delinquere per 123 medici e farmacisti e 73 dipendenti della Glaxo. È possibile, comunque, che in questo più ristretto ambito l'azione penale pervenga a definire un certo numero di casi accertati di illegalità e corruzione. Non vi è attività professionale che ne sia esente, ma questo può suggerire maxi-inchieste che bollano d'infamia una categoria nel suo assieme?

La risposta è tanto più inquietante se si esamina da vicino la casistica, in particolare il finanziamento della ricerca che si svolge nell'ambito ospedaliero universitario. Sono andato personalmente in uno dei principali centri sotto inchiesta, la Clinica per le malattie cardiovascolari e respiratorie della Sapienza, che occupa uno dei pochi padiglioni moderni e avanzati del nosocomio. Mi sono presentato al direttore del Dipartimento, prof. Francesco Fedele, che ha già ricevuto varie ispezioni della Finanza, il quale mi ha spiegato come parte consistente della trasformazione tecnologica del reparto sia frutto di

finanziamenti contrattati con case farmaceutiche, in cambio di programmi di ricerca e di formazione degli specializzandi. Questi finanziamenti, preventivamente approvati dal consiglio di dipartimento, fanno parte del bilancio dell'istituto. La ricerca sui malati, come anche i corsi di formazione, si svolgono con l'esplicita clausola dell'assoluta indipendenza scientifica. Ma vi è di più: il ministero e la Regione impongono all'università di realizzare prima un consistente finanziamento privato per poter accedere a un residuo contributo pubblico per la ricerca. Questo sarebbe il meccanismo di corruzione? Al prof. Fedele verrebbe contestata tra l'altro una frase, estrapolata da una intercettazione telefonica, dove si lamentava di aver ricevuto troppo poco in rapporto a un'altra ricerca. E allora? Dove sta il dolo? E per quale ragione si mettono sotto ascolto i telefoni dei medici e degli informatori, quasi si trattasse di sospetti di terrorismo o di mafia? Ho telefonato a mezza Italia per sapere se ancora vige la pratica di invitare i medici in località turistiche con la scusa dei congressi. Dappertutto mi è stato risposto che questa pratica, abbastanza in uso in passato, è oggi scomparsa perché i congressi scientifici, la cui frequentazione è entrata a far parte del punteggio-credito della formazione continua, decisa per legge, sono soggetti all'accreditamento del ministero della Sanità. Inoltre sono stati introdotti controlli elettronici per garantirne la frequenza. Potrei continuare con gli esempi. Aggiungo solo che questa campagna ha uno scopo ben preciso: attaccare il Servizio pubblico, bollandolo come un bacino di corruzione. Se poi con queste azioni quel poco di ricerca scientifica che ancora si fa in Italia finisce a carte quarantotto, chi se ne frega!

La Repubblica, 31 maggio 2004

“Noi peones senza potere schiacciati dalla burocrazia”

→ I nuovi dottori tra contratto in bilico e budget in rosso

MILANO - Negli anni Sessanta il sogno dei genitori italiani era avere il figlio Dottore. Cioè medico, non semplicemente laureato per il biglietto da visita o per guadagnare qualche scatto di carriera con anni fuori corso a legge o scienze politiche. È stato un sogno perseguito con tenace determinazione. “E oggi i medici sono 330 mila, guadagnano poco e prendono ordini dagli impiegati”, dice Eolo Parodi, santone della professione, gran capo per un’eternità dell’Ordine, ora presidente dell’Enpam, il ricchissimo ente previdenziale della categoria.

Mettere i medici tra i nuovi poveri sarebbe evientemente un assurdo. Ma i vecchi baroni che sembrano usciti da film di Alberto Sordi, con ville in Sardegna e a Cortina e un sicuro piglio mondano, sono percentualmente un numero molto basso. La gran parte della categoria, circa il 70%, vive di solo stipendio, da 1600 fino a 3500-4000 euro netti al mese. Somme certo non disprezzabili, ma lontane dalla ricchezza: soprattutto se si considera che al 25% dei “dottori”, che aggiungono alla retribuzione altri diecimila euro lordi all’anno, si contrappongono circa 80 mila semioccupati che tirano avanti alla meno peggio, tra contratti precari e terapie alternative. “Dall’inizio degli anni Novanta abbiamo subito una netta perdita di potere d’acquisto. Facciamo contratti in ritardo e non portiamo a casa nemmeno il recupero dell’inflazione: solo

con estrema fatica, un mese e mezzo fa, siamo riusciti a ottenere che ci pagassero la differenza tra inflazione reale e programmata per il 2001”, dice Stefano Biasioli, primario nefrologo a Legnago (Vicenza) e leader del Cimo, organizzazione dei medici ospedalieri di centrodestra. “Appena laureato, negli anni Sessanta”, esemplifica Marco Perelli Ercolini, chirurgo milanese, “con uno stipendio ho comprato la Cinquecento. Ora, per una macchina analoga, ci vogliono due mensilità e mezzo o tre”.

Con l’eccezione di poche star, non è più una carriera brillante, dicono clinici e pratici. E citano come prova il fatto che tra i peones siano sempre più numerose le donne, con gli uomini pronti a spalancare le porte dei settori non più tanto convenienti: infatti molti medici di famiglia, ma pochi dentisti, sono donne. Oggi, secondo i dati Enpam, un terzo della medicina è al femminile, e addirittura la metà dei nuovi ingressi nella professione. “È inutile lamentarsi tanto: siamo troppi, molti più che in Francia, Germania, Inghilterra”, logico che si guadagni di meno, dice Perelli. Al di fuori della categoria, non lo si sa: l’Italia ha cominciato a esportare medici che non trovano impiego in patria. Venti sono appena andati in Gran Bretagna.

Ma, prima che economico, il problema è di di status, oggi avvertito “al minimo”. I medici sentono di non contare come prima. Intanto, non comandano più. “Ho cominciato nel ‘63. Allora, col camice, indossavamo l’aura che ne derivava, avevamo potere e prestigio” ricorda Serafino Zucchelli, primario (ora si dice “direttore”) del dipartimento di emergenza-urgenza a Modena e leader dell’Anaa, il sindacato più grosso di medici dirigenti (i vecchi aiuti e assistenti), circa 18 mila iscritti di orientamento riformista. “Negli ospedali non c’erano grandi apparati burocratici, noi dottori eravamo tutto, non dovevamo rendere conto a nessuno. Prendevamo stipendi

bassissimi, ma c'era la libera professione". Poi la partitocrazia è entrata nella sanità e le ha assestato un colpo mortale: le Usl (ora Asl) sono state valutate come fonte di voti, un medico di famiglia con 1500 assistiti è apparso un ottimo veicolo di propaganda, sono arrivati gli uomini degli sportelli, dei timbri, dei certificati. "I partiti hanno cominciato a mettere a posto i medici-strumenti. Noi, frustrati, abbiamo abbassato la testa", ammette onestamente Parodi.

La guerra alla burocratizzazione della professione, che si traduce in dipendenza dai direttori generali della Asl, funzionari di stretta obbedienza politica e sistemano i direttori a loro piacimento, con assoluta indifferenza per meriti e concorsi, è uno degli elementi del disagio che ha portato tutti i medici a fare sciopero e 25 mila di loro a sfilare in corteo a Roma: gli altri sono il mancato rinnovo del contratto e l'attacco concentrico al Servizio sanitario nazionale. Quello del Ssn, per quasi tutti i camici bianchi italiani è un totem, simbolo dei risultati raggiunti dalla categoria e linea del Piave dell'efficienza. Tutto il resto – intramoenia, extramoenia, reversibilità (parole un po' misteriose che stanno a significare molte ragioni di scontro, come vedremo), è discutibile, ma le classifiche internazionali e vari parametri, dall'allungamento della vita alla caduta della mortalità infantile, dimostrano che i medici di casa nostra, malgrado le minori risorse, forniscono un servizio che è considerato il secondo al mondo, dopo quello francese. E vogliono continuare a farlo. Anche perché, dice l'assoluta maggioranza, la professione si può esercitare meglio nel pubblico che nel privato, che piega tutto alle esigenze economiche.

C'è, però, un pericolo imminente di crollo: le Regioni, anche le più virtuose, come Piemonte, Emilia, Veneto, sono al collasso e tutte, governate dal centrodestra o dal centrosinistra, in un urto aperto col governo, che nega i trasferimenti richiesti

e impedisce loro una propria imposizione fiscale. Per di più incombe la devoluzione di Bossi, con la sua "competenza esclusiva" in materia sanitaria e altissimi costi. "Il 2004 è l'anno del grande buco, ha detto il presidente piemontese Ghico, "il prossimo sarà l'anno di non ritorno". Se continua così crolla tutto. "Mentre noi vogliamo salvare il sistema, il suo finanziamento e la sua unità", dice Zucchelli. "Il governo fa una proposta indecente: non rinnovare i contratti per trovare i soldi necessari agli sgravi fiscali e, in cambio consentirci di lavorare dentro o fuori dagli ospedali senza penalizzazioni e con possibilità di ripensamenti. Un bel vantaggio per chi vuole decidere dove e quanto lavorare (faccio poco in ospedale e poi divento Mandrake in clinica), avere prezzi incontrollati e non pagare le tasse".

Il cambiamento previsto dal centrodestra, e già approvato in Parlamento, si chiama reversibilità. Rappresenta una rivoluzione ideologica a 360 gradi rispetto al modello Bindi: tanto, riferiscono alcuni medici presenti all'incontro col ministro Sirchia, che sulla cartellina del progetto governativo stava scritto "Proposta di debindizzazione della sanità italiana". Verità o leggende, la pugnace democristiana spacca ancora nettamente la categoria. Anche prima c'erano state riforme (Mariotti) e contro-riforme (De Lorenzo), ma mai un ministro aveva scatenato tante approvazioni e tanti odi. Dice Biasioli, che nella primavera del '99 bruciò una sua statua in cartongesso: "La Bindi partiva dal concetto che il dipendente pubblico dovesse una dedizione integrale all'ospedale: chi voleva fare la libera professione fuorim cioè l'ex-tramoenia, era escluso dalla carriera e non poteva essere primario. In cambio mise sul piatto un po' di soldi, 750 euro per i direttori e 550 per gli altri medici disposti a restare". Meno del cinque per cento scelsero di uscire e ben pochi, si calcola meno del dieci, sarebbero disposti a rientrare, per non rinun-

ciare al milione circa d'indennità esclusiva. Ma "cancellare la Bindi" (che, va detto, ebbe qualche asprezza e qualche toscaneità di troppo nel suo scontro con i vecchi poteri) è per il centrodestra un fatto di bandiera. Anzi, dicono, "di libertà".

Potrebbe sembrare un affare di corporazione. Ma dietro, secondo la maggioranza dei camici bianchi, c'è un'ostilità di fondo per tutto ciò che è pubblico. Così, alla volontà di favorire cliniche e istituzioni private, ispirate da una logica mercantile, denunciata, tra gli altri, da Mario Viganò, primario cardiocirurgo a Pavia, si saldano le distorsioni dell'intramoenia, che offrono corsie preferenziali a chi paga. "Vogliono riabituarci i cittadini a pagare di tasca propria", dice Mario Falconi, presidente dell'Ordine di Roma, il più grande d'Europa con 35 mila iscritti e segretario generale del Fimmg, il sindacato dei medici di famiglia. "Non vorrei che la solidarietà facesse un passo indietro, nel nome, anche qui, del mercato".

Lo scontento per uno stato sociale che si avverte sempre più patrigno si scarica in primo luogo sui medici. I malati, suggestionati anche da giornali e tv, sono sempre meno "pazienti". I sanitari devono cumulare più ruoli, quello sanitario e quello manageriale, un occhio al budget l'altro alla malattia, spesso impossibilitati a soddisfare i bisogni, veri o presunti,

dei cittadini. Vengono sottoposti a valutazioni triennali o quinquennali. E spesso sono, e si sentono, inadeguati. Molti hanno ancora la testa rivolta al passato, parlano di ars medica, rifiutano di far di conto e dimenticano le fatture, si rifugiano in un'arroganza castale che rende difficile ottenere giustizia a un cittadino che si rivolge all'Ordine (col reciproco aumento delle cause civili e penali).

Ma la maggioranza dei dottori capisce che non si possono moltiplicare gli esami, che i ricoveri non devono essere disposti in base alla disponibilità a pagare o alla paura di complicazioni ma per urgenze reali, in modo da non sottrarre risorse a chi potrebbe averne bisogno. In sintesi, far convivere gli interessi della categoria con quelli generali della collettività. I più attenti si sono convinti che tutto il sistema ospedalocentrico va cambiato, mentre, con l'invecchiamento della popolazione, muta la domanda di salute. "Se non ci si sente apprezzati, bisogna essere capaci di fare la diagnosi", dice Falconi. "Siamo tecnicamente tra i migliori del mondo, ma non ci prendiamo cura". Dal paese arriva un segno che ferisce ciò che resta dell'autostima dei medici: nove milioni di italiani ricorrono alle terapie alternative. Accanto al mito di Ippocrate giganteggia il fantasma del guaritore Di Bella.

