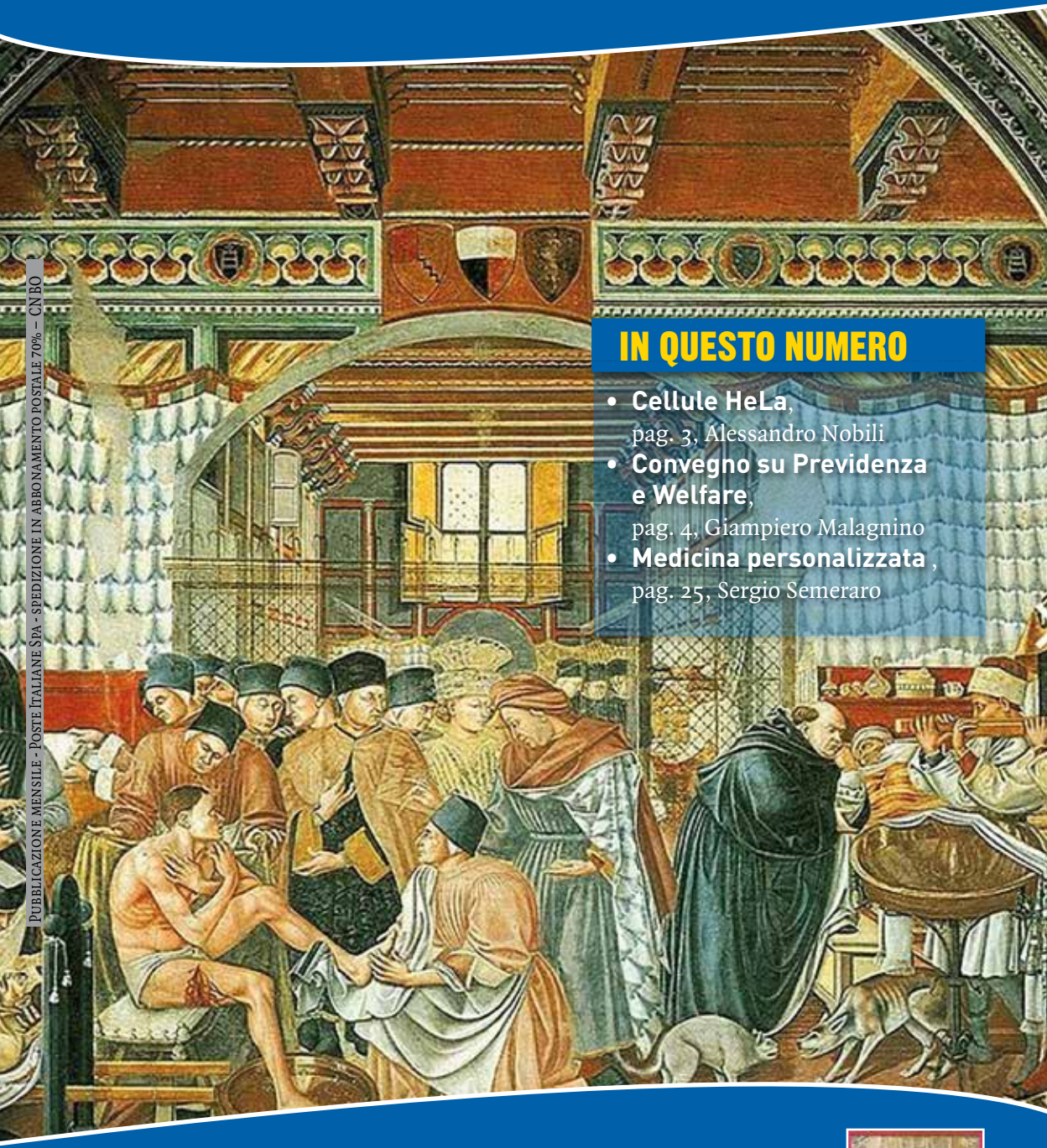
Bollettino Notiziario

anno XLVII - N° 8 agosto 2016



IN QUESTO NUMERO

- **Cellule HeLa**, pag. 3, Alessandro Nobili
- **Convegno su Previdenza e Welfare**, pag. 4, Giampiero Malagnino
- **Medicina personalizzata** , pag. 25, Sergio Semeraro

Pubblicazione mensile - Poste Italiane Spa - spedizione in abbonamento postale 70% – CN BO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna - Tel. 051.399745
ISSN 2281-4744 (*edizione a stampa*) - ISSN 2281-4825 (*edizione digitale*)

SANITÀ

UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Ospedale Privato Accreditato
Villa Bellombra

Attività di ricovero:
Riabilitazione Intensiva neurologica ed ortopedica anche post-operatoria.
Team multiprofessionale.
Progetti riabilitativi individuali.
Percorsi riabilitativi integrati
Laboratorio analisi certificato ed accreditato. Radiologia.

Via Bellombra, 24 · 40136 Bologna.
Tel. 051/58.20.95 · Fax 051/33.81.03
info@villabellombra.it - www.villabellombra.it

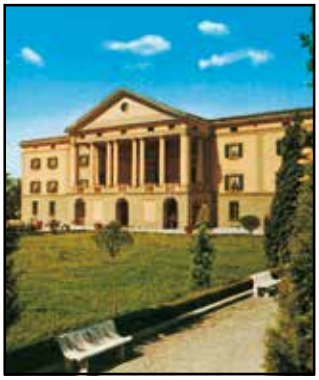
UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Ospedale Privato Accreditato
Santa Viola

Attività di ricovero:
Riabilitazione Estensiva ortopedica e neurologica (stroke), Lungodegenza, Post Acuzie, Sindromi Vegetative, Radiologia, Ecocardiocolordoppler.

Via della Ferriera, 10 · 40133 Bologna
Tel. 051/38.38.24 - Fax 051/41.41.266
info@ospedaleprivatosantaviola.com
www.ospedaleprivatosantaviola.com

SOCIALE



UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Casa Residenza per Anziani
Villa Ranuzzi

Struttura residenziale per anziani non autosufficienti. Medico di notte presente in struttura tutto l'anno. Apparecchiature: ecocardiocolordoppler, apparecchiature di diagnostica per per immagini (RX), emogasanalisi in reparto.

Via Casteldebole, 12 · 40100 Bologna Tel. 051/61.37.611
Fax 051/61.37.619 - info@villaranuzzi.it · www.villaranuzzi.it

UNI EN ISO 9001:2008
REG. N. 8540

Casa Residenza per Anziani
Villa Serena

Struttura residenziale per anziani non autosufficienti, Mini appartamenti Protetti, Medico di notte presente in struttura tutto l'anno. Apparecchiature: ecocardiocolordoppler, apparecchiature di diagnostica per-immagini (RX), emogasanalisi in reparto.

Via Toscana, 219 · 40141 Bologna - Tel. 051/47.70.11
Fax 051/48.12.01 - info@villaserena-bo.it - www.villaserena-bo.it

Bollettino Notiziario

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

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Alessandro Nobili

CAPO REDATTORE
Dott. Andrea Dugato

REDAZIONE
Abbati dott. Pietro
Balbi dott. Massimo
Bondi dott. Corrado
Cernuschi dott. Paolo
Fini dott. Oscar
Lumia dott. Salvatore
Pileri prof. Stefano

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

Pubblicazione mensile
Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale 70% – CN BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna
Contiene I.R.