Giulio Anselmi

Medici “sotto esame”: Italia e Quebec allo specchio

→ **In Canada il College de medicine monitora i professionisti attraverso programmi di sorveglianza - Stride il contrasto col Ssn**

Le risorse professionali sono la variabile fondamentale nelle organizzazioni complesse, come le aziende sanitarie. Con questa convinzione, abbiamo individuato e comparato gli strumenti disponibili all'interno dei sistemi sanitari del Quebec e italiano per garantire quanto più possibile la governance e la valutazione della componente professionale e quindi la qualità del servizio offerto ai cittadini. Obiettivo: cogliere nel sistema del Quebec elementi di eccellenza utili ad avviare un dibattito in Italia.

Il sistema italiano. L'articolo 3 della legge istitutiva degli Ordini (Dlgs 233/1946) fissa gli ambiti di autonomia e responsabilità dei collegi professionali. Da questa norma e soprattutto dall'esperienza di ogni medico italiano risulta evidente che le autonomie dei Ordini dei medici sono particolarmente ridotte. Le attività di verifica della qualità professionale risultano esterne alle responsabilità dell'Ordine. Il vuoto normativo sulla valutazione della qualità professionale è stato parzialmente e teoricamente colmato con l'inserimento dell'obbligo della valutazione nel Dlgs 229/99, in cui è prevista una valutazione periodica per tutti i dirigenti medici. Il solo altro evento valutativo è avvenuto con l'esame di Stato per l'abilitazione all'attività professionale.

Il sistema degli incarichi rappresenta forse la principale innovazione. Il dirigente ha un rapporto a tempo indeterminato, ma senza alcun ruolo definito nell'organizzazione finché non gli viene affidato un incarico, per un periodo limitato di tempo e con un'apposita indennità. Le aziende possono usufruire del processo di valutazione per la conferma dell'incarico e per la retribuzione di risultato.

La valutazione professionale individuale riguarda l'operato del singolo professionista in termini di risultati conseguiti a fronte degli obiettivi assegnati/concordati, dei comportamenti organizzativi espressi a fronte di quelli attesi e delle competenze professionali e tecniche maturate. L'esito positivo comporta l'attribuzione della retribuzione di risultato ed è condizione necessaria per la conferma dell'incarico o l'attribuzione di incarichi di maggior rilievo. La valutazione negativa, oltre a far venire meno l'assegnazione della retribuzione di risultato, preclude la riconferma dell'incarico o l'assegnazione ad altri ruoli di maggior responsabilità.

L'impressione di molti autori è che l'opportunità della valutazione del personale sia stata interpretata, sebbene in maniera del tutto disomogenea nella realtà italiana, come un adempimento formale per giustificare la distribuzione degli incentivi di risultato. Probabilmente questo fenomeno è legato a una sostanziale immaturità del sistema: è molto difficile “misurare” e valutare se l'Ordine dei medici e le società scientifiche non hanno ruolo proattivo nel processo, la valutazione si risolve sostanzialmente in auto valutazioni, i primi di risultato sono stati storicamente distribuiti a pioggia, non c'è stata nessuna chiara assegnazione di obiettivi, la formazione dei professionisti è disomogenea e autoreferenziale, i professionisti e i manager stentano nel prendersi le relative responsabilità (governo clinico) e non sembra esserci interesse nell'elevare il coefficiente di rischio del sistema.

Il caso del Quebec. Con circa 150 anni di anzianità il College de medicine du Quebec si inserisce tra gli Ordini medici di maggior prestigio: la missione del collegio (promuovere una medicina di qualità per proteggere il pubblico e contribuire al miglioramento continuo della Sanità dei cittadini del Quebec) rappresenta la natura delle responsabilità di cui il collegio si fa carico. Per garantirla il collegio ha individuato tre linee di sviluppo prioritarie:

Direzione degli studi medici: accertarsi che i giovani medici che vogliono praticare la medicina nella provincia del Quebec siano dotati di capacità e attitudini opportune. Il collegio, prima di rilasciare il permesso di esercizio, valuta conoscenze medico-chirurgiche, attitudini alla comunicazione, pratica clinica;

Direzione del miglioramento professionale: educazione medica continua e miglioramento dell'esercizio della professione medica;

Direzione delle inchieste: ispezioni professionali.

Conformemente alla normativa che in Quebec impone a tutti gli Ordini di istituire un comitato di ispezione e valutazione della performance professionale, il college de medicine du Quebec ha istituito il Comitato d'ispezione professionale (Cip). Il comitato valuta e verifica le cartelle cliniche, il processo di diagnosi, cura e trattamento oltre che gli equipaggiamenti tecnici. Produce verifiche sulla competenza e sulla qualità delle cure fornite. Per portare a termine il proprio mandato, il Cip ricorre ai "programmi di sorveglianza" per indicatori e visite di ispezione professionale, livelli di intervento I e II.

Il sistema è articolato su tre livelli di intervento:

Livello I. Sorveglianza, attraverso l'utilizzo di indicatori clinici e amministrativi. Tutti i medici e gli stabilimenti ospedalieri sono sottoposti a un programma di sorveglianza basato su indicatori rilevati

attraverso banche dati, governative (assurance maladie et assurance médicaments), in modo da ottenere il livello di prescrizioni e di trattamenti, nonché il profilo di cura e di pratica clinica dei professionisti. In certi casi le informazioni sono seguiti da suggerimenti e norme di best practice.

Livello II. Valutazione complementare di alcuni medici. Dal 10 al 20% dei medici e delle strutture valutati attraverso il livello I richiedono una valutazione più approfondita e completa. Normalmente si prosegue con la visita d'ispezione professionale: una revisione condivisa tra pari (collega della stessa specialità designato dal collegio) dei dossier medici elaborati in ospedale o nella pratica clinica ambulatoriale. Alla fine sono formulate raccomandazioni per il miglioramento professionale. In certi casi può essere suggerito o imposto (in questo caso può essere sospesa la licenza della pratica clinica fino a superamento dello stage) un programma strutturato di Ecm, focalizzato sulle lacune evidenziate durante la visita. Una nuova valutazione può essere effettuata dopo qualche mese.

Livello III. Analisi strutturata delle competenze. Consta di due aspetti:

- sorveglianza dell'esercizio ambulatoriale, prevista quando gli interventi del Cip non bastano. Viene predisposta una valutazione approfondita delle competenze del professionista attraverso un'analisi orale strutturata, in cui sono mostrati casi clinici scelti ed elaborati in funzione della loro frequenza e importanza, sotto forma di vignette cliniche o attraverso l'aiuto di pazienti simulati. Il risultato ottenuto dal medico permette alla direzione per il miglioramento professionale di stabilire prescrizioni pedagogiche personalizzate che si espliciteranno con un programma personale di letture, stage clinici, tutorati professionali ecc.;
- attività di perfezionamento individuale continuo, attraverso eventi organizzati

dalla direzione miglioramento dell'esercizio professionale: stage di perfezionamento a tempo pieno o parziale, tutorati clinici, letture guidate di articoli medici, di guide pratiche o di testi di riferimento. I risultati dei programmi individuali di perfezionamento messi in campo dalla direzione miglioramento professionale hanno risultati eccellenti: solo l'8% dei programmi si conclude con un fallimento da parte del medico che vi ha partecipato.

Prospettive. Come la certificazione Iso 9000 non garantisce la qualità dell'azienda che la possiede anche in questo caso è difficile immaginare che l'esperienza canadese risolva il problema della valutazione della performance professionale in medicina. Una certezza è però evidente: il processo è sotto controllo. Traspare in modo evidente un popolo professionale con una forte cultura della valutazione, accettata come sistema di garanzia, a conforto delle aspettative della cittadinanza. In Italia si potrebbe cogliere lo spunto offerto dal Quebec, riprendendo il ruolo dell'Ordine o di una struttura terza super partes, autonoma e sostenuta da finanziamenti governativi. Le Regioni devono porsi il problema di chi dovrà gestire la "Clinical competence" e con quali strumenti, autonomie e finanziamenti.

Possiamo ipotizzare che i medici in Quebec che necessitano di interventi di carattere formativo/sanzionatorio siano meno del 2% di 17mila: 320 circa in un contesto nel quale sono in servizio solo

17mila professionisti, le scuole di specializzazione hanno una tradizione anglosassone di altissima performance in termini di prodotto, il contesto culturale è meritocratico/valutativo e i professionisti e il Governo stanziavano 14 milioni di dollari l'anno per essere valutati.

Noi abbiamo circa 2,9 volte il numero di medici del Quebec. La formazione medica universitaria e post-laurea è ancora troppo teorica e mal correlata alle esigenze professionali del Paese. La cultura meritocratica e valutativa stenta a decollare. Il Governo, le Regioni e gli stessi professionisti non investono su sistemi di valutazione professionale.

Si può azzardare una conclusione non ancora sperimentalmente accettabile attraverso alcune domande aperte: questo mancato controllo in Italia ha ricadute sulla salute della popolazione? Se sì, in che percentuale indice? Siamo uno dei Paesi con i migliori indicatori di salute al mondo: possiamo immaginare che l'incidenza del sistema sanitario su questi indicatori li renda ancora migliori a seguito dell'implementazione di un sistema di governo della performance professionale?

Mattia Altini

*Specializzando al 4° anno
di Igiene e medicina preventiva
Università di Modena e Reggio Emilia,
per un anno presso il Dipartimento
di amministrazione dei servizi sanitari
Università di Montreal, Quebec Canada*

ERRATA CORRIGE

A causa di un disguido tecnico sull'Albo dell'Ordine edizione 2002 è stato erroneamente pubblicato un dato sbagliato a carico del Dott. Pier Francesco Galli.

Il dato corretto è il seguente:

“La data d’inserimento nell’elenco degli psicoterapeuti del dott. Pier Francesco Galli è il 09/031994”

Piano Sanitario Regionale 1999-2001

1. Gli indirizzi nazionali

- 1.1 Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000
- 1.2 Il decentramento delle autonomie e delle responsabilità
- 1.3 L'Aziendalizzazione
- 1.4 La intersectorialità degli interventi
- 1.5 La "nuova" programmazione strategica

2. Le politiche della Regione

- 2.1 I vincoli e le opportunità
- 2.2 I punti di riferimento
- 2.3 I livelli di governo e le relazioni con gli Enti locali
- 2.4 Il problema finanziario
- 2.5 Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001

3. Lo stato della Regione e le tendenze evolutive dei servizi sanitari

- 3.1 Programmazione sanitaria e programmazione territoriale
- 3.2 Caratteristiche demografiche e sociali
- 3.3 L'utilizzazione dei servizi sanitari
- 3.4 Le risorse strutturali
- 3.5 La spesa sanitaria: andamento e previsioni
- 3.6 L'impatto sul Sistema sanitario regionale
- 3.7 Le esigenze della programmazione sanitaria

4. Il Piano Sanitario Regionale 1999 - 2001

- 4.1 Le scelte strategiche
- 4.2 La programmazione negoziata

- 4.3 Gli obiettivi specifici
- 4.4 Lo stile delle scelte di programmazione
- 4.5 Gli oggetti
- 4.6 Le priorità

Parte Seconda

Verso un sistema regionale per la salute

5. La promozione della salute e la prevenzione delle malattie

- 5.1 I Piani per la salute
- 5.2 Il Dipartimento di prevenzione
- 5.3 Le aree di intervento prioritario
Alimentazione
Infortuni e malattie correlate con il lavoro

6. Le Reti Integrate dei Servizi

- 6.1 Le necessità di programmazione
- 6.2 La programmazione funzionale
- 6.3 Le Reti Integrate dei Servizi
- 6.4 Forme e significato delle Reti Integrate dei Servizi
- 6.5 I livelli di organizzazione
- 6.6 Le condizioni dell'autosufficienza degli ambiti territoriali
- 6.7 Aree di attività di livello regionale

7. L'Aziendalizzazione

- 7.1 Il governo del sistema regionale delle Aziende sanitarie
Il governo aziendale
Regione ed Aziende sanitarie
Aziende sanitarie ed Enti locali
La programmazione strategica
L'organizzazione delle Aziende sanitarie
La direzione strategica
Il governo clinico
Gli strumenti del governo clinico
Il governo finanziario

- 7.2 L'articolazione distrettuale delle Aziende sanitarie
Gli indirizzi nazionali
Le indicazioni regionali
Lo stato attuale e le scelte possibili

Il Distretto

Le relazioni con gli Enti locali
Il Dipartimento delle Cure Primarie

7.3 L'integrazione della medicina generale La situazione attuale

Aree di intervento e ambiti di responsabilità

7.4 Assistenza domiciliare integrata

Gli obiettivi
L'organizzazione
I criteri di eleggibilità dei pazienti

7.5 L'integrazione tra cure primarie e assistenza ospedaliera

Le cure primarie e l'assistenza ospedaliera
La dimissione protetta
L'assistenza specialistica ambulatoriale

7.6 L'accesso ai servizi

8. L'integrazione socio-sanitaria

8.1 Le indicazioni strategiche e le priorità

8.2 L'integrazione con la Rete dei servizi socio-assistenziali

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

8.4 I progetti speciali

Le demenze senili
Famiglie, infanzia ed età evolutiva
La salute dei cittadini stranieri immigrati
Le dipendenze patologiche
Le medicine non convenzionali

9. Il programma di modernizzazione del Sistema sanitario regionale

9.1 Le politiche per la qualità

Le esigenze di modernizzazione
Le politiche per la qualità dei servizi sanitari

L'assistenza farmaceutica e la realizzazione di una appropriata politica del farmaco
L'accreditamento e gli accordi contrattuali
Le Linee guida

La strategia organizzativa

Le relazioni con gli utilizzatori dei servizi e i cittadini

9.2 Lo sviluppo della infrastruttura regionale

Le esigenze
Le risorse umane
Il sistema universitario ed il SSR
L'area logistica regionale
La politica dell'informazione

9.3 Il fondo per la modernizzazione

Gli obiettivi
Le caratteristiche

9.4 I programmi per la qualità: aree di intervento prioritario

Area cardiologica
Area oncologica
Infezioni ospedaliere
Prevenzione delle antibiotico-resistenze
Trattamento della tubercolosi

9.5 I programmi speciali

Salute donna
Chirurgia di giorno
Le cure palliative e l'assistenza nella fase terminale della vita
Hospice
Il sistema regionale per l'assistenza ai traumi
Salute mentale

10. Disciplina del rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale

1. GLI INDIRIZZI NAZIONALI

1.1. Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 presenta tre caratteristiche fondamentali, fra di loro logicamente connesse e coerenti: a) riconferma i principi fonda-

mentali del Servizio Sanitario Nazionale, relativi all'universalismo delle garanzie e alla solidarietà nella contribuzione al finanziamento; b) privilegia il fine, la tutela della salute, rispetto ai mezzi, la produzione e la distribuzione dei servizi, indicando sia obiettivi di salute sia strategie di cambiamento nell'organizzazione e nel funzionamento del sistema dei servizi sanitari; c) persegue la costruzione di un sistema sanitario al tempo stesso nazionale, relativamente alla uniformità nelle garanzie di assistenza, e regionale, rispetto alla autonomia e alla responsabilità delle Regioni nella programmazione e nella organizzazione dei servizi.

In questo contesto, il PSN individua alcune indicazioni essenziali che riguardano:

- a) la definizione di obiettivi di salute e di modelli di organizzazione del sistema, piuttosto che di standard di servizi, in armonia con la piena regionalizzazione del SSN;
- b) il richiamo alla necessità di garantire la intersettorialità degli interventi a tutela della salute e a garanzia della integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, che rinvia all'applicazione del principio di sussidiarietà, sia orizzontale, a livello delle comunità locali, sia verticale, fra i diversi livelli istituzionali di governo;
- c) la definizione dei livelli essenziali di assistenza e la quantificazione del relativo fabbisogno finanziario attraverso una quota capitaria, come specificazione del sistema nazionale delle garanzie e delle risorse necessarie per farvi fronte, rispettivamente;
- d) la individuazione delle strategie per il cambiamento nella organizzazione dei servizi sanitari, basato su un sistema di Aziende sanitarie, territoriali e ospedaliere. Nel sistema delle Aziende, il PSN rafforza e sviluppa la funzione di governo della domanda e di commitment dei servizi su quella di produzione, coerentemente con un forte richia-

mo al mandato fondamentale, comune a tutte le Aziende sanitarie, di tutela della salute della popolazione.

Decentramento delle autonomie e delle responsabilità; regionalizzazione e aziendalizzazione del sistema ed intersettorialità dei programmi di intervento rappresentano i tre elementi essenziali del "nuovo" Sistema Sanitario Nazionale. Il modello operativo emergente prevede l'evoluzione da un sistema verticalmente integrato e ordinato gerarchicamente, secondo uno schema di comando e controllo centralizzato verso un sistema ad integrazione verticale debole, regolato principalmente attraverso accordi strategici poliennali fra soggetti diversi, che selezionano obiettivi di salute e individuano i servizi e le prestazioni.

1.2. Il decentramento delle autonomie e delle responsabilità

Il completamento del processo di regionalizzazione del governo della sanità attraverso la definizione delle funzioni delegate trasferite alle Regioni; le norme sul federalismo fiscale previste dalla relativa Legge delega assieme al nuovo ruolo dei Comuni contenute nella Legge 419/98 "Razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" evidenziano una forte accelerazione del processo di autonomia e di responsabilizzazione a livello regionale ed infraregionale, sia per gli aspetti finanziari che per quelli organizzativi. Particolarmente rilevante, anche per effetto della Legge regionale 153/98 "Riforma del sistema regionale e locale", la forte valorizzazione della funzione di indirizzo, verifica e controllo delle attività delle Aziende sanitarie attribuita agli Enti locali.

Il decentramento delle responsabilità amministrative sulla organizzazione dei servizi ha essenzialmente per oggetto l'autonoma determinazione delle Regioni della combinazione ottimale dei livelli di assistenza (ridefiniti dal PSN in assisten-

za sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro; assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) e dei relativi fattori, entro un modello generale di funzionamento del sistema definito per quanto riguarda le funzioni ed il ruolo dei principali soggetti.

Il decentramento fiscale implica invece la responsabilizzazione delle Regioni relativamente al finanziamento di tutte le funzioni trasferite, inclusa la sanità, attraverso la compartecipazione al gettito fiscale (con una limitata autonomia nella modulazione delle aliquote nazionali) anziché per la tradizionale via di trasferimenti statali vincolati.

Il quadro emergente è l'evoluzione del SSN verso un Sistema Sanitario Interregionale, la cui unitarietà rispetto al sistema nazionale delle garanzie è assicurata dall'omogeneità dei servizi offerti, dal livello di finanziamento "adeguato" e dal modello di funzionamento del sistema. Questi tre elementi, opportunamente individuati dal PSN 1998-2000 assumono pertanto il significato esplicito di "parametri di convergenza" dei sistemi sanitari regionali.

I servizi che devono essere uniformemente offerti dal SSN corrispondono ai livelli essenziali di assistenza, quali verranno specificati dal programma appositamente previsto dal PSN. I livelli di spesa attesi per produrre i servizi previsti dai livelli di assistenza (al netto del grado di efficienza operativa dei sistemi sanitari regionali) sono definiti dalla quota capitaria determinata dal PSN per ciascuno dei suoi anni di validità, ponderata in ragione delle caratteristiche sociodemografiche ed epidemiologiche della popolazione di ciascuna regione.

Il modello generale di funzionamento del SSN è quello di un sistema in cui la funzione di produzione dei servizi è programmaticamente subordinata alla funzione di committenza esercitata dalle Aziende Usl nei confronti di erogatori pubblici o privati, accreditati secondo i

medesimi, uniformi criteri, in esecuzione del mandato fondamentale della tutela della salute della popolazione.

1.3. L'Aziendalizzazione

Il PSN 1998-2000 e la Legge 419/98 riconfermano esplicitamente la scelta della "aziendalizzazione" come principio guida per la organizzazione e la gestione dei servizi sanitari.

La garanzia di un'attenzione perspicua alle preferenze e alle aspettative dei pazienti e dei cittadini destinatari dei servizi e l'obiettivo di realizzare un miglioramento continuo dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse e della qualità dell'assistenza rappresentano il fine ultimo per cui il mezzo "aziendalizzazione" della organizzazione della produzione dei servizi sanitari viene generalmente giustificato. Il contenuto del processo di aziendalizzazione è tuttavia talora ridotto all'adozione di procedure e meccanismi propri delle organizzazioni di mercato nella gestione dei servizi sanitari e alla introduzione di elementi pro-competitivi nella fornitura e nella remunerazione delle prestazioni sanitarie.

Per quanto entrambi questi elementi siano certamente importanti, essi sono comunque successivi ed in ogni caso strumentali al problema della definizione e della articolazione organizzativa a livello inter- ed intraaziendale del binomio autonomia/responsabilità, che rappresenta l'essenza dei principi della aziendalizzazione.

Caratteristica essenziale delle Aziende sanitarie è la funzione pubblica di tutela della salute e, sul piano operativo, l'orientamento al servizio, nel rispetto delle aspettative e delle preferenze dei pazienti e dei potenziali utilizzatori. Il servizio reso non si esaurisce nella produzione di una singola prestazione (ad esempio, un accertamento diagnostico o un intervento chirurgico), ma è costituito dall'insieme degli elementi di natura principalmente relazionale e comunicativa che

qualificano sia il processo di produzione che la fase di utilizzazione dei servizi sanitari. La integrazione delle singole prestazioni che concorrono a configurare il servizio reso rappresenta quindi una componente essenziale della attività delle Aziende sanitarie.

L'autonomia delle Aziende sanitarie si esprime sia relativamente alla organizzazione delle risorse a disposizione per il conseguimento dei risultati aziendali, sia rispetto alle competenze tecnico-professionali degli operatori che entrano nella produzione delle prestazioni.

Elemento prioritario per il completamento del processo di aziendalizzazione è quindi la definizione di un sistema di governo aziendale (corporate governance), relativamente sia ai risultati economico-finanziari sia a quelli

clinico-epidemiologici della attività delle Aziende sanitarie. Obiettivo di questo sistema è definire l'ambito delle autonomie e l'oggetto delle responsabilità nella organizzazione interna alle Aziende, nelle relazioni fra di loro, con la Regione e con gli Enti locali. Oggetto del sistema di governo aziendale è la verifica della coerenza delle strategie e dei risultati aziendali con le indicazioni programmatiche regionali, nonché la valutazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

L'articolazione intraaziendale delle autonomie e delle responsabilità comprende invece compiti e responsabilità dei componenti della direzione strategica e le relazioni fra la Direzione generale, le direzioni operative dei servizi e dei dipartimenti e le direzioni distrettuali.

1.4. La intersectorialità degli interventi

L'elemento più innovativo che emerge dalla lettura integrata del PSN e della Legge 419/98 è il forte richiamo alle esigenze di intersectorialità sia nella programmazione degli interventi per la salute sia nella organizzazione dei servizi sanitari. Tali esigenze si esprimono

(almeno) a tre livelli:

l'elaborazione di politiche per la salute con l'obiettivo esplicito di contrastare i suoi determinanti più ampi, che richiede programmi estesi ben oltre il campo di intervento dei servizi sanitari e pone quindi il problema del raccordo fra programmazione sanitaria e programmazione territoriale;

l'integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali, particolarmente per quanto riguarda gli interventi per i soggetti "deboli", che da un lato rinvia alla definizione di strumenti di raccordo fra le competenze del SSN e quelle proprie degli Enti locali, mentre dall'altro richiama i temi della sussidiarietà orizzontale, con la sempre più marcata e organizzata presenza di associazioni no-profit e del volontariato;

l'organizzazione del sistema dei servizi sanitari secondo reti integrate, che si fondano necessariamente sul principio della collaborazione fra i servizi e fra le Aziende sanitarie.

1.5. La "nuova" programmazione strategica

La necessità della collaborazione intersectoriale fra politiche sociali e politiche sanitarie e più in generale di un raccordo fra programmazione sanitaria e programmazione territoriale, associata alla generale tendenza alla devoluzione delle responsabilità organizzative e finanziarie verso i livelli più prossimi alla formazione della domanda ed alla utilizzazione dei servizi ripropone la necessità di un nuovo concetto di programmazione strategica. Oggetto specifico della nuova programmazione strategica è la composizione della pluralità dei soggetti, istituzionali e non, interessati alla salute e alla produzione di servizi sanitari. Compito principale è quindi definire i ruoli e connettere i luoghi della sussidiarietà verticale (i livelli di governo istituzionali, nazionale, regionale e locale) e di quella orizzontale (il raccordo fra i programmi di intervento

del servizio pubblico, del privato, del privato sociale e del volontariato).

La strategia già adottata per la elaborazione dei patti territoriali contiene gli elementi per una nuova logica di programmazione negoziata che trae lezione dalle esperienze del passato così come dalle trasformazioni in atto nel sistema istituzionale ed economico e si fonda sulla ricerca di una diffusa integrazione fra scelte pubbliche e meccanismi competitivi propri dei sistemi di mercato. L'elemento essenziale della programmazione strategica emergente è la sua natura negoziale e valutativa e, quindi anche intrinsecamente competitiva. La competizione fra soggetti e fra programmi si esprime tuttavia essenzialmente nel processo di selezione delle priorità e dei relativi programmi attuativi e nella verifica pubblica e comparativa dei risultati raggiunti ed è quindi più propriamente qualificabile come contestativa.

2. LE POLITICHE DELLA REGIONE

2.1. I vincoli e le opportunità

Coerentemente con i principi della regionalizzazione del SSN, il PSN 1998-2000 definisce le linee di indirizzo generale rispetto a obiettivi di salute, livelli di assistenza e modello del sistema, affidando alla programmazione regionale l'individuazione degli strumenti attuativi e la selezione delle priorità locali. La traduzione di questi indirizzi generali in indicazioni operative per i servizi sanitari della Regione Emilia-Romagna deve a sua volta tener conto delle scelte di politica regionale e delle peculiarità della regione rispetto alle caratteristiche della popolazione e allo stato dei servizi, nonché alle loro tendenze evolutive.