Il Bollettino di Luglio 2016 è stato consegnato in posta il giorno 08/07/2016

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

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO XLVII - AGOSTO 2016 N° 8

ARTICOLI

Cellule HeLa • **3**

Convegno su Previdenza e Welfare • **4**

Riunione della Commissione "Problematiche medicina Legale"29 giugno 2016 • **13**

A proposito del "problema 118" • **21**

La medicina dovuta è quella personalizzata • **25**

NOTIZIE

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **28**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **28**

CONVEGNI E CONGRESSI • **29**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

L'immagine di copertina di questo mese:

Cura degli ammalati
Domenico di Bartolo (1404-1447)
Pellegrinaio di Santa Maria della Scala, Siena (1440)

Durante il periodo medievale i malati venivano curati nei conventi soprattutto benedettini. Ma già dalla metà del XV secolo si inizia a concepire la creazione di luoghi deputati alla cura di essi. Il Pellegrinaio di Santa Maria della Scala a Siena ne è un esempio. Si tratta di un ambiente monumentale facente parte dell'Ospedale. Contiene uno dei più importanti cicli di affreschi del Quattrocento senese a cui lavorarono Domenico di Bartolo, Pietro d'Achille Crogi, Priamo della Quercia, Lorenzo Vecchietta. Il ciclo affrescato illustra la missione dell'ospedale, spesso con scene uniche in Europa della vita quotidiana al suo interno. Lo spazio era riservato oltre alla cura dei malati, all'ospitalità dei pellegrini di passaggio sulla via Francigena diretti a Roma o di ritorno. L'affresco esplica in una prospettiva d'insieme l'attività svolta nell'interno ospedaliero: il rettore che osserva garante delle norme statuarie vigenti; i frati dell'ospedale, il chirurgo. A sinistra un assistente che sta adagiando un malato sulla barella e due medici che si consultano sulle urine. Nella scena come un ensemble corale vari personaggi hanno un ruolo come il monaco che confessa, e i vari inservienti che si adoperano nel loro lavoro. L'affresco testimonia inoltre un'altra disposizione dello statuto trecentesco, la distribuzione dei pani ai poveri.

Illustrazione e commento a cura di Raffaella Lenzi

Si comunica agli iscritti che sono disponibili le nuove credenziali per l'accesso all'area riservata EBSCO. Per richiederle inviare una mail alla Segreteria dell'Ordine segreteria@odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. ANDREA DUGATO

Segretario
Dott. VITTORIO LODI

Tesoriere
Dott. OSCAR FINI

Consiglieri Medici
Dott.ssa MARGHERITA ARCIERI
Dott. LUIGI BAGNOLI
Dott. MASSIMO BALBI
Dott. FRANCO BENETTI
Prof. DAVIDE FESTI
Dott. GIUSEPPE IAFELICE
Dott. SALVATORE LUMIA
Prof. MAURILIO MARCACCI
Dott. ALESSANDRO NOBILI
Prof. STEFANO PILERI
Dott. ANTONIO SANTORO

Consiglieri Odontoiatri
Dott. LUCA ORTENSI
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente:	Dott. CORRADO BONDI
Segretario:	Dott. SEBASTIANO PANTALEONI
Componenti:	Dott. FRANCESCO CICOGNANI SIMONCINI
	Dott. LUCA ORTENSI
	Dott. GIOVANNI RUBINI

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente:	Dott. ALESSANDRO ZATI
Componenti:	Dott. SANDRO ACCIARRI
	Dott.ssa ANNA ESQUILINI
Supplente:	Dott. ILARIO RIGANELLO

Cellule HeLa

Alessandro Nobili

"Febbre nella notte, ed arrivano i tremori. Ma tu sopravviverai, come nessuno avrebbe immaginato. Le unghie diventano rosse e giaci fredda nel letto. Ma adesso appare chiaro: la morte non è la fine..." *Sono alcune delle parole della canzone dedicata dal gruppo rock* Yeasayer *ad Henrietta Lacks. Henrietta era una giovane donna di colore di Baltimora, madre di quattro figli, che nel 1951 si ammalò di cancro alla cervice uterina e ne morì. Aveva 31 anni. I medici del Baltimora Hospital prelevarono alcune cellule del tumore e le misero in coltura. Con grande sorpresa si accorsero che quelle cellule, invece di morire nel giro di qualche ora come sempre era accaduto, si riproducevano continuamente, per giorni, per mesi, per anni. Si era di fronte al primo ed unico caso di cellule praticamente immortali. Da allora le linee cellulari derivate da quella originaria (c.d. cellule HeLa) sono state utilizzate dai laboratori di mezzo mondo ed hanno permesso di mettere a punto diversi vaccini e molti chemioterapici, a cui si deve la salvezza di milioni di individui. Si pensi che sono calcolate in circa 70.000 le pubblicazioni scientifiche sperimentali che si sono basate sull'utilizzo di cellule HeLa derivate. Qualche anno fa fu pubblicato sulla rivista* "Nature" *un articolo contenente i risultati di uno studio che approdava alla tipizzazione genomica delle cellule HeLa. Due dei figli di Henrietta, ancora in vita, e che erano stati tenuti all'oscuro di tutto, alzarono educatamente la voce, dicendo che non sembrava giusto che tutto ciò fosse fatto in assenza della consapevolezza non solo della povera Henrietta, ma financo dei suoi figli, che di quella tipizzazione genomica erano parte. In un sussulto di moralità l'editore tolse la ricerca da tutti i canali on line, ma ormai i dati erano stati pubblicati. Ad ulteriore tardiva resipiscenza il NHI (National Health Institute) statunitense istituì un comitato, di cui devono fare parte due dei discendenti di Henrietta, che d'ora in poi deciderà sull'utilizzo nelle sperimentazioni aventi come base le cellule HeLa. Certamente all'epoca della morte di Henrietta il consenso informato era solo l'accostamento di due parole prese dal vocabolario, e credo che nessuno si sentirebbe di stigmatizzare i medici che, dopo aver cercato invano di salvare la vita alla paziente, ne tennero alcune cellule per poterle usare a scopo di ricerca. Vero è che, una volta presa coscienza della straordinarietà di quella accidentale scoperta, avrebbero potuto condividerla con i parenti ed i figli della paziente. Ad una lettura etica e cristiana ciò appare imprescindibile. Ma cosa sarebbe accaduto se i parenti o la stessa paziente prima del decesso avessero negato il consenso? Quale valore avrebbe dovuto prevalere? Quello umanistico che pone l'individuo, anche un singolo individuo, al centro dell'universo, e come tale depositario di diritti naturali inviolabili, tra cui quello di poter decidere apoditticamente il destino del proprio corpo, financo di ogni singola cellula. Oppure quello collettivo ed universalistico, per cui il singolo individuo non è altro che un attore, tra i tanti, che concorre a migliorare il destino complessivo di questo pianeta? Dunque prestare orecchio a Fritz Jahr, considerato il padre del concetto di bioetica, per il quale tutti gli esseri viventi hanno diritto al rispetto e devono essere trattati non come mezzi, ma come fine in sé stessi. Oppure convenire con Van Rensselaer Potter che la bioetica dovrebbe conformarsi alla necessità dell'uomo di sopravvivere di fronte all'evolversi dell'ecosistema. Non mi sento di dare la risposta. Quello che posso dire è che questa non mi sembra una storia triste. Mi sembra anzi una storia bellissima, ed il sentimento che mi evoca non è amarezza, ma gioia. Comunque grazie, Henrietta.*

Convegno su Previdenza e Welfare

La Previdenza è un argomento essenziale, generalmente misconosciuto fintanto che si svolge attività lavorativa, ma che costituisce il caposaldo di una parte importante e sempre più lunga della nostra vita. E della cui natura e caratteristiche si prende atto solo nel momento in cui si arriva alla pensione. Ma c'è modo e modo di arrivare alla pensione, ed il modo migliore è di conoscere ciò a cui si va incontro. Per l'appunto prevedere... In questa ottica mi sono impegnato, con il sostegno del Consiglio direttivo di questo Ordine, per consentire il miglior approfondimento possibile in materia ai colleghi iscritti, organizzando uno specifico convegno qui tenutosi alla fine dello scorso mese di maggio. Per gli assenti, e per i presenti che volessero consolidare quanto appreso, riporteremo su questo bollettino la sinossi iconografica dei tre interventi succedutisi, cominciando da quello del Vicepresidente vicario ENPAM Giampiero Malagnino.