La programmazione sanitaria regionale deve quindi considerare, accanto alle indicazioni nazionali, rispetto a obiettivi di salute e strategie del cambiamento del

SSN e al nuovo sistema delle autonomie: le indicazioni nazionali, rispetto a obiettivi di salute e strategie del cambiamento e al nuovo sistema delle autonomie; le scelte politiche generali della Regione; le implicazioni sulla organizzazione del sistema dei servizi della distribuzione della popolazione regionale e delle sue tendenze evolutive, nonché delle aspettative e delle preferenze dei cittadini; lo stato dei servizi sanitari regionali e le loro tendenze evolutive; le esigenze proprie della programmazione sanitaria.

2.2. I punti di riferimento

a) Il Piano Territoriale Regionale (PTR) della Regione Emilia-Romagna nella sua parte generale ("La Regione Globale") conduce una accurata analisi delle caratteristiche del sistema sociale della regione e individua le scelte politiche che devono condurre alla elaborazione di strategie generali e di settore, secondo le linee della nuova programmazione regionale;

b) La Legge regionale 153/98 "Riforma del sistema regionale e locale" e lo stesso Piano Territoriale Regionale evidenziano una forte spinta alla valorizzazione del ruolo degli Enti locali, non solo nella funzione di verifica e controllo, ma anche in quella di indirizzo e di valutazione delle attività delle Aziende sanitarie;

c) Le direttive regionali di settore. I numerosi provvedimenti assunti nel corso degli ultimi anni hanno fornito indirizzi generali sul modello di funzionamento del SSR e su forme e modi delle relazioni fra le Aziende e fra queste e la Regione, nonché indicazioni specifiche sulla organizzazione dei servizi sanitari. Queste indicazioni si configurano spesso per impatto e proiezione temporale come anticipazioni "a stralcio" del Piano Sanitario Regionale, che hanno talora anticipato scelte strategiche del PSN.

I provvedimenti generali di indirizzo sul

modello di funzionamento del SSR contenuti nei Piani delle Aziende per gli anni 1997 e 1998 hanno definito contenuti operativi e modelli di relazione fra le Aziende e fra queste e la Regione basati su tre principi fondamentali:

- a) il finanziamento delle Aziende sanitarie territoriali in base al criterio della quota capitaria, ponderata per le caratteristiche socio-demografiche ed epidemiologiche della popolazione residente, nell'ambito della ripartizione del finanziamento complessivo per macrolivelli di assistenza, che definisce implicitamente gli obiettivi di spesa per livelli di assistenza;
- b) la remunerazione dei soggetti erogatori, pubblici e privati, secondo piani di attività elaborati dalle Aziende sanitarie territoriali in base al volume ed alla tipologia delle prestazioni necessarie per soddisfare le esigenze di tutela della salute della popolazione di riferimento, valorizzati economicamente secondo le indicazioni tariffarie stabilite dalla Regione;
- c) la concertazione fra la Regione e le Aziende sanitarie dei piani di attività e dei bilanci preventivi e la valutazione dei risultati aziendali.

Sul piano operativo, la Regione ha dato indicazioni rispetto a criteri e modalità per la elaborazione da parte delle Aziende sanitarie di Piani di Attività per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata dai presidi a gestione diretta, dalle Aziende ospedaliere e dalle strutture private accreditate. Gli indirizzi regionali specificano i criteri per la selezione delle priorità a livello regionale e locale e per la definizione ed il controllo degli accordi contrattuali con i soggetti erogatori, anche attraverso accordi sottoscritti a livello regionale con le Associazioni della ospedalità privata, relativamente alla assistenza ospedaliera, generale e di alta specialità.

Indicazioni puntuali per la organizzazione del sistema regionale dei servizi hanno

invece riguardato, fra l'altro: la rimodulazione della rete ospedaliera regionale e la conseguente riorganizzazione della funzione di assistenza ospedaliera, differenziando l'assistenza per acuti dalla degenza post-acuta e riabilitativa e sviluppando la sua integrazione con l'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare; l'organizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale e lo sviluppo della assistenza domiciliare integrata, in stretto collegamento con i medici di medicina generale, anche grazie agli innovativi accordi regionali in attuazione della Convenzione Unica Nazionale. A questi indirizzi sulla forma dell'assistenza e sulla funzione dei servizi si sono inoltre aggiunti interventi sulla loro struttura ed organizzazione interna come l'istituzione dei Dipartimenti ospedalieri e la riorganizzazione dei Dipartimenti di salute mentale. La recente approvazione della Legge Regionale sull'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, infine, definisce le condizioni per la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati nell'ambito della programmazione regionale, garantendo livelli uniformi di sicurezza e di qualità nella organizzazione e nella strutture delle unità operative del sistema.

2.3. I livelli di governo e le relazioni con gli Enti locali

Il sistema delle relazioni fra le Aziende sanitarie ed i livelli di governo istituzionali rappresentati dalla Regione e dagli Enti locali esprime le funzioni di programmazione, indirizzo, verifica e controllo sull'attività e sui risultati Aziendali. L'esercizio efficace di queste funzioni richiede la definizione esplicita del ruolo dei diversi livelli istituzionali e della forma delle relazioni fra le Aziende sanitarie e fra queste, la Regione e gli Enti locali e dei relativi strumenti operativi.

L'esperienza di questi anni, formalizzata anche in protocolli di intesa fra Regione

ed Enti locali, ha progressivamente costruito un sistema di relazioni che, completando ed innovando in molti punti quanto previsto dalla L.R. 19/1994 sulla organizzazione del SSR, ha garantito un esercizio relativamente soddisfacente della funzione di verifica e controllo sulla attività delle Aziende sanitarie. Le norme previste dalla recente L.R. 153/98 e le previsioni sulle nuove norme nazionali che saranno emanate in attuazione della Legge 419/98 rendono comunque più complesso e potenzialmente conflittuale l'esercizio di questa funzione. L'esistenza di soggetti istituzionali diversi, che a diverso livello e con diverse responsabilità, sono comunque titolari di una funzione di indirizzo, verifica e controllo sulla attività delle Aziende sanitarie comporta il rischio che queste funzioni si ridefiniscano per sottrazione nei confronti del ruolo attualmente svolto dalla Regione, anziché svilupparsi per espansione a comprendere campi di intervento ed attività finora trascurate, così come sarebbe richiesto anche dal forte richiamo alla intersettorialità degli interventi a tutela della salute.

L'aumento dei soggetti titolari della funzione di verifica e controllo rende inoltre prioritaria la definizione di un programma per la verifica dei risultati aziendali secondo indicatori quantitativi misurabili relativi ai risultati economici, di attività e, quando possibile, di risultato.

In assenza di un tale programma, non solo sarebbe ridotta l'efficacia della funzione di verifica sull'attività aziendale, da chiunque esercitata, ma potrebbero realizzarsi conflitti istituzionali determinati (o comunque giustificati) dalla diversità degli elementi di valutazione eventualmente assunti dai diversi soggetti istituzionali coinvolti, a diverso titolo e/o livello di responsabilità.

2.4. Il problema finanziario

La spesa per l'assistenza sanitaria rappresenta oltre l'80% del bilancio regio-

nale complessivo ed è quindi destinata a svolgere un ruolo centrale nel determinare la capacità della Regione di rispondere alle nuove funzioni di governo proprie di un sistema federale. In particolare, l'introduzione del federalismo fiscale prevista dalla relativa legge delega impone di completare rapidamente la strategia di risanamento finanziario attraverso la sua riorganizzazione strutturale ed operativa avviata nel 1996.

Attualmente, il SSR è attestato a livelli di spesa che comportano per il 1998 un disavanzo previsto di circa 450 miliardi, pari ad un eccesso di spesa rispetto alla quota capitolaria assegnata di lire 114.000 per ogni cittadino della regione.

Questo disavanzo è parte di un andamento in netta e progressiva riduzione negli ultimi tre anni, in assoluta controtendenza con quanto osservato in tutte le altre Regioni, che hanno invece visto aumentare, nello stesso periodo, i loro disavanzi.

Anche se la Regione ha dovuto far ricorso al proprio potere impositivo per far fronte ai mutui accesi per il ripiano dei disavanzi dei primi anni '90, il SSR sembra quindi aver sviluppato una adeguata capacità di controllo della sua spesa. Il definitivo consolidamento degli strumenti per il governo della spesa sanitaria rappresenta uno dei principali obiettivi del PSR 1999-2001, attraverso lo sviluppo del sistema di responsabilità interno alle Aziende e la progressiva adozione di strumenti di controllo esterno, incluse le procedure di certificazione dei bilanci aziendali.

La conclusione del processo di rientro finanziario richiede tuttavia il contemporaneo aumento delle entrate da trasferimenti statali, attraverso il rispetto degli impegni assunti dal Governo con il Documento di Programmazione Economico-Finanziaria 1998-2000 di adeguare le disponibilità finanziarie all'effettivo fabbisogno del SSN e la piena applicazione dei criteri di determi-

nazione della quota capitaria assegnata alla Regione Emilia-Romagna.

2.5. Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001

I provvedimenti già assunti rispetto al funzionamento del sistema dei servizi e le relazioni istituzionali realizzate in conseguenza della applicazione del principio della autonomia e della responsabilizzazione anche nei rapporti fra Regione, Aziende sanitarie ed Enti locali sono pienamente coerenti con le indicazioni del PSN e della Legge 419/98, che sono state spesso anticipate dalle scelte di politica sanitaria effettuate dalla Regione Emilia-Romagna. Il PSR 1999-2001 non riguarda quindi né l'organizzazione dei singoli servizi, che sarà affidata a indicazioni puntuali e specifiche, e neppure la riproposizione del modello generale di funzionamento del SSR, che è emerso compiutamente nel corso degli anni e si ritiene di dover semplicemente confermare.

Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 intende piuttosto inserirsi nell'ambito della "nuova" programmazione strategica, che appare pienamente coerente con le indicazioni politiche del PTR della Regione Emilia-Romagna e rappresenta una scelta comunque necessitata dalle caratteristiche dell'ordinamento proprio del SSN, che ha fortemente valorizzato la autonomia e la responsabilità aziendale e la collaborazione intersettoriale con gli Enti locali.

Le esigenze di programmazione alla base del PSR riguardano quindi essenzialmente le scelte di politica sanitaria rispetto alla natura ed alla intensità del sistema delle relazioni interne ed esterne alle Aziende sanitarie ed agli interventi per la modernizzazione del sistema dei servizi sanitari regionali (di cui peraltro anche il sistema di relazioni è parte integrante), piuttosto che la programmazione particolareggiata dei suoi specifici settori di attività. In particolare, oggetto

specifico del PSR sono:

- a) la definizione del sistema delle relazioni funzionali fra le Aziende sanitarie, autonome nelle loro opportunità organizzative della produzione e della distribuzione dei servizi sanitari, ma interdipendenti fra di loro e nei loro rapporti con gli Enti locali e con la Regione;
- b) la definizione compiuta del sistema di autonomia/responsabilizzazione aziendale, nella sua duplice componente clinico-assistenziale ed economico-finanziaria. La sua articolazione inter- ed intraaziendale rappresenta lo strumento per l'esercizio della autonomia nella elaborazione delle strategie per l'attuazione locale delle indicazioni regionali e, contemporaneamente, di responsabilizzazione esterna per la soddisfazione del mandato fondamentale di tutela della salute della popolazione comune a tutte le Aziende sanitarie;
- c) la indicazione degli obiettivi di innovazione e di modernizzazione del sistema relativamente ai servizi offerti, alle forme della produzione dei servizi ed alle modalità della loro offerta ai cittadini.

Il raggiungimento di questi obiettivi richiede anche la introduzione di elementi di competizione all'interno del SSR, che siano in grado di produrre gli incentivi idonei a sviluppare i necessari processi di modernizzazione e di innovazione tecnologica ed organizzativa.

A questo scopo, il PSR 1999-2001 adotta la programmazione negoziata, come strumento per la selezione competitiva delle priorità e dei programmi e per la valutazione contestativa dei relativi risultati; valorizza il significato competitivo interaziendale della mobilità sanitaria, evidenziandone le necessarie ricadute finanziarie sulle Aziende; istituisce un fondo per la modernizzazione del SSR, per stimolare le Aziende sanitarie a sviluppare soluzioni organizzative efficaci

per realizzare gli obiettivi di innovazione identificati dal PSR e trasferirle alle altre Aziende della regione.

3. Lo stato della Regione e le tendenze evolutive dei servizi sanitari

3.1. Programmazione sanitaria e programmazione territoriale

Programmazione sanitaria e programmazione territoriale sono strettamente interdipendenti e reciprocamente condizionanti, sia sul piano strettamente operativo che su quello strategico. Infatti la programmazione sanitaria è subordinata alla programmazione territoriale, in quanto condizionata dalla diffusione degli insediamenti abitativi e produttivi per quanto riguarda le scelte rispetto alla distribuzione geografica e al funzionamento dei servizi ma è anche contemporaneamente partner paritetico, o addirittura condizionante rispetto alle scelte di politica territoriale, al fine di garantire efficacia alle politiche ed ai programmi di intervento per la salute.

La rete dei servizi sanitari e sociali peraltro costituisce una base fondamentale dello sviluppo economico e della qualità della vita nella regione, in quanto i servizi sanitari rappresentano essi stessi una risorsa per la occupazione e fanno parte delle risorse di contesto che la programmazione territoriale deve considerare fra le opportunità produttive dei territori.