Sabato 28 maggio 2016

"La previdenza obbligatoria del Medico e dell'Odontoiatra"

Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Bologna

ENPAM

La privatizzazione in breve

- **Autonomia** di mezzi senza fiscalità generale (Decreto legislativo 509/1994);
- **parametri** di riferimento per la **sostenibilità**: **riserva legale** e **azzeramento patrimonio**
  5 anni di riserva legale in ogni bilancio consuntivo annuale
  15 anni di patrimonio positivo al bilancio tecnico triennale;
- cambio parametri:
  da azzeramento Patrimonio a saldo totale, poi saldo previdenziale
  30 anni di saldo totale (E-U) positivo (Finanziaria 2007)
  50 anni di saldo previdenziale (C-P) positivo (Decreto Salvaltalia).

ENPAM

Anni 90: crisi della previdenza pubblica

- **Sistema a tre pilastri** (..non c'è solo mamma Stato..)
- **Calcolo delle prestazioni** (.. stop a pensione calcolata sull'ultimo stipendio ...)
- **Privatizzazione delle casse dei liberi professionisti** (.. autonomia gestionale dei mezzi -o.a.c.- per garantire la finalità pubblica senza possibilità di ricorso alla fiscalità generale in caso di squilibri..)

ENPAM

La politica cambia le regole

Equilibrio a 15 > 30 > 50 anni > 30?

Enpam **non grava sulle casse dello Stato**, ma é sottoposto a **doppia tassazione** (sulla pensione e sui rendimenti del patrimonio) che **sottrae** alle pensioni **più di cento milioni** di euro all'anno

Spending review: per gli enti pubblici **taglio dei costi intermedi** del **5% nel 2012** e del **10% per gli anni successivi** con versamento dei relativi **proventi all'erario**: **nuova tassa** per meno pensioni!

Adepp ricorrerà alla Corte di Giustizia Europea, Enpam anche per Cassazione (diritti soggettivi, non legittimi interessi)

e 12%, ora 15%.. E poi il 26%

ENPAM

La gestione finanziaria dell'Enpam: ripartizione su periodo pluriennale

Contributi ⇒ Pensioni
⇓
Patrimonio ⇗

ENPAM

Contributivo indiretto a valorizzazione immediata

Oggi per domani

- Assegniamo **subito** ad ogni contributo incassato la valorizzazione corrispondente a fini pensionistici;
- la Fondazione deve reperire sui mercati il finanziamento per onorare il **debito previdenziale**;
- il **Patrimonio - riserva di garanzia - è funzionale** al rispetto di tale impegno.

ENPAM

Bilancio tecnico al 31.12.2009

	FONDO GENERALE QUOTA A			FONDO GENERALE QUOTA B			Fondo Medici di Medicina Generale			Fondo Specialisti Ambulatoriali			Fondo Specialisti Esterni		
ANNO BT	Saldo Prev.	Saldo Corr.	Saldo Patr.	Saldo Prev.	Saldo Corr.	Saldo Patr.	Saldo Prev.	Saldo Corr.	Saldo Patr.	Saldo Prev.	Saldo Corr.	Saldo Patr.	Saldo Prev.	Saldo Corr.	Saldo Patr.
2009	2017	2018	2027	2023	2026	2042	2019	2020	2023	2022	2023	2036	2009	2009	2009

ENPAM

RIFORMA ENPAM

Interventi di riordino ed omogeneizzazione comuni a tutti i Fondi

1) Innalzamento graduale dell'età di vecchiaia, come di seguito indicato:

Fino al 31.12.2012	2013	2014	2015	2016	2017	Dal 2018 in poi
65 anni	65 anni e 6 mesi	66 anni	66 anni e 6 mesi	67 anni	67 anni e 6 mesi	68 anni

2) Con esclusione della "Quota A", pensione anticipata al raggiungimento del requisito anagrafico di seguito indicato, unitamente a 35 anni di contribuzione e 30 anni di laurea:

Fino al 31.12.2012	2013	2014	2015	2016	2017	Dal 2018 in poi
58 anni con applicazione finestre	59 anni e 6 mesi	60 anni	60 anni e 6 mesi	61 anni	61 anni e 6 mesi	62 anni

ovvero con qualunque età anagrafica in presenza di 42 anni di anzianità contributiva con abolizione delle finestre di uscita (in luogo degli attuali 40 più finestre) congiuntamente al raggiungimento dei 30 anni di laurea

ENPAM

Cosa abbiamo fatto

intervento sulla **aliquota di rendimento** dei contributi incassati, riducendo di fatto la valorizzazione assegnata già al momento della sua riscossione di una misura che tenga conto dell'aspettativa di vita post lavorativa del contribuente

intervento sulle **riduzioni** assegnate a chi va in pensione prima dell'anno stabilito di **pensione ordinaria di vecchiaia** in una misura che tenga appunto conto di quanto tempo poi la Fondazione dovrà pagargli la pensione

- nell'ambito del mantenuto range di scelta del pensionamento, spostare in maniera tecnicamente e attuarialmente definita **l'età del pensionamento ordinario** sotto il quale scattano le riduzioni di cui sopra
- solo soddisfatti i punti precedenti, procedere all'eventuale aumento **dell'aliquota contributiva**, per garantire pensioni di importo adeguato

ENPAM

RIFORMA ENPAM

Interventi di riordino ed omogeneizzazione comuni a tutti i Fondi

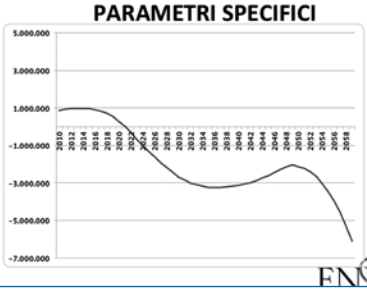
3) incremento graduale dell'aliquota contributiva, secondo una progressione connessa alle specificità dei singoli Fondi, ovvero passaggio al sistema di calcolo contributivo nel rispetto del pro-rata

4) applicazione dall'1.1.2013 dei coefficienti di adeguamento all'aspettativa di vita per anticipo della prestazione rispetto al requisito di vecchiaia vigente nell'anno (esclusa la Quota A)

5) dall'1.1.2013 applicazione di una maggiorazione del 20% dell'aliquota di rendimento pro-tempore vigente, per ogni periodo di permanenza in attività oltre l'età di vecchiaia, in luogo dell'attuale 100% previsto per i Fondi Speciali (esclusa la Quota A)