Contemporaneamente, la programmazione della distribuzione geografica dei servizi e, in larga misura, la scelta del modello della loro organizzazione interna sono condizionate dalle caratteristiche degli insediamenti abitativi, dall'andamento demografico, dal sistema dei trasporti, nonché dalle dimensioni e dalla qualità del sistema formativo universitario, che esercita effetti diretti ed indiretti sulla organizzazione delle unità produttive attraverso la numerosità e la qualità della offerta.

Queste considerazioni richiedono una sia pur breve analisi delle caratteristiche demografiche e sociali della Regione e delle sue implicazioni sulle tendenze evolutive dei servizi sanitari.

3.2. Caratteristiche demografiche e sociali

La popolazione dell'Emilia-Romagna presenta tre caratteristiche fondamentali che influenzano il livello ed il tipo di consumi sanitari: invecchiamento progressivo, solo parzialmente temperato da una ridotta ripresa della natalità; crescente presenza di popolazioni immigrate da diversi paesi extra-comunitari; elevati livelli di reddito e sofisticati modelli di consumo.

a) Riduzione e invecchiamento della popolazione

L'Emilia-Romagna è, dopo la Liguria, la regione italiana con la più elevata proporzione di anziani e di vecchi. Nel 1997, le proporzioni di residenti ultrasessantacinquenni e ultrasessantacinquenni erano pari rispettivamente al 21,6% e al 9,8% della popolazione, molto superiori a quella delle regioni Veneto e Lombardia, a cui la Regione Emilia-Romagna viene spesso impropriamente assimilata.

La popolazione della regione, in diminuzione fin dagli anni '80, ha registrato negli ultimi due anni una lieve ripresa, dovuta principalmente alla regolarizzazione degli stranieri immigrati, con un incremento nel 1996 di 12.000 residenti rispetto al 1995 e di circa 8.000 nel 1997. Il processo di invecchiamento, negli ultimi anni ha registrato un costante aumento. La proporzione di ultrasessantacinquenni è passata fra il 1994 ed il 1997 dal 20,8% al 21,6%, con un massimo del 25,9% nell'ambito territoriale della Azienda Usl Bologna città ed un minimo del 18,4% nella Azienda Usl di Rimini. Ancora più marcato è l'aumento della popolazione di età superiore a 75 anni, passata nello stesso periodo dallo 8,7% al 9,8%, con un valore massimo nella

Azienda Usl Bologna città (12,1%) e minimo nelle Aziende Usl di Rimini e di Cesena (7,9% e 8,1%, rispettivamente). La timida ripresa del tasso di natalità, che passa dal 7,1‰ del 1990 al 7,6‰ nel 1997, con punte massime a Reggio Emilia (8,6‰), Rimini (8,5‰) e Modena (8,4‰) non è stata quindi sufficiente ad invertire il trend demografico della regione, che continua a caratterizzarsi per un invecchiamento della popolazione che avviene sia per l'allungamento della aspettativa di vita (invecchiamento "dall'alto"), sia per la riduzione della numerosità delle classi di età più giovani (invecchiamento "dal basso").

L'evoluzione futura è verso una riduzione della popolazione, stimabile attorno al 1,0‰ per l'anno 2010 (pari a circa 4.000 unità), associata ad un suo ulteriore invecchiamento, con un aumento della proporzione di ultrasessantacinquenni, in cui assumerà un peso rilevante la popolazione di 80 anni e oltre. Le proiezioni di popolazione fanno prevedere che nel 2010 la proporzione di soggetti di età superiore a 65 anni raggiungerà il 24,7% della popolazione della regione (verso l'attuale 21,6%). Gli anziani con oltre 80 anni rappresenteranno il 33,3% della popolazione anziana (con età pari o superiore ai 65 anni) ed il 8,2% della popolazione complessiva, a fronte dell'attuale 5,5%.

Un elemento particolare di complessità per la programmazione regionale è dato dalla elevata variabilità osservata a livello provinciale e comunale nelle caratteristiche della popolazione residente. Mentre alcune aree condividono, talora in forma molto accentuata, le tendenze complessive regionali alla riduzione quantitativa e all'invecchiamento della popolazione (Piacenza, Bologna, Ferrara), altre sono in fase di espansione (Reggio Emilia, Modena, Rimini, Cesena) e presentano una più accentuata tendenza al ringiovanimento della struttura demografica, in conseguenza sia di una

ripresa della natalità sia di dinamiche migratorie più vivaci, che hanno neutralizzato efficacemente la componente naturale, negativa quasi in ogni comune della regione. L'instabilità della evoluzione demografica dei territori regionali è comunque evidenziata dalla ripresa della natalità segnalata negli ultimi anni nella area metropolitana di Bologna, che appare tuttavia ancora insufficiente ad invertire le tendenze del saldo naturale. L'impatto dei mutamenti delle dimensioni e della struttura della popolazione sui costi della assistenza sociale e di quella sanitaria rappresenta una delle principali incognite dei sistemi sanitari dei paesi ad economia sviluppata. L'assunzione che l'invecchiamento della popolazione comporti ineluttabilmente un aumento dei costi dell'assistenza è tuttavia ingiustificata per almeno due motivi. In primo luogo, l'aumento della proporzione di soggetti anziani in una popolazione non si accompagna necessariamente ad un aumento della frequenza e/o della durata e/o della gravità della disabilità dei suoi soggetti, che è determinata dagli stili di vita e dalle condizioni di vita e di lavoro degli individui e delle comunità. In secondo luogo, proiettare nel futuro il costo dei servizi attualmente resi agli anziani non tiene conto delle profonde trasformazioni in corso sulle modalità di assistenza alla popolazione anziana quanto a tipologia dei servizi e a forme di intervento.

La semplice trasposizione nel futuro degli attuali costi dell'assistenza erogata ad una popolazione anziana con gli attuali livelli di disabilità secondo forme e modelli organizzativi dei servizi destinati ad una rapida trasformazione tende quindi a sovrastimare il futuro fabbisogno finanziario. Questo si applica soprattutto ad una Regione come l'Emilia-Romagna che ha fortemente privilegiato le politiche di prevenzione e di promozione della autosufficienza nella popolazione anziana, gode di un robusto tessuto

sociale, ricco di associazioni di volontariato, ed è particolarmente impegnata nella diffusione di forme innovative di assistenza.

Per quanto riguarda invece la distribuzione delle risorse finanziarie regionali, la variabilità fra i diversi ambiti territoriali nella intensità del processo di riduzione e di invecchiamento della popolazione rafforza la necessità di mantenere il metodo della distribuzione del Fondo sanitario regionale alle Aziende territoriali secondo il criterio della popolazione ponderata. Le differenze nelle tendenze demografiche dei diversi ambiti territoriali richiedono un progressivo affinamento dei criteri di ponderazione, che ne aumentino la sensibilità alle differenze nella dimensione quantitativa e nella composizione qualitativa della popolazione per i diversi livelli di assistenza.

b) Immigrazione

La Regione Emilia-Romagna è stata negli ultimi anni oggetto di insediamento di una forte immigrazione, proveniente quasi esclusivamente da paesi al di fuori della Unione Europea.

In aggiunta agli immigrati che hanno ottenuto la residenza nella regione per effetto del Decreto 489/95, nel 1996 la Caritas stimava presenti nella regione oltre 82.000 immigrati, di cui 72.000 extracomunitari, per circa due terzi di sesso maschile. Le presenze più rilevanti sono segnalate nelle province di Bologna (22.415), Forlì (12.768), Reggio Emilia (11.867) e Modena (11.065).

Una forte immigrazione di provenienza extracomunitaria pone grandi problemi di accoglienza, di fornitura di servizi, d'integrazione sociale e di convivenza civile. La composizione di queste correnti migratorie sotto il profilo della provenienza, età, sesso, livello di qualificazione scolastica e lavorativa rappresenta sicuramente una delle variabili che condizioneranno maggiormente l'evoluzione dell'offerta di servizi sanitari. L'immigrazione è infatti portatrice di cul-

ture e bisogni non omogenei a quelli della popolazione residente, che comportano la necessità di diversificare i servizi offerti in rapporto alle diverse necessità, aspettative e preferenze dei diversi gruppi di popolazione presenti nella regione.

c) Il reddito e i consumi

Il livello e la struttura dei consumi delle famiglie emiliano-romagnole sono fra i più elevati ed evoluti del paese, e rivelano un diffuso benessere e una larga propensione all'acquisto di beni e servizi tipici delle economie più sviluppate.

La popolazione della regione Emilia-Romagna dispone di un reddito pro-capite superiore di circa il 25% rispetto alla media nazionale. Il PIL per abitante (a prezzi costanti 1995) è passato da circa 29 milioni nel 1980 (anno in cui era il più alto fra le Regioni italiane) a 36,7 milioni nel 1995 (in cui la Regione Emilia-Romagna era seconda dopo la Lombardia). Il reddito netto medio per abitante nel 1998 è stato stimato dal Rapporto Prometeia in 31,7 milioni (il secondo più alto a livello nazionale appena dopo la Liguria che presenta un reddito pro-capite di 31,8 milioni). Lo stesso rapporto segnala tuttavia una forte variabilità interprovinciale, che va da un reddito disponibile di 36,8 milioni pro-capite di Bologna ai 28,4 milioni di Ferrara.

Nel 1998 i consumi sono stimati in 27 milioni per abitante (al terzo posto dopo la Valle d'Aosta, con 31,1 milioni e il Trentino Alto Adige, con 29,7 milioni), ma anche in questo caso con un ampio range di variabilità, compreso fra i 32 milioni della provincia di Bologna ed i 23,5 milioni per abitante della provincia di Ferrara.

Questi livelli di consumo si ripercuotono anche sulla domanda di prestazioni sanitarie, e si esprimono in una più elevata richiesta di prestazioni ed in aspettative più sofisticate rispetto alla qualità del servizio, con un ovvio effetto sulla quan-

tità e sul tipo di consumi sanitari e quindi anche sulla spesa sanitaria complessiva.

d) Diffusione abitativa, in assenza di polarizzazioni specifiche.

Il territorio regionale è stato investito negli ultimi anni da un processo di diffusione abitativa al di fuori delle città capoluogo che ha prodotto una urbanizzazione diffusa, a bassa densità abitativa, senza evidenti poli di attrazione esclusivi.

Lo sviluppo di questo processo comporta costi elevati dei servizi che si associano a costi individuali crescenti, in termini monetari e non (tariffe e tempi di percorrenza effettiva). La dispersione della popolazione come ulteriore determinante dell'aumento dei costi nella produzione e nella distribuzione dei servizi avviene in concomitanza al diffondersi di una maggiore trasparenza rispetto ai risultati economici delle aziende pubbliche e alla accelerazione del processo di responsabilizzazione finanziaria nel confronto degli ambiti istituzionali in cui avviene la formazione della domanda.

3.3. L'utilizzazione dei servizi sanitari

Il consumo di servizi sanitari da parte della popolazione regionale è più elevato di quello osservato a livello nazionale e delle altre regioni con caratteristiche economiche simili a quelle dell'Emilia-Romagna, anche dopo aver eliminato le differenze nella composizione per età della popolazione, per tutti i principali servizi.

I dati disponibili dall'indagine ISTAT sullo stato di salute della popolazione e sulla utilizzazione dei servizi sanitari relativi al 1994 mostrano ad esempio, che a parità di caratteristiche demografiche, la frequenza con cui i cittadini della regione Emilia-Romagna accedono a visite specialistiche o sono ricoverati in ospedale è superiore del 28% e del 17% rispettivamente, alla media nazionale.

Complessivamente, si consumano ogni anno a livello regionale oltre 20 milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali e circa 1 milione di accessi ospedalieri, in regime ordinario o in day hospital.

L'andamento dei tassi di ricovero in ospedali per acuti ha tuttavia subito una netta flessione fra il 1996 ed il 1997, passando da 189,3 a 183,6 ricoveri per 1.000 abitanti, con una riduzione in valore assoluto oltre 18.000 ricoveri.

Nello stesso periodo è rimasta invariata la proporzione di ricoveri di cittadini emiliani in strutture ospedaliere extraregionali (che contribuisce al tasso complessivo di ricovero per circa 9 punti), così come la quota di ricoveri in strutture private accreditate (che contribuisce al tasso di ricovero complessivo per circa 28 punti per 1.000 residenti). Invariata rispetto al 1996 è anche la frequenza di accessi in day hospital (una forma di assistenza incentivata dalle politiche regionali rispetto alla degenza tradizionale) che ha contribuito nel 1997 per un ulteriore 53% al tasso di utilizzazione dell'ospedale.

La tendenza alla riduzione nella frequenza del ricorso alla assistenza ospedaliera è evidente in tutte le Aziende sanitarie, anche se le variazioni sono particolarmente significative nelle Aziende di Reggio Emilia (da 186,5 a 172,6%), Imola (da 211,5 a 201,6%), Ferrara (da 192,0 a 176,9%), Ravenna (da 188,3 a 179,1%) e Rimini (da 211,5 a 205,8%). Le forti politiche regionali di intervento sia per la riduzione dell'offerta ospedaliera e l'aumento di servizi alternativi domiciliari in strutture residenziali, sia per il contenimento della produzione, attraverso la definizione di piani di attività programmati fra Aziende territoriali ed erogatori pubblici e privati sembrano quindi aver iniziato a manifestare i loro effetti.