ENPAM

SALDO CORRENTE DI TUTTI I FONDI ENPAM BILANCIO TECNICO AL 31.12.2009 - PARAMETRI SPECIFICI



ENPAM

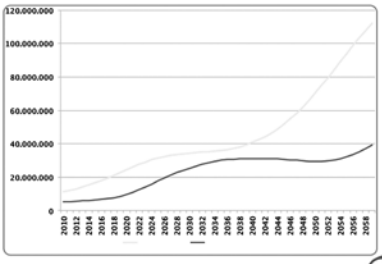
RIFORMA ENPAM

Fondo di Previdenza Generale Quota A

- innalzamento graduale dell'età di vecchiaia da 65 a 68 anni di età dal 2013 al 2018
- incremento del contributo minimo annuo, dall'1.1.2013, pari al 75% dell'indice Istat, maggiorato di un punto e mezzo percentuale (in luogo dell'attuale 100% senza maggiorazione)
- introduzione del metodo contributivo pro-rata a decorrere dall'1.1.2013
- su base volontaria, in presenza di una anzianità contributiva minima di 20 anni, opzione per il conseguimento della pensione a 65 anni con integrale applicazione del metodo contributivo

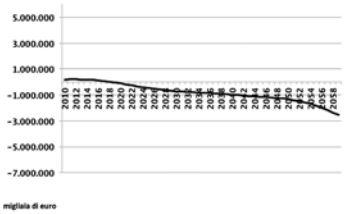
ENPAM

PATRIMONIO E RISERVA LEGALE DI TUTTI I FONDI ENPAM POST-RIFORMA



ENPAM

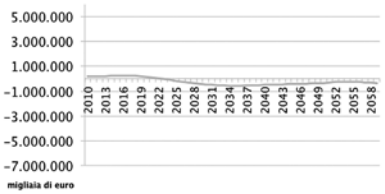
Fondo di Previdenza Generale – Quota A Saldo corrente (Bilancio tecnico al 31.12.2009 – parametri specifici)



Il Saldo corrente diventa negativo dal 2019

ENPAM

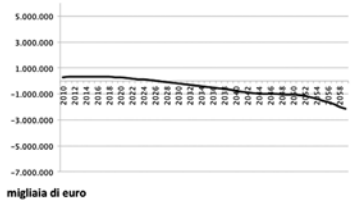
Fondo di Previdenza Generale – Quota A
Saldo corrente
(POST-RIFORMA)



Il Saldo corrente diventa negativo dal 2023

ENPAM

Fondo di Previdenza Generale – Quota B
Saldo corrente
(Bilancio tecnico al 31.12.2009 – parametri specifici)



Il Saldo corrente diventa negativo dal 2027

ENPAM

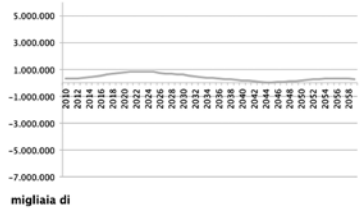
RIFORMA ENPAM

Fondo di Previdenza Generale – gestione di "Quota B"

- innalzamento graduale dell'età di vecchiaia da 65 a 68 anni di età dal 2013 al 2018
- introduzione della pensione anticipata a 59 anni e 6 mesi dall'1.1.2013, con progressione fino a 62 anni dal 2018 in poi, in presenza di una anzianità contributiva di 35 anni (con possibile totalizzazione interna tra Fondi Enpam per periodi non coincidenti) congiunta a 30 anni di laurea
- in alternativa, pensione anticipata al raggiungimento dei 42 anni di anzianità contributiva (con possibile totalizzazione interna tra Fondi Enpam per periodi non coincidenti) in presenza del requisito dei 30 anni di laurea
- dall'1.1.2013 applicazione di coefficienti di adeguamento all'aspettativa di vita per anticipo della prestazione rispetto al requisito vigente nell'anno
- maggiorazione, dall'1.1.2013, dell'aliquota di rendimento per l'attività svolta oltre l'età di vecchiaia nella misura del 20%

ENPAM

Fondo di Previdenza Generale – Quota B
Saldo corrente
(POST-RIFORMA)



Il Saldo corrente è positivo per tutto il periodo di proiezione

ENPAM

RIFORMA ENPAM

Fondo di Previdenza Generale – gestione di "Quota B"

- applicazione, dall'1.1.2013, di una aliquota di rendimento dell'1,25% annuo
- incremento annuo dell'1% dell'aliquota contributiva dal 2015 fino al 19,50% nel 2021
- graduale incremento del tetto reddituale oltre il quale la contribuzione è dovuta nella misura dell'1% (euro 70.000 dall'1.1.2013; euro 85.000 dall'1.1.2014; pari al massimale contributivo ex lege 335/1995 dall'1.1.2015)
- rivalutazione dei compensi al 100% dell'indice Istat per chi ha meno di 50 anni all'1.1.2013; al 75% per gli over 50

ENPAM

RIFORMA ENPAM

Fondo dei Medici di Medicina Generale

- innalzamento graduale dell'età di vecchiaia da 65 a 68 anni di età dal 2013 al 2018
- differimento della pensione anticipata a 59 anni e 6 mesi dall'1.1.2013, con progressione fino a 62 anni dal 2018 in poi, in presenza di una anzianità contributiva di 35 anni congiunta a 30 anni di laurea (con abolizione delle finestre di uscita)
- in alternativa, pensione anticipata al raggiungimento dei 42 anni di anzianità contributiva (con abolizione delle finestre di uscita) in presenza del requisito dei 30 anni di laurea
- applicazione dall'1.1.2013 di coefficienti di adeguamento all'aspettativa di vita per anticipo della prestazione rispetto al requisito di vecchiaia vigente nell'anno
- maggiorazione del 20%, dall'1.1.2013, dell'aliquota di rendimento *pro-tempore* vigente per l'attività svolta oltre l'età di vecchiaia

ENPAM

Aliquote e rendimenti
Fondo di Previdenza Generale – Quota B

Periodo di decorrenza	Aliquota contributiva (A)	Aliquota di rendimento (B)	Rapporto (B)/(A)	Rendimento al pensionamento x 1000 € versati
Vecchio	12,50%	1,75%	14,00%	**€ 140**
Dal 2013 al 2014	12,50%	1,25%	10,00%	**€ 100**
Anno 2015	13,50%	1,25%	9,26%	**€ 93**
Anno 2019	14,50%	1,25%	8,62%	**€ 86**
Anno 2017	15,50%	1,25%	8,06%	**€ 81**
Anno 2018	19,50%	1,25%	7,58%	**€ 76**
Anno 2019	17,50%	1,25%	7,14%	**€ 71**
Anno 2020	18,50%	1,25%	6,76%	**€ 68**
Dal 2021 in poi	19,50%	1,25%	6,41%	**€ 64**

ENPAM

RIFORMA ENPAM

Fondo dei Medici di Medicina Generale

- incremento dell'aliquota contributiva, nel 2015 dello 0,5% e dall'1.1.2016 dell'1% annuo, fino al 26% dal 2024
- rivalutazione dei compensi al 100% dell'indice Istat per chi ha meno di 50 anni all'1.1.2013; al 75% per gli over 50
- riduzione all'1,4% dell'aliquota di rendimento a decorrere dall'1.1.2013

ENPAM

Aliquote e rendimenti
Fondo dei Medici di Medicina Generale

Periodo di decorrenza	Aliquota contributiva (A)	Aliquota di rendimento (B)	Rapporto (B)/(A)	Rendimento al pensionamento x 1000 € versati
vecchio	19,50%	1,50%	9,09%	€ 91
Dal 2013 al 2014	19,50%	1,40%	8,48%	€ 85
Anno 2015	17,00%	1,40%	8,24%	€ 82
Anno 2019	18,00%	1,40%	7,78%	€ 78
Anno 2017	19,00%	1,40%	7,37%	€ 74
Anno 2018	20,00%	1,40%	7,00%	€ 70
Anno 2019	21,00%	1,40%	6,67%	€ 67
Anno 2020	22,00%	1,40%	6,36%	€ 64
Anno 2021	23,00%	1,40%	6,09%	€ 61
Anno 2022	24,00%	1,40%	5,83%	€ 58
Anno 2023	25,00%	1,40%	5,60%	€ 56
Dal 2024 in poi	26,00%	1,40%	5,38%	€ 54

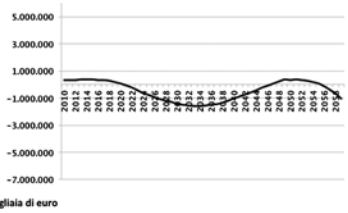
ENPAM

Aliquote e rendimenti
Fondo Specialisti Ambulatoriali

Periodo di decorrenza	Aliquota contributiva (A)	Aliquota di rendimento (B)	Rapporto (B)/(A)	Rendimento al pensionamento x 1000 € versati
vecchia	24,00%	2,25%	9,38%	€ 94
Anno 2015	25,00%	2,25%	9,00%	€ 90
Anno 2019	26,00%	2,25%	8,65%	€ 87
Anno 2017	27,00%	2,25%	8,33%	€ 83
Anno 2018	28,00%	2,25%	8,04%	€ 80
Anno 2019	29,00%	2,25%	7,76%	€ 78
Anno 2020	30,00%	2,25%	7,50%	€ 75
Anno 2021	31,00%	2,25%	7,26%	€ 73
Anno 2022	32,00%	2,25%	7,03%	€ 70
Dal 2023 in poi	32,65%	2,25%	6,89%	€ 69

ENPAM

Fondo dei Medici di Medicina Generale
Saldo corrente
(Bilancio tecnico al 31.12.2009 – parametri specifici)



Il Saldo corrente diventa negativo dal 2021 al 2046 e successivamente dal 2056 in poi

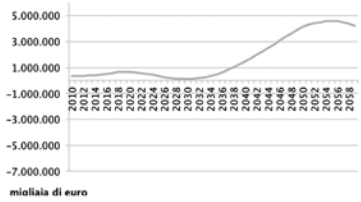
ENPAM

RIFORMA ENPAM
Fondo degli Specialisti Esterni

- **innalzamento graduale dell'età di vecchiaia da 65 a 68 anni di età dal 2013 al 2018**
- **differimento della pensione anticipata a 59 anni e 6 mesi dall'1.1.2013, con progressione fino a 62 anni dal 2018 in poi, in presenza di una anzianità contributiva di 35 anni congiunta a 30 anni di laurea (con abolizione delle finestre di uscita)**
- **in alternativa, pensione anticipata al raggiungimento dei 42 anni di anzianità contributiva (con abolizione delle finestre di uscita) in presenza del requisito dei 30 anni di laurea**
- **introduzione del metodo contributivo pro-rata a decorrere dall'1.1.2013**
- applicazione dall'1.1.2013 di coefficienti di adeguamento all'aspettativa di vita per anticipo della prestazione rispetto al requisito di vecchiaia vigente nell'anno, sulla prima quota di pensione
- maggiorazione del 20%, dall'1.1.2013, dell'aliquota di rendimento per l'attività svolta oltre l'età di vecchiaia, sulla prima quota di pensione
- **per gli iscritti operanti presso Società di capitale accreditate, la prestazione viene integralmente calcolata con il metodo contributivo**

ENPAM

Fondo dei Medici di Medicina Generale
Saldo corrente
(POST-RIFORMA)



Il Saldo corrente è positivo per tutto il periodo di proiezione

ENPAM

Bilancio tecnico al 31.12.2014

ENPAM
PREVIDENZA · ASSISTENZA · SICUREZZA

RIFORMA ENPAM
Fondo degli Specialisti Ambulatoriali

- innalzamento graduale dell'età di vecchiaia da 65 a 68 anni di età dal 2013 al 2018
- differimento della pensione anticipata a 59 anni e 6 mesi dall'1.1.2013, con progressione fino a 62 anni dal 2018 in poi, in presenza di una anzianità contributiva di 35 anni congiunta a 30 anni di laurea (con abolizione delle finestre di uscita)
- in alternativa, pensione anticipata al raggiungimento dei 42 anni di anzianità contributiva (con abolizione delle finestre di uscita) in presenza del requisito dei 30 anni di laurea
- incremento dell'1% annuo dell'aliquota contributiva dal 2015 al 2022, nonché dello 0,65% nel 2023, fino al 32,65%
- nel rispetto del principio del pro-rata, dall'1.1.2013, passaggio al sistema di calcolo già in uso presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale con mantenimento dell'aliquota di rendimento al 2,25% annuo
- applicazione dall'1.1.2013 di coefficienti di adeguamento all'aspettativa di vita per anticipo della prestazione rispetto al requisito di vecchiaia vigente nell'anno
- maggiorazione del 20%, dall'1.1.2013, dell'aliquota di rendimento *pro-tempore* vigente per l'attività svolta oltre l'età di vecchiaia
- introduzione dei riscatti di allineamento contributivo, dei periodi liquidati e dei periodi di sospensione dell'attività convenzionata

ENPAM

Principali parametri

Conferenza dei servizi del 17.7.2015

	2016	2017	2018	2019	2020 2025	2026 2030	2031 2035	2036 2040	2041 2045	2046 2050	2051 2055	2056 2060
Tasso di inflazione	1	1,5	1,5	1,5	2	2	2	2	2	2	2	2
Occupazione complessiva	0,9	0,5	0,5	0,5	1,03	0,87	0,32	0,07	-0,41	-0,12	-0,07	0,01
Produttività	0,4	0,8	0,7	0,6	0,72	0,99	1,33	1,48	1,64	1,53	1,52	1,49
PIL reale	1,4	1,3	1,3	1,2	1,76	1,87	1,65	1,55	1,22	1,41	1,44	1,51

Principali ipotesi di base

Evoluzione della popolazione Quota A: previsioni del MIUR riguardo alla stima dei nuovi professionisti da formazione dal 2015 al 2021; dal 2022, entro l'andamento previsto per l'occupazione complessiva, il numero massimo di iscrizioni pari a 10.000 iscritti.

Evoluzione della popolazione Quota B e Fondi Speciali: andamento previsto per l'occupazione complessiva.

Evoluzione redditi Quota B e compensi Fondi Speciali: andamento previsto per il Pil (incremento medio nel decennio 2005-2014 del 5,3% per QB, del 2,5% per MMG e del 4,4% per MSA).

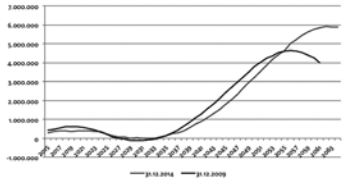
Trattamento anticipato: 50% degli aventi diritto.

Tavole di mortalità, invalidità, eliminazione per cancellazione dagli Albi e cessazione dal S.S.N.: costruite sulla base dell'esperienza relativa alle collettività in esame.

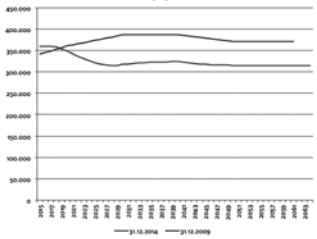
Rendimento del patrimonio: 0,5% reale (definito sulla base dei valori medi del tasso di rendimento del patrimonio della Fondazione per gli anni dal 2010 al 2015).