Questi effetti sono evidenti anche nell'analisi dei dati relativi al primo semestre 1998, in cui il tasso di ricovero ordinario

nelle sole strutture della Regione Emilia-Romagna presenta una ulteriore riduzione del 5%, passando dal 174,5‰ osservato nel 1997 al 165,3‰.

L'elevato livello medio di ricoveri ospedalieri complessivamente osservato non deve peraltro indurre a trascurare l'elevata variabilità fra aree geografiche della regione.

I tassi standardizzati di ricovero ordinario in ospedali per acuti presentano una variazione di oltre il 20%, passando dal valore massimo di 205,8‰ della popolazione residente della Azienda territoriale di Rimini ai valori di 175,7‰ osservati a Modena e di 179,1‰ a Ravenna.

Un ulteriore elemento di forte differenziazione fra ambiti territoriali è rappresentato dal ricorso alla assistenza in day hospital, fra lo 80,8‰ nella popolazione residente nell'area di Ferrara e valori attorno al 42‰ osservati a Bologna città, Imola e Bologna Sud.

Queste osservazioni rinviano a due ordini di problemi: 1) la dipendenza dei consumi dai livelli della offerta locale, chiamando quindi in causa la programmazione regionale e le sue azioni di riequilibrio territoriale; 2) l'integrazione fra servizi ospedalieri e forme alternative di assistenza territoriale e la appropriatezza clinica nella utilizzazione delle risorse disponibili, che rappresentano l'area in cui devono esprimersi la programmazione e la gestione locale e la competenza tecnica e professionale di tutti coloro che operano nel sistema sanitario regionale.

3.4. Le risorse strutturali

Gli elevati livelli di consumi ospedalieri non sono associati a una dotazione complessiva più elevata di strutture ospedaliere di numero di posti letto e di personale, rispetto a regioni che presentano livelli di utilizzazione inferiori. Gli alti livelli di consumo di assistenza ospedaliera nella nostra regione sono piuttosto associati alla elevata "capacità produttiva"

degli ospedali dell'Emilia-Romagna che alla loro dimensione quantitativa.

Questo elemento è evidenziato anche dall'analisi dell'andamento nel tempo della utilizzazione dei servizi ospedalieri in rapporto al numero di posti letto disponibili. Nell'arco dei 20 anni compresi fra il 1978 e il 1997, il numero totale dei ricoveri negli ospedali pubblici della regione è rimasto sostanzialmente invariato (aumentando di circa il +6,6%), mentre il numero dei posti letto si è ridotto a circa la metà, passando dai 32.898 esistenti nel 1978 ai 18.153 del 1997, con un tasso di posti letto per abitanti sceso da 8,3‰ a 4,6‰. I recenti provvedimenti di rimodulazione della rete ospedaliera prevedono per l'anno 2000 una ulteriore riduzione dei posti letto per acuti, che dovranno raggiungere una dotazione complessiva di 4‰, anche per effetto di una loro parziale riconversione nella nuova funzione di lungodegenza riabilitativa e post-acuzie.

Queste imponenti trasformazioni sono state rese possibili sia da modificazioni nei processi produttivi ospedalieri, sia dal contemporaneo sviluppo di una forte rete per l'assistenza territoriale.

Alla prima categoria appartengono: 1) la diffusione di forme di assistenza alternative alla degenza tradizionale, come la chirurgia di giorno, che nel 1996 rappresentava il 15% dell'attività chirurgica elettiva per le indicazioni più consolidate; 2) lo sviluppo di processi organizzativi che favoriscono la dimissione tempestiva dei pazienti ricoverati che, riducendo la durata media di degenza (passata da 12,8 giorni del 1978 a 7,7 giorni del 1997, con una riduzione del 39,8%), aumentano la intensità di utilizzazione dei posti letto disponibili, come dimostra l'aumento del 76,8% dell'indice di rotazione, passato da 21,1 pazienti per posto letto a 37,3 pazienti.

Alla seconda categoria appartiene invece la diffusione di una forte rete per la assistenza residenziale e semiresiden-

ziale (RSA, Case protette, Centri Diurni) orientata principalmente alla popolazione anziana, che ha raggiunto nel 1997 il 3,2% degli anziani ultrasessantacinquenni, e dovrà raggiungere il 4% nell'anno 2000. A questo si è aggiunto il più recente sviluppo della Assistenza domiciliare, che complessivamente nel 1997 ha riguardato circa l'1% della popolazione regionale, nelle sue diverse forme categoriali (assistenza ai pazienti oncologici terminali e ai pazienti con AIDS) o generali (Assistenza domiciliare integrata e Assistenza sociale).

La articolazione dei servizi territoriali, alla cui attività concorrono in sempre maggiore misura i medici di medicina generale, rappresenta uno dei tratti più distintivi del Sistema sanitario regionale, a fronte della difficoltà che la medicina del territorio continua ad incontrare in altre regioni.

Questa direzione di sviluppo ha anticipato le indicazioni del PSN per la diffusione dei servizi territoriali che possano fungere da valide alternative alle tradizionali forme di assistenza centrate sull'ospedale e risponde alle necessità derivanti dalle caratteristiche della popolazione della Regione di articolare l'offerta di servizi secondo livelli e forme di assistenza più adeguati a rispondere ad una domanda altamente differenziata ed esigente e di esercitare un attento controllo dei costi complessivi del sistema.

3.5. La spesa sanitaria: andamento e previsioni

Negli ultimi 10 anni, la spesa sanitaria regionale ha presentato un andamento in cui sono riconoscibili tre fasi nettamente distinte: una prima fase di crescita, relativa al quadriennio 1989-1992; una fase di controllo, fra il 1993 e il 1996; una terza fase, iniziata nel 1997, di contenimento della crescita a valori nettamente inferiori e in controtendenza rispetto a quello osservato a livello nazionale e

nelle altre Regioni dell'Italia centro-settentrionale.

Rispetto all'anno di riferimento 1992, la spesa corrente pro-capite 1997 è aumentata per l'Emilia-Romagna del 4,6%, contro un aumento medio nazionale del 10,5%. A livello regionale, la Lombardia ha presentato nello stesso periodo un aumento del 15,9%, il Veneto del 12,6%, la Liguria del 7,8%, la Toscana dell'11,6%.

Rispetto alla media nazionale, la spesa sanitaria dell'Emilia-Romagna è caratterizzata da una maggiore incidenza percentuale della spesa per beni e servizi e per personale dipendente rispetto alla media nazionale. Questi valori devono tuttavia essere considerati contestualmente alla spesa per l'assistenza in strutture di ricovero accreditate (Case di cura private, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, etc.), di gran lunga inferiore nella Regione Emilia-Romagna rispetto alla media nazionale. Queste voci di spesa sono infatti fra di loro complementari e riflettono principalmente la proporzione della spesa sostenuta direttamente da strutture del SSN o da altre strutture.

Il confronto della spesa sanitaria pro-capite per beni e servizi, personale e assistenza farmaceutica convenzionata osservata nel periodo 1994-97 in Emilia-Romagna rispetto a Lombardia e Veneto, due Regioni con una diversa struttura demografica, ma relativamente omogenee per caratteristiche sociali e dotazione di servizi, che rappresentano quindi un termine di riferimento più valido dei valori nazionali, dimostra un incremento percentuale nella nostra Regione sensibilmente inferiore per tutte e tre le voci di spesa. Mentre l'Emilia-Romagna presenta un aumento del 3,6% della spesa per beni e servizi, del 15,4% per il personale e del 4,2% per la farmaceutica, i tassi di incremento complessivo sono pari a 11,4%, 20,5% e 14% per la Lombardia e a 8,5%, 21% e 15,7% per il Veneto.

La composizione della spesa per macrolivelli di assistenza evidenzia una struttura in cui la componente imputabile alla assistenza ospedaliera in regime di degenza è stimabile attorno al 49%. Questa quota è in ulteriore riduzione per favorire lo sviluppo di forme e livelli di assistenza alternativi alla degenza, che rappresenta una delle principali priorità del PSN.

L'alta diffusione dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani ha raggiunto nel 1997 una dotazione di oltre 3,2 posti per 100 anziani ultrasettantacinquenni. Molti ambiti territoriali sono prossimi a raggiungere nel 1998 l'obiettivo previsto per l'anno 2000 di un'offerta di 4 posti residenziali e semiresidenziali per 100 abitanti di età superiore a 75 anni.

L'espansione di questi servizi ha avuto ovvie ripercussioni sulla spesa sociale a rilevanza sanitaria a carico del Fondo Sanitario Regionale, che nel 1997 ha superato i 400 miliardi, pari ad oltre il 5% della spesa sanitaria complessiva.

Per effetto di queste trasformazioni, il Sistema sanitario regionale è attestato a livelli di spesa che comporteranno un disavanzo rispetto alle entrate ordinarie stimabile per il 1998 in 450 miliardi, pari ad un eccesso di spesa rispetto alla quota capitaria assegnata di 114.000 lire pro-capite. La imminente, seppur progressiva, introduzione del federalismo fiscale, che sostituisce alla attuale forma di finanziamento del SSR basata su trasferimenti centrali a destinazione vincolata la compartecipazione regionale al gettito di alcune imposte nazionali per soddisfare i fabbisogni complessivi delle funzioni esercitate dalle Regioni, impone di completare rapidamente la strategia di risanamento finanziario del SSR attraverso la sua riorganizzazione strutturale avviata negli ultimi anni. L'efficacia di questa strategia richiede tuttavia che sia data piena attuazione agli impegni assunti dal Governo per un adeguamento delle disponibilità finanziarie comples-

sive all'effettivo fabbisogno del SSN e una corretta applicazione dei criteri per il loro riparto fra le Regioni.

La strategia attuata in questi anni appare l'unica che permetta di realizzare contemporaneamente le esigenze di controllo della spesa, per soddisfare gli obblighi di responsabilizzazione finanziaria imposti dal nuovo sistema istituzionale, e di modernizzazione del sistema, per rispondere adeguatamente alle aspettative di un sistema sociale sempre più differenziato nelle preferenze e sofisticato nei consumi. Le caratteristiche del SSR e le caratteristiche demografiche e sociali della regione non si limitano infatti a determinare alti livelli di spesa sanitaria, ma comportano anche esigenze di trasformazione e di innovazione per rispondere alle elevate aspettative della popolazione, che comprendono anche la domanda di nuovi servizi e di forme di assistenza alternative a quelle tradizionali. Di qui la validità di una politica sanitaria che non si è limitata semplicemente al contenimento dei costi, ma ha affrontato anche il rischio di combinare il rigore finanziario, comunque dovuto, con un profondo processo di modernizzazione del sistema sanitario, in ogni caso necessario.

3.6. L'impatto sul sistema sanitario regionale

Il quadro emergente dall'analisi delle caratteristiche e delle tendenze evolutive della popolazione regionale evidenzia una crescita quantitativa delle condizioni di bisogno sanitario e sociale, associata ad una forte differenziazione della qualità nella domanda di servizi legate essenzialmente a:

- crescente proporzione di popolazione anziana;
- presenza di nuovi gruppi di popolazione immigrata, prevalentemente in età giovane, che presentano necessità assistenziali peculiari, derivanti da stili di vita

e attitudini culturali non omogenee a quelle tradizionali della popolazione ospite;

- sofisticazione delle preferenze e delle aspettative dei cittadini nei confronti dei servizi sanitari, derivante dalla evoluzione del livello e della qualità dei consumi. Questi aspetti mettono in tensione la capacità di fornire servizi adeguati a costi sostenibili, che devono essere contemporaneamente:

- sempre più articolati e differenziati, per soddisfare le esigenze derivanti dalla diversificazione delle necessità e delle aspettative della popolazione;

- diffusi sul territorio, per far fronte alla dispersione abitativa;

- potenzialmente autosufficienti per i diversi ambiti territoriali, per soddisfare le aspettative sempre più esigenti e sofisticate dei cittadini ed ovviare ai costi individuali legati alla mobilità;

- comportare costi sostenibili per le comunità di riferimento, a livello regionale e locale, alle quali il processo di responsabilizzazione finanziaria che accompagna il progressivo trasferimento di competenze verso livelli più prossimi alla popolazione servita riferisce sempre più specificamente le spese.

L'aumento quantitativo e la differenziazione qualitativa della domanda rendono impossibile approntare risposte adeguate aumentando semplicemente il volume dell'offerta, oppure perseguendo soltanto l'innovazione di processo e la standardizzazione di prodotto, per ricercare una maggiore efficienza operativa dei servizi.

Produrre una maggiore quantità delle stesse cose nelle stesse forme non è una risposta adeguata e neppure sufficiente al livello dei problemi da affrontare. È necessario invece elaborare risposte innovative sul piano della distribuzione dell'offerta e della organizzazione delle forme di produzione dei servizi, che tengano conto anche delle esigenze proprie della "nuova" programmazione sanitaria.

3.7. Le esigenze della programmazione sanitaria

Le esigenze tecniche della programmazione e della organizzazione dei servizi possono essere largamente riconducibili a due temi generali:

- 1) il problema della distribuzione dei servizi, a fronte delle opposte esigenze di garantire accessibilità tempestiva ad un ventaglio di opportunità assistenziali sufficientemente ampio da soddisfare le aspettative e le preferenze dei destinatari e di concentrare interventi tecnicamente sempre più complessi in poche strutture, che garantiscano elevati livelli di qualità a costi contenuti;

- 2) come realizzare, fin dalla fase di programmazione, le condizioni dell'appropriatezza nella produzione e nella utilizzazione dei servizi sanitari.

Le tendenze della programmazione sanitaria a fronte della disponibilità di risposte tecnicamente sempre più complesse a una domanda progressivamente più divaricata sono orientate verso la concentrazione della produzione dei servizi per ricercare da un lato economie di scala e, soprattutto, di scopo alle unità produttive e dall'altro le competenze professionali ed i requisiti organizzativi necessari per garantire qualità a prestazioni sempre più tecnicamente sofisticate e complesse.

Le evidenze sul rapporto fra volumi di attività, costi e qualità tecnica dei servizi ormai acquisite per numerosi interventi sanitari suggeriscono di concentrare talune funzioni complesse in unità operative che garantiscano un volume di attività sufficiente a realizzare gli assetti organizzativi e i servizi collaterali e di supporto indispensabili e permettano a ciascun operatore di acquisire e mantenere le competenze e le capacità necessarie.

Esistono tuttavia altrettanto valide ragioni programatorie ed organizzative a

favore della massima diffusione possibile dei punti di erogazione dei servizi, per garantire loro accessibilità, tempestività e flessibilità rispetto alle esigenze e alle preferenze locali e per favorire la partecipazione attiva dei pazienti e dei cittadini. Vi sono infatti sufficienti evidenze per sostenere un decadimento della accessibilità dei servizi in funzione della loro distanza dai potenziali destinatari. Questo vale soprattutto per quanto riguarda i servizi con finalità preventive, ma anche per forme di assistenza alternative alla degenza tradizionale, come il day hospital o la chirurgia di giorno, che richiedono una maggiore partecipazione attiva dei pazienti e delle loro famiglie al processo assistenziale.

La necessità di soddisfare contemporaneamente le opposte esigenze di prevenire i rischi di decadimento della qualità e di aumento dei costi di gestione dei servizi inseguendo la diffusione territoriale della popolazione e di aumentare e diversificare l'offerta per far fronte alla crescita quantitativa e alla divaricazione qualitativa della domanda rappresenta il primo e principale problema della programmazione strategica del SSR.

Il secondo problema riguarda la necessità che le condizioni della appropriatezza della utilizzazione dei servizi non siano confinate al momento della gestione, ma vengano esplicitamente considerate sin dalla fase di programmazione strategica.

Appropriatezza e necessità dei servizi in rapporto alle caratteristiche cliniche e assistenziali dei pazienti sono i due elementi che qualificano il carattere essenziale dei livelli di assistenza indicati dal PSN, che definiscono le garanzie del SSN e devono quindi essere omogenei in tutto il territorio nazionale. La combinazione di questi criteri introduce due vincoli alla programmazione, che deve essere attenta sia alla distribuzione quantitativa della offerta, sia alla appropriatezza della produzione e della utiliz-

zazione dei servizi. Questa esigenza di qualificazione delle garanzie offerte dal SSN è particolarmente avvertita nella Regione Emilia-Romagna, che presenta livelli particolarmente elevati di consumi sanitari, ed è quindi particolarmente esposta al rischio di un uso inappropriato dei servizi sanitari.

L'appropriatezza clinica si esprime compiutamente a livello delle scelte individuali del singolo clinico a fronte di uno specifico problema assistenziale, ed è usualmente riferita alle sue competenze professionali. Le competenze professionali si esprimono tuttavia sempre in rapporto alle opportunità e alle risorse disponibili da un lato, e alle aspettative e alla preferenze degli utilizzatori dall'altro. La diffusione delle forme più efficaci di assistenza sanitaria, sia in assoluto sia in relazione ai loro costi di produzione, così come previsto dal PSN e, più in generale, l'appropriatezza nella utilizzazione dei servizi sanitari hanno quindi i loro principali determinanti nei principi e nei criteri della programmazione della dotazione strutturale e di organizzazione funzionale del sistema dei servizi, incluso il sistema di remunerazione dei produttori, da cui le pratiche professionali traggono i loro incentivi impliciti ed espliciti e le condizioni ottimali di espressione.

Programmazione della distribuzione dei servizi, selezione prioritaria delle prestazioni e dei servizi efficaci ed appropriati in relazione alle necessità dei pazienti, informazione e partecipazione dei cittadini alle scelte di priorità del SSR, arricchimento delle competenze professionali degli operatori rappresentano obiettivi strettamente interdipendenti e condizioni necessarie per la efficacia della "nuova" programmazione sanitaria.

segue nel prossimo numero

CASSAZIONE

Psicoterapia da medici e psicologi

→ Consulenze psicologiche vietate ai pranoterapeuti, che possono imporre le mani sui pazienti ma non possono curarne l'anima formulando domande e prescrivendo terapie e cure per la soluzione di problemi di tipo psicologico. Lo ha stabilito la sesta sezione penale della Corte di cassazione (sentenza 17702/04, depositata il 16/4/2004) che ha confermato la sentenza di condanna

emessa dalla Corte di appello di Milano. Scrive la Suprema corte: dalla sentenza d'appello emerge con chiarezza che le clienti si recavano dal pranoterapeuta per curare e risolvere le patologie che le affliggevano. Ora "terapie e prognosi costituiscono atti tipici della professione medica".

E questi, per legge, possono essere compiuti anche dagli psicologi, ma l'esercizio dell'attività psicoterapeutica è subordinato a una formazione professionale specifica "da acquisirsi dopo il conseguimento della laurea in psicologia o in medicina e chirurgia" attraverso corsi di specializzazione.

Gli atti che puntando alla guarigione di vere e proprie malattie rientrano nella professione medica e non possono dunque essere praticati da chi medico non è.

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

Seminario di aggiornamento in Reumatologia

PROGRAMMA

- **Giovedì 8 Luglio**
Farmaci antireumatici e massa ossea
Prof. O. Di Munno, Pisa
- **Giovedì 16 Settembre**
**Terapia anti-TNF alfa nell'artrite
rumatoide: dai trias alla pratica clinica**
Prof. C. Montecucco, Pavia
- **Giovedì 7 Ottobre**
**Terapie biologiche delle malattie reu-
matiche: gli effetti collaterali**
G. Valesini, Roma
- **Giovedì 28 Ottobre**
**La risonanza magnetica articolare nella
diagnosi e nel follow-up dell'artrite**
Dott. M.A. Cimmino, Genova
- **Giovedì 11 Novembre**
Approccio diagnostico alle connettiviti
Dott. P. Baiocchi, Reggio Emilia
- **Giovedì 18 Novembre**
**Il ruolo della imaging nelle Spondi-
loartriti sieronegative**
L. Barozzi, Bologna

CONVEGNO NAZIONALE

La lussazione nell'impianto protesico d'anca

Informazioni Generali:

Sede degli eventi:

Auletta "D. Campanacci"
Pad. 22, Policlinico S. Orsola Malpighi
Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna

Segreteria scientifica

N. Malavolta

Dipartimento di Medicina Interna e del-
l'invecchiamento Azienda Ospedaliera
S. Orsola-Malpighi
U.O. Medicina Interna
Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna
Tel. 051 6363533 051 6364627
e.mail: malavolt@med.unibo.it

R. Meliconi

Istituto Ortopedico Rizzoli
Via Pupilli, 1 - Bologna
Tel. 051 6366803
e.mail: riccardo.meliconi@unibo.it

Segreteria Organizzativa

I & C Srl

Via Andrea Costa, 2 - 40134 Bologna
Tel. 051 6144004 - Fax 051 6142772
e.mail: posta@iec-srl.it

ECM

È stata inoltrata al Ministero della
Salute la domanda di accredita-
mento E.C.M.

- Con il patrocinio di:
- Ministero della Salute
 - Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna
 - Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri delle Province di Bologna e di Ravenna
 - Comune di Bentivoglio
 - Comune di Lugo di Romagna

*I*pertensioni *a*rteriose *e*ndocrine

→ Con questo volume monotematico l'Autore illustra, con la Sua ben nota precisione e lucidità scientifica, l'argomento della ipertensione arteriosa endocrino indotta.

I temi sono trattati alla luce delle più recenti acquisizioni in medicina, rendendo attuale e stimolante quella patologia ipertensiva che è di frequente riscontro ma di difficile inquadramento.

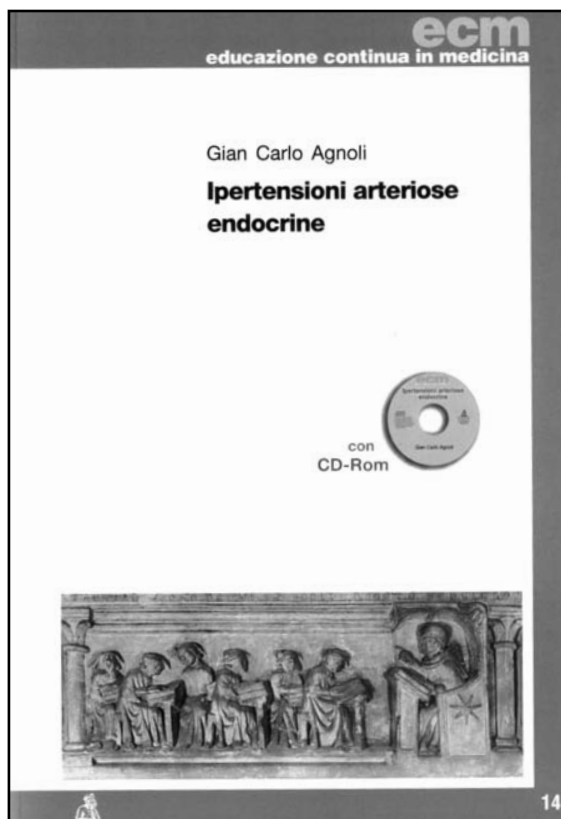
Le patologie vengono affrontate nei vari ambiti eziopatogenetici e stimolando l'interesse per ciascun Medico nel proprio ambito di attività specialistico o di comune pratica clinica.

In particolare si apprezzano il rigore metodologico e la forza espositiva che, in ogni pagina, sviluppano esaurientemente la tematica.

È notevole il completamento informatico interattivo (peraltro già presente nelle precedenti pubblicazioni CLUEB, della cui collana questo è il volume più recente), che attualizza la formazione medica con strumenti moderni e di valore continuo.

Una pubblicazione di valore superiore: finalmente un buon esempio di sapere scientifico!

Dott. Paolo Cernuschi



ISTITUTO DI TANATOLOGIA E
MEDICINA PSICOLOGICA
I.A.T.S.
INTERNATIONAL ASSOCIATION
OF THANATOLOGY AND SUICIDOLOGY

*Associazione Internazionale di Tanatologia
e Suicidologia*

(Presidente Prof. Francesco Campione)
con il patrocinio di

ORDINE DEI MEDICI DI BOLOGNA E PROVINCIA
(Presidente Dott. Nicoletta Longo)

e

FONDAZIONE HOSPICE M.T. CHIANTORE
SERAGNOLI

(Direttore Sanitario Dott. Danila Valenti)

**organizza il corso di formazione per
medici di medicina generale dal titolo:**

Morire e rivivere:

→ **(per promuovere una buona morte,
prevenire le cattive morti ed aiutare le
famiglie in lutto)**

Tre incontri in sequenza di una giornata
ciascuno nei mesi di **Settembre,
Ottobre e Dicembre 2004**

23 SETTEMBRE 2004

- **SCELTE CLINICHE, SCELTE ETICHE
E BUONA MORTE**
- La buona morte oggi: evoluzione storica
e analisi delle principali concezioni.
- Il ruolo del medico di famiglia nel promuovere
una “buona morte”.
- Gli strumenti: competenze empatiche,

competenze comunicative, competenze
umane.

– La collaborazione fra il medico di famiglia
e gli altri ruoli tanatologici (specialisti,
assistenti sociali, psicologi, psichiatri,
volontari.etc.).

14 OTTOBRE 2004

- **SCELTE CLINICHE, SCELTE ETICHE
E CATTIVA MORTE**
- Il suicidio: prevenzione e postvenzione.
- L'eutanasia: una proposta contro gli
opposti estremismi.
- L'accanimento e l'abbandono terapeutico:
il ruolo del medico di famiglia.

2 DICEMBRE 2004

- **SCELTE CLINICHE, SCELTE ETICHE
E LUTTO**
- Fenomenologia del rivivere dopo la
malattia grave e la morte: dalla riabilitazione
al lutto.
- Il lutto: fasi e teorie.
- Lutto e crisi familiari: la funzione del
medico di famiglia e la collaborazione con
le altre figure assistenziali (psichiatra,
psicologo, assistenti sociali, etc.)