Fondo dei Medici di Medicina Generale

Saldo corrente
Bilancio tecnico al 31.12.2009 e al 31.12.2014

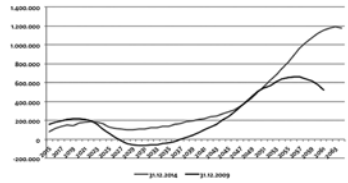


Popolazione Fondo Generale – Quota A



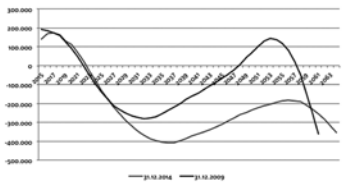
Fondo degli Specialisti Ambulatoriali

Saldo corrente
Bilancio tecnico al 31.12.2009 e al 31.12.2014



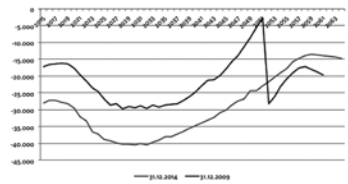
Fondo di Previdenza Generale – Quota A

Saldo corrente
Bilancio tecnico al 31.12.2009 e al 31.12.2014



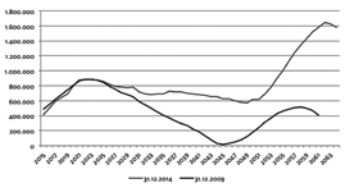
Fondo degli Specialisti Esterni

Saldo corrente
Bilancio tecnico al 31.12.2009 e al 31.12.2014



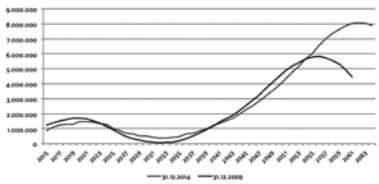
Fondo di Previdenza Generale – Quota B

Saldo corrente
Bilancio tecnico al 31.12.2009 e al 31.12.2014



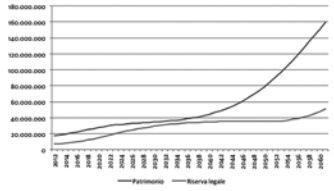
La Fondazione

Saldo corrente
Bilancio tecnico al 31.12.2009 e al 31.12.2014

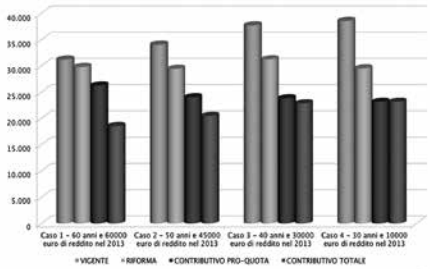


La Fondazione

Patrimonio e Riserva legale
Bilancio tecnico al 31.12.2014



Casi tipo - Riforma Fondo di Previdenza Generale Quota B



Confronto saldi

Bilancio tecnico al 31.12.2009

Fondi	Saldo previdenziale	Saldo corrente	Patrimonio
Quota A	2022-2045 e dal 2059	2022-2047 e dal 2058	2041-2053 e dal 2060
Quota B	2032-2053 e dal 2061	sempre positivo	sempre positivo
Fondo MMG	2026-2035	2027-2033	sempre positivo
Fondo MSA	2025-2039	2027-2037	sempre positivo
Fondo MSE	sempre negativo	sempre negativo	sempre negativo
Fondazione	***2022-2037***	***sempre positivo***	***sempre positivo***

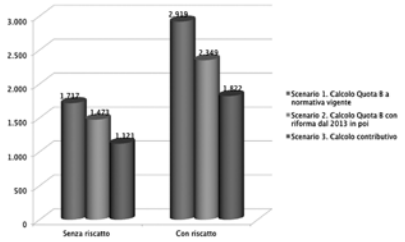
Bilancio tecnico al 31.12.2014

Fondi	Saldo previdenziale	Saldo corrente	Patrimonio
Quota A	dal 2022	dal 2023	dal 2037
Quota B	2046-2052	sempre positivo	sempre positivo
Fondo MMG	2026-2035	2031-2032	sempre positivo
Fondo MSA	sempre positivo	sempre positivo	sempre positivo
Fondo MSE	sempre negativo	sempre negativo	sempre negativo
Fondazione	***2028-2037***	***sempre positivo***	***sempre positivo***

Patrimonio: Le scelte della legislatura 2010/15

- perseguire un **nuovo modello di governance** dell'investimento patrimoniale;
- **non** nominare i **consiglieri esperti** non medici;
- potenziare e qualificare la **governance** rappresentativa del **cda**;
- **non** nominare le **commissioni consiliari** su patrimonio immobiliare e investimenti finanziari per evitare duplicazioni di ruoli;
- **potenziare** in modo mirato la **struttura finanziaria e attuariale della Fondazione**;
- insediare un **Comitato per il controllo interno**;

Ipotesi di pensionamento a 65 anni

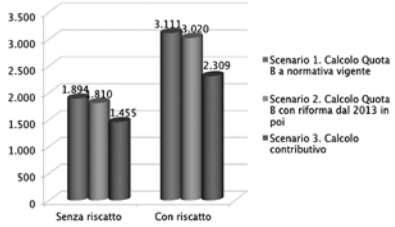


Governance investimenti patrimoniali

Un nuovo modello che **riduce la discrezionalità**, potenziale causa di errore umano:

- **previdenza al centro** in logica Asset liability management ;
- **separando** i decisori dai controllori;
- **proceduralizzando** i comportamenti;
- **diversificando** gli investimenti sulla base delle best practice internazionali.

Ipotesi di pensionamento a 68 anni



- Selezione del risk manager;
- selezione dell'investment advisor;
- manuale delle procedure;
- Comitato interno di controllo;
- Codice etico.

In ogni caso: ZEROVIRGOLA!

Bilancio consuntivo 2013

Patrimonio 14,971mld.

Utile d'esercizio **1,153**mld.

Avanzo previd. **901**mld.

Avanzo non previd. **251**ml.*

Rapporto Patrimonio netto prestazioni 1994 = **35,78**

Rapporto Patrimonio netto prestazioni 2011 = **12,09**

*In realtà il patrimonio ha prodotto ricavi per **712**milioni di euro. Da questa somma sono stati poi detratti oneri patrimoniali e finanziari, costi di gestione (compreso il personale), imposte sui proventi mobiliari e immobiliari, accantonamenti

ENPAM

Patrimonio mobiliare 11,307 MLD (65%)

- **Investimenti diretti**: **3,9mld** (23%) di cui 1,6 impiegati in titoli e fondi "liquidi" e 2,3 in titoli strutturati
- **Investimenti indiretti**: **6,4mld** di cui 4,7 mld gestione esterna con replica passiva indici di mercato e 1,2 ml. di gestioni attive
- Liquidità 878 ml.

(***valori a mercato***)

ENPAM

Patrimonio mobiliare 9,6 MLD (62%)

- **Investimenti diretti**: **3,6mld** (23%) di cui 1,3 impiegati in titoli e fondi "liquidi" e 2,3 in titoli strutturati
- **Investimenti indiretti**: **5,5mld** di cui 3,7 mld gestione esterna con replica passiva indici di mercato e 800 ml. di gestioni patrimoniali
- Liquidità 566 ml.

ENPAM

Patrimonio immobiliare 6 MLD (34,5%)

- **3,0 mld di diretto possesso, 2,9 mld in Fondi immobiliari**
- Si gestisce con ERE la parte in possesso;
- si acquista solo tramite Fondi immobiliari;
- si dismette ciò che non dà più reddito significativo.

(***valori a mercato***)

ENPAM

Patrimonio immobiliare 6 MLD (38%)

- **3,4mld di diretto possesso, 2,6 mld in Fondi immobiliari**
- Si gestisce con ERE la parte in possesso;
- si acquista solo tramite Fondi immobiliari;
- si dismette ciò che non dà più reddito significativo.

ENPAM

Bilancio consuntivo 2015

Patrimonio 17,201 mld.* netto

Utile d'esercizio 1,046 mld.