Numero massimo di partecipanti: 100

Sede: Dipartimento di Psicologia
Via Berti Pichat, 5 - 40127 Bologna
Orario: 14.00/18.00

Metodologia didattica: 50% lezioni frontali,
50% attività interattive (discussione dei casi)

**Accreditamento ECM (n° crediti in via
di definizione)**

Per informazioni ed iscrizioni rivolgersi a:
I.A.T.S. (Associazione Internazionale di
Tanatologia e Suicidologia)
Via S. Stefano, 57 - 40125 Bologna
Tel. 051 233295
e-mail: clinicacrisi@libero.it

Gli attuali adempimenti dello studio odontoiatrico

→ PRIMO ANNUNCIO

SABATO 27 NOVEMBRE 2004

ORE 8,30-13,30

SALA DELLA CAPPELLA FARSENE

PALAZZO D'ACCURSIO - BOLOGNA

- Introduzione al Convegno: Dott. Alessandro Nobili - Presidente Commissione Albo Odontoiatri OMCeO di Bologna
- I documenti dello Studio odontoiatrico: Dott. Mauro Venturi - Membro CAO Bologna
- Pubblicità Sanitaria: cosa è lecito e cosa non è lecito: Avv. Silvia Stefanelli - Consulente legale OMCeO Bologna

- Gli Odontoiatri e la legge 626 sulla protezione dei luoghi di lavoro: Prof. Violante - Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Bologna
- La decontaminazione dello Studio Odontoiatrico: Dott. Giuseppe Poda - ARPA Bologna
- *Break*
- Le applicazioni della legge 675 sulla tutela della Privacy in ambito odontoiatrico: Rappresentante dell'Ufficio del Garante della Privacy
- Le "nuove" autorizzazioni regionali per gli Studi Odontoiatrici: Dott. Fausto Francia
- Responsabile Dipartimento Igiene e Sanità Pubblica di Bologna
- Tavola Rotonda
- Chiusura del Convegno

Con il patrocinio di:

**COMUNE DI BOLOGNA
PROVINCIA DI BOLOGNA
REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Crediti ECM richiesti

La partecipazione al Convegno è gratuita

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 555900 (LMMGV), 3358114518 (SD)

L'AMMI e la sua immagine

→ Nel variegato panorama dell'associazionismo culturale e sociale l'AMMI certamente si configura come gruppo tipico per la molteplicità dei suoi obiettivi e per la particolarità delle sue componenti. L'essere mogli di medici è infatti il presupposto che caratterizza immediatamente le appartenenti a questo gruppo.

La comprensione, la solidarietà verso il prossimo più vicino (associazione di categoria) unita alla consapevolezza di poter svolgere un ruolo attivo nella Società (Prevenzione e corretta Informazione Sanitaria) sono gli ideali fondamentali che accomunano le circa seimila iscritte dell'Associazione, sorta nel Maggio del '70 a Mantova per iniziativa di una donna coraggiosa ed intraprendente, la Dott. Wanda Capobianco, il cui obiettivo era di proteggere tutte quelle mogli che, come lei, avevano dedicato la propria vita al marito, svolgendo con passione il ruolo di compagna nella vita e spesso, nella professione.

I molteplici compiti sociali dell'AMMI

Promuovere lo studio della situazione delle donne e delle mogli dei medici nei confronti della società e del lavoro, nella dimensione italiana ed europea. Promuovere costanti miglioramenti e la partecipazione consapevole della donna al mondo sociale, con particolare riguardo ai problemi derivanti dal duplice ruolo di donna ed anche, spesso, collaboratrice di studio medico, attraverso corsi di aggiornamento e di qualificazione, conferenze e mani-

festazioni culturali in genere.

Assumere, in collaborazione con i medici iniziative nei campi dell'educazione e della prevenzione sanitaria della popolazione.

Un impegno particolare è rivolta dall'AMMI ai grandi problemi sociali ed ai Temi della PREVENZIONE quali: DROGA, ALCOLISMO, AIDS, FUMO, incidenti domestici, protezione civile, assistenza anziani, problemi giovanili, violenza alle donne ed ai minori.

Com'è articolata la sua attività

Dal nucleo iniziale costituitosi a Mantova l'Associazione si è estesa a tutto il territorio nazionale ed è presente in circa ottanta province Italiane suddivise tra SUD, CENTRO, NORD e ISOLE.

L'attività dell'AMMI si svolge per mezzo di COMMISSIONI o gruppi di studio che seguono le linee associative dettate dal Congresso Triennale elettivo. Altre occasioni di utile scambio tra le Sezioni sono offerte dagli incontri interregionali ai quali partecipano le numerose delegate delle varie province, le Fiduciarie di zona e le Componenti, il Direttivo Nazionale, nonché dall'Assemblea annuale, (momento importante per la presentazione del tema Nazionale che verrà elaborato dalle Sezioni in modo vario e diversificato) e da un Seminario Nazionale annuale, su argomenti di importantissimo interesse.

Per la diffusione dei suoi programmi a livello Nazionale e locale l'AMMI utilizza i vari canali d'informazione, compresa la stampa medica e pubblica, il notiziario associativo "Il Giornale dell'AMMI" a cura dell'Esecutivo Nazionale.

Per informazioni ed iscrizioni rivolgersi alla Presidente di Sezione
Sig.ra NILDE BERNARDI BARBIERI
Tel. 051.39.21.53
o alla Tesoriera
Sig.ra PAOLA AMATETTI PAOLUCCI
Tel. 051.47.28.73

DAL XLI CONGRESSO NAZIONALE
FEDER.S.P.EV.
CHIANCIANO, MAGGIO 2004

Problematiche ONAOSI

(Intervento sulla Relazione Paci)

→ Si dà atto che la contribuzione ONAOSI dovuta da parte dei Sanitari (anche pensionati) è un atto di solidarietà non disgiunto da un adeguato ritorno verso chi provvede alla contribuzione.

Da questo enunciato discende il paradosso che l'Istituto di Perugia, dedicato istituzionalmente agli orfani dei sanitari, non può venire incontro a chi è nell'impossibilità di definirsi orfano. Da ciò l'urgenza che le finalità dell'ONAOSI debbano allargarsi per statuto oltre che agli orfani anche ai sanitari (pensionati compresi) che si trovino in condizioni di bisogno. I sanitari infatti, iscritti all'Ordine, sono chiamati (per legge) a partecipare alla contribuzione ONAOSI.

L'iniziativa poi, della Casa di Riposo a Montebello di Perugia, quantunque voluta in via sperimentale dalla Dirigenza ONAOSI, non corrisponde neppure ai bisogni dei sanitari dell'area perugina dal momento che oggi si tende a privilegiare l'ospedale domiciliare (cioè assistenza in senso lato a domicilio): questo tipo di assistenza, tendenzialmente meno costoso, è assolutamente molto più efficace ancorché più gradito.

Si chiede che l'Ente, a complemento o in

alternativa alla Casa di Riposo, allarghi l'intervento ai sanitari in difficoltà, ovunque siano, mettendo a disposizione sostanziali contributi anche attraverso il Fondo di Solidarietà della FEDER.S.P.EV. (Federaz. Naz. Sanitari Pensionati e Vedove) che già sostiene questa lodevole iniziativa con ridotte risorse.

I fondi dovrebbero essere disponibili anche in base ad elementari considerazioni che si vengono ad esporre. Il primo dato è che da alcuni anni la base contributiva a favore dell'ONAOSI è stata estesa a tutta la classe sanitaria iscritta agli Ordini, portando a triplicare il numero dei contribuenti.

Il secondo dato, che nessuno cita, è che al momento della fondazione dell'ONAOSI (oltre 100 anni fa) la famiglia (compresa quella dei sanitari) aveva una natalità pari a 4-5 figli per famiglia. Oggi c'è in media poco più di un figlio per famiglia. Dunque 1 orfano ipotetico oggi, contro 4-5 in passato. Ma c'è di più: ci vantiamo tanto, come sanitari, di aver contribuito ad aumentare grandemente la speranza di vita. Il che vuol dire, banalmente, che col tempo si è grandemente ridotto il rischio della premorienza e quindi della presenza di orfani.

Dagli archivi dell'ONAOSI dovrebbe risultare, proporzionalmente al numero dei sanitari iscritti, una sensibile riduzione di orfani assistiti. Il presidente Paci (presidente ONAOSI) farebbe cosa molto apprezzata se, rendendo noto questo andamento nel volgere dei decenni, ne traesse incoraggianti conclusioni. Col che vorremmo molto ringraziarlo anche per le aperture già dimostrateci nel suo intervento al nostro Congresso Nazionale.

Maturità e vecchiaia

“Gruppi di ascolto”

→ Facendo seguito alla positiva esperienza relativa al ciclo di seminari sul tema “Invecchiamento e Vecchiaia - Verso un intervento integrato” l’Associazione “Tra Arte e psicoanalisi” ha ritenuto di promuovere un nuovo ciclo di incontri su “Maturità e Vecchiaia - Gruppi di ascolto”.

L’obiettivo è quello di stimolare un confronto tra i partecipanti (persone mature o in età avanzata e medici, psicologi, operatori del settore). Il percorso, che si snoderà per tematiche specifiche quali, ad esempio, la memoria, il sonno, la qualità della vita, il farmaco, la solitudine, la depressione, la sessualità, la creatività e quant’altro, verrà articolato in *gruppi di ascolto*

condotti da un psicologo e/o uno specialista del settore.

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

Gli incontri, patrocinati dal Dipartimento di Psicologia, dall’Ordine degli Psicologi dell’Emilia Romagna, dall’Ordine dei Medici di Bologna (in attesa di conferma formale) saranno gratuiti e si svolgeranno il venerdì, dalle ore 16.00 alle 18.00, con inizio dalla metà di ottobre per un totale di dieci, presso la sede dell’Ordine dei Medici, via Zaccherini Alvisi n. 3, Bologna.

Verranno favorevolmente accolti suggerimenti su temi che risultino d’interesse collettivo. Gli interessati, per avere ulteriori informazioni, potranno mettersi in contatto con la Dott.ssa Caterina Condello della Segreteria Scientifica dell’Associazione.

e-mail: traarteepsicoanalisi@yahoo.it

Tel. e Fax:

051 224330 (Sede Associazione)

051 390640 (Dott.ssa Sara Spadoni)



**CENTRO MEDICO S. MICHELE
POLIAMBULATORIO PRIVATO
FISIOKINESITERAPIA - RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA**

Dott. Stefano Laterza - Direttore Sanitario

**MEDICINA FISICA
E RIABILITATIVA**

*DOTT. STEFANO LATERZA
DOTT. COSIMO GALASSO
DOTT. VALERIA GAZZOTTI*

ORTOPEDIA

DOTT. MAURO PRANDINI

CARDIOLOGIA

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

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

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

Centro Odontoiatrico Grimaldi

Via Grimaldi 6/e -Bologna (adiacenze Paladozza)

Affitta Locale/i operativi odontoiatrici

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

rif. Dott. Antonio Madera 051 555900 (LMMGV), 3358114518 (SD)

Vendesi prestigioso appartamento sito in Via Don Minzoni, 7 - Bologna - 1° Piano, con ascensore. Prezzo interessante. Contattare Sig. Giacomo Masi - Tel. 051-232467.

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

30 poltroncine ergonomiche, scocca nera, imbottitura blu, nuove, ideali per ufficio, ambulatorio, attesa, vendo anche separatamente € 50 cadauna, fatturabili. Tel. 051 333357.

Torre Borgo Masini affittasi ufficio 70 mq in pianta aperta ideale per studio professionale. Disponibili inoltre 3 posti auto coperti. Tel. 348 0072901.

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.

Studio medico piazza dei Martiri noleggia locali e strutture a medici. Telefonare a 051 255111 o 051 254890 o 347 3011600.

Medico-Chirurgo specialista in odontoiatria offresi come collaboratore presso studio o ambulatorio dentistico per conservativa endodonzia e/o protesi. Per informazioni telefonare al 335 6584156 dalle ore 9,00 alle 20,00.

Ago elettrico per depilazione professionale vendo € 70 - Tel. 051 333357.

Lettino pieghevole per ambulatorio o massaggi, nuovo vendo € 120 Tel. 051 333357

Cedesi ambulatorio di medicina di base in Via Zanardi, 241 (retro) - Bologna con circa 700-800 assistiti.

Affittasi studio medico arredato, climatizzato, impianti a norma, doppi servizi (bagno per handicap) Via Bondi (angolo Via Massarenti) mattine e pomeriggi; servizio reception - Tel. 33809367856.

Affittasi a giornate studio dentistico con una unità operativa sito in Bologna centro. Tel. 051 941872.

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

ELENCO INSERZIONISTI BOLLETTINO LUGLIO 2004

AMBULATORIO CFK	pag. 18
AMBULATORIO SANTA LUCIA	pag. 13
CASA DI CURA "AI COLLI"	pag. 56
CENTRO DERMATOLOGICO	pag. 19
CENTRO ODONTOIATRICO GRIMALDI	pag. 60 e 64
CENTRO SAN MICHELE	pag. 63
C.I.S.D.O.	pag. 11
DAL MONTE DERNA	pag. 26
HESPERIA HOSPITAL MODENA	pag. II ^a di cop.
MEDICA SAN DONATO	pag. 16-17
OSPEDALE PRIVATO VILLA BELLOMBRA	pag. 22
POLIAMBULATORIO OPPICI	pag. 21
SAN PAOLO IMI	pag. III ^a di cop.
VILLA BARUZZIANA	pag. 5

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