Avanzo prev. netto 977 ml.

Avanzo non prev. 203 ml.**

Rapporto Patrimonio prestazioni 1994 =41,10

Rapporto Patrimonio prestazioni 2015=12,8

· Valore contabile . A mercato il patrimonio è pari a circa 18,7 mld

** In realtà il patrimonio ha prodotto un risultato economico di 292 milioni di euro. Da questa somma sono stati poi detratti oneri patrimoniali e finanziari, costi di gestione (compreso il personale), imposte sui proventi mobiliari e immobiliari, accantonamenti.

ENPAM

Bilancio consuntivo 2014

Patrimonio 16,154mld. *

Utile d'esercizio **1,182**mld.

Avanzo previd. **904**ml.

Avanzo non previd. **405**ml.**

Rapporto Patrimonio netto prestazioni 1994 = **35,78**

Rapporto Patrimonio netto prestazioni 2014 = **12,60**

* Valore contabile. A mercato il patrimonio è pari a circa 18 mld

** In realtà il patrimonio ha prodotto ricavi per **1,04** miliardi di euro. Da questa somma sono stati poi detratti oneri patrimoniali e finanziari, costi di gestione (compreso il personale), imposte sui proventi mobiliari e immobiliari, accantonamenti

ENPAM

Patrimonio mobiliare 12,3 MLD (69%)

° **Investimenti diretti**: 2,6 mld (14%) di cui 0,7 impiegati in titoli e fondi "liquidi" e 1,9 in titoli strutturati.

° **Investimenti indiretti**: 9,3 mld di cui 5,6 mld gestione esterna con replica passiva indici di mercato e 3,1 mld di gestioni attive.

° **Liquidità 444 ml**

(*valori a mercato*)

ENPAM

Patrimonio immobiliare 5,6 MLD (31%)

- **2,3 mld di diretto possesso, 3,3 mld in Fondi immobiliari**
- Si gestisce con ERE la parte in possesso;
- si acquista solo tramite Fondi immobiliari;
- si dismette ciò che non dà più reddito significativo.

(*valori a mercato*)

ENPAM

Tutele alla genitorialità

Nuovo regolamento per **assicurare** agli iscritti **la massima tutela** tenendo conto delle **peculiarità della professione medica e odontoiatrica**

Novità in arrivo:

- **equiparazione** delle tutele per mamme e papà;
- indennità di **gravidanza a rischio anche** per le **libere professioniste**
- **versamenti volontari** per coprire il buco contributivo **per i mesi di sospensione** dell'attività
- **incremento** dell'**importo minimo** dell'indennità
- **niente** più **distinzioni** tra **adozioni** (e affidamenti preadottivi) nazionali e internazionali
- **voucher baby sitting o nido**

ENPAM

Enpam Real Estate

- **strumento operativo** funzionalmente diretto e coordinato dalla Fondazione Enpam
- **finalizzato all'ottimizzazione** della gestione e del rendimento del patrimonio

Due linee di attività

1. **usufrutto** del portafoglio alberghiero dal 2003
2. **gestione in house** (property e facility management) degli immobili Enpam dal 2011

ENPAM

Riduzione del contributo di Quota A Fondo di previdenza generale

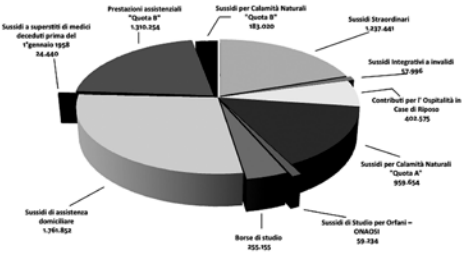
Nell'attuale contesto economico la **diminuzione** del contributo di **Quota A** può concretizzare **un primo intervento di sostegno alla categoria**.

Contestualmente è possibile destinare una quota di tale contributo in una prospettiva di **assistenza strategica**:

- per **tutelare** gli iscritti in caso di **non autosufficienza**
- per **promuovere** politiche attive volte a favorire la **crescita** dell'**occupazione** e dello **sviluppo dell'attività professionale**

ENPAM

Distribuzione della spesa per prestazioni assistenziali



ENPAM

Osservatorio del mercato del lavoro delle professioni sanitarie

L'Enpam, insieme a **Istituzioni** e **mondo universitario**, ha promosso la costituzione di uno **strumento di monitoraggio** al fine di **programmare** un futuro per le professioni sanitarie che tenga conto dell'evoluzione del **mercato del lavoro** e dei suoi riflessi sulla previdenza. Sono stati individuati tre filoni tematici di approfondimento:

- **modelli organizzativi**
- **impatto delle nuove tecnologie**
- **prospettive occupazionali dei giovani**

ENPAM

ENPAM

Grazie per l'attenzione
Giampiero Malagnino

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Provider Nazionale n. 3744

Evento Residenziale

LA RIFORMA DELLA RESPONSABILITÀ MEDICA

Responsabile Scientifico: Dott. Alessandro Nobili

sabato 24 settembre 2016

Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna
Via Zaccherini Alvisi n. 4 - Bologna

Ore 08.45 **Registrazione dei partecipanti**

Ore 09.00 **Introduce e modera**
Dott. Alessandro Nobili
(Consigliere Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna)

Ore 09.15 **Aspetti medico-legali**
Dott. Luigi Mastroroberto
(Medico, Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni)

Ore 10.15 **Aspetti penalistici**
Prof. Avv. Vittorio Manes
(Professore Ordinario di Diritto Penale Università di Bologna)

Ore 11.15 **Aspetti assicurativi**
Marco Oliveri (Broker di assicurazioni)

Ore 12.30 **Tavola Rotonda**

Ore 13.00 **Questionario ECM e qualità percepita**

Destinatari dell'attività formativa: Medico Chirurgo/Odontoiatra
Obiettivo formativo: Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica.
Crediti ECM attribuiti: n. 4
Posti disponibili: 50

Iscrizioni aperte dal 04/09/16 al 22/09/16
Partecipazione gratuita - prenotazione obbligatoria tramite mail all'indirizzo ecm@odmbologna.it
Segreteria organizzativa: ecm@odmbologna.it - 3339506441

Riunione della Commissione "Problematiche medicina Legale" 29 giugno 2016

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna

La Commissione "*Problematiche Medicina Legale*" si è incontrata in data **29 giugno 2016, alle ore 12.00** presso la Sede dell'Ordine, per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Valutazione e suggerimenti sul documento "*Vaccinazioni infantili: stato attuale, criticità, proposte*"
2. Varie ed eventuali

Presente il Coordinatore **Prof. Domenico Vasapollo**
Sono presenti i seguenti membri:
– **Dott. Alessandro Bertaccini**
– **Dott. Corrado Cipolla D'Abruzzo**
– **Dott. Angelo Di Dio**
– **Dr.ssa Vittoria Fuzzi**
– **Dott. Alessandro Nobili**
– **Prof. Benedetto Vergari**

Assenti giustificati
– **Dott. Renato Rondinella**

Nella seduta precedente, pur essendo l'argomento **Valutazione e suggerimenti sul documento** "*Vaccinazioni infantili: stato attuale, criticità, proposte*" previsto al punto 2 dell'ordine del giorno, non vi era stato tempo per discutere, elaborare ed approvare un documento. In ogni caso, in considerazione del fatto che dell'argomento si era interessato fattivamente il Coordinatore Dott. Andrea Minarini (si veda il documento inviato dal Presidente dell'Ordine, a firma del Dr. Antonio Faggioli), si era deciso di invitare il Collega a coordinare l'odierno incontro. **Si vuole, inoltre, ricordare che il Dr. Corrado Cipolla d'Abruzzo aveva trasmesso il seguente testo a commento di tale delicata questione**.

LE VACCINAZIONI
Ho letto quanto scrive il Chiar.mo Prof. Antonio Faggioli, sulle vaccinazioni.
Premetto che conosco benissimo il Professore e che ho sempre stimato la sua intelligenza e la sua capacità professionale e amministrativa da quando egli era l'Ufficiale Sanitario di Bologna. Non ho difficoltà a dire che ho anche lavorato con lui per una Consulenza tecnica medico-legale, in ambito penale, dove dimostrò una volta di più la sua vasta preparazione di igienista, la cultura giuridico-amministrativa e il suo acume.
Ma premesso tutto ciò, io non sono affatto d'accordo con il Professor Faggioli quando dopo la sua precisa disamina dell'argomento, preso atto di quel che accade a livello di pubblica opinione, conclude – ne sono certo: con rassegnazione ed amarezza ! – che si può ormai ipotizzare come nell'immediato futuro le vaccinazioni dovranno essere riconosciute come una mera pratica facoltativa.
Da quando il Dott. Edward Jenner a cavallo tra 1700 e 1800 introdusse la vaccinazione antivaiolosa (senza sapere neppure come agisse l'agente infettante, anzi, senza neppure sapere che il vaiolo dipendeva da un agente virale infettante!) con una brillantissima intuizione clinica. Tanto che la pratica delle vaccinazioni che dalle esperienze del medico inglese prese il nome ha man mano sconfitto nel corso di oltre un secolo, una delle più terribili piaghe del genere umano, ovvero l'incubo ricorrente delle epidemie e delle endemie. Fino ad allora periodiche ondate di malattie infettive decimavano le popolazioni (si ricordi che la peste del 1300 dimezzò quasi la scarsissima popolazione europea del tempo !) e affliggevano le famiglie decapitandole, uccidendo o debilitando per tutta la vita molti dei figli.
Le ultime tremende epidemie di colera hanno fatto delle stragi tra le popolazioni civili fino alla fine del 1800 e l'ultima che si cono-

sce (ufficialmente) risale appena agli anni '70 del 1900, quando anche l'Italia pagò un suo pesante contributo sanitario ad una infezione colerica proveniente dal bacino mediterraneo. Del pari la difterite e il tifo hanno mietuto vittime infantili ad ogni ritorno dell'estate fino agli anni '50, lasciando innumerevoli genitori nella desolazione.
Una delle più orribili ed invalidanti delle malattie infettive, ovvero la poliomielite, che letteralmente ha storpiato infanti a migliaia ogni anno, è stata infine battuta e sconfitta nelle nazioni occidentali negli anni '60 del 1900, dopo precedenti e non soddisfacenti risultati, ad opera di quel grandissimo scienziato e Benefattore dell'Umanità che fu il Prof. Albert Sabin.
I Colleghi della mia generazione, ovvero quelli nati ancora negli anni '50, ricorderanno benissimo quanti amici e compagni di scuola si trascinavano penosamente claudicando su gambe esili, deboli e distorte, dopo la tremenda infezione che di solito si propagava durante la stagione calda. Erano già ben note ottime tecniche di chirurgia ortopedica e questi poveri bambini venivano trascinati da un ospedale all'altro, da un'operazione all'altra, fino alla giovinezza, straziati dal bisturi e da pesanti tutori metallici, nell'intento di farli deambulare alla bell'e meglio, ma autonomamente.
Dunque vogliamo che torni tutto questo ?!?
E vogliamo che tornino a diffondersi le malattie infettive in Italia per colpa di chi non si è più vaccinato?!?
Se non si sapesse che certi atteggiamenti nascono dall'ignoranza delle masse e da qualche pericoloso visionario, bisognerebbe concludere che siano tutti impazziti.
Il Prof. Faggioli ha richiamato nell'introduzione del suo scritto la famosa Legge Pagliani che imponeva le prime vaccinazioni pubbliche.
Basterebbe questo nome illustre per inchinarsi ad una legislazione nobilissima e provare ancor oggi rispetto e gratitudine per il Prof. Luigi Pagliani, Cattedratico eminente, Preside della Regia Università di Torino, uomo eclettico e di immensa cultura, già allievo del famoso fisiologo Jakob Moleschott, ma soprattutto moderno razionalista e precursore di ogni riforma sociale in beneficio delle popolazioni più povere.

Responsabilità civile Professionale del Medico

Con la sua iscrizione all'Ordine dei medici, Lei ha diritto per tre anni alla copertura assicurativa per la Responsabilità civile Professionale del Medico con la speciale Formula Young, di Assicuratrice Milanese.

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

-NESSUNO SCOPERTO PER DANNI A PERSONE.
-TUTELA LEGALE PENALE E CIVILE ILLIMITATA.
-MASSIMALE DI GARANZIA € 2.000.000,00.

PREMIO € 250,00

N.B.: La responsabilità civile Professionale Formula Young è riservata esclusivamente ai medici nei primi tre anni di iscrizione all'ordine Professionale e cessa alla prima scadenza annuale oltre tale limite.

Per informazioni :

GAFEMAR SRL
VIA SABATINI, 3 40133 BOLOGNA 05119980051 info@gafemar.it
Riferimento: Giuseppe Verardi 3384058137
Gafemar srl è un Intermediario Assicurativo iscritto al Registro IVASS (RUI) al n. A000348325

Il Prof. Pagliani, per chi lo avesse dimenticato, fu uno degli scienziati italiani più influenti del periodo post-risorgimentale e venne chiamato dall'allora Capo del Governo Francesco Crispi alla elaborazione della notissima Legge Crispi del 1888 sulla Sanità Pubblica (molti dei suoi principi sono ancora alla base della nostra attuale legislazione) ed alla Direzione generale di Sanità (all'epoca non esisteva ancora il Ministero dedicato), e tra le tante novità, e razionalizzazioni per una moderna normativa sanitaria nazionale, il Prof. Luigi Pagliani introdusse pure l'obbligo delle prime vaccinazioni pubbliche.

Dunque un Padre della Patria, Medico e Scienziato positivista, ebbe ad intuire che occorreva obbligare tutta la popolazione alle vaccinazioni contro le più gravi malattie e chi si permette oggi di mettere in discussione un principio scientifico così nobile, così scontato possiamo dire ?

Per concludere, le vaccinazioni restano obbligatorie e debbono essere praticate energicamente, varando misure punitive durissime verso quei genitori che, da incoscienti, osano sottrarre i loro figli a quanto la Medicina riconosce da più di un secolo.

L'Ordine dei Medici ha un compito duplice in questa situazione aberrante che si è venuta a creare: da una parte deve premere in tutti i modi, affinché i governi regionali intervengano pesantemente contro chi pretende di ignorare quest'obbligo di legge che tale deve rimanere; dall'altra deve tornare a fare quello che tutti i medici e specialmente i Medici condotti, facevano un tempo per noi lontano, ovvero deve ricominciare a promuovere una nuova alfabetizzazione sanitaria per il popolo affinché siano nuovamente diffusi i principi generali della Sanità, dell'Igiene e della Prevenzione.

Sembravano cose risolte ed assodate da più di cent'anni, ma siccome pare che non sia così, bisogna di nuovo intervenire. Come Medici abbiamo il dovere morale di intervenire sui cittadini e l'Ordine, a mio avviso, deve pensare ad organizzare in fretta una efficace campagna per l'informazione pubblica sulla irrinunciabilità delle vaccinazioni.

Corrado Cipolla d'Abruzzo

All'odierna discussione hanno partecipato tutti i membri presenti. L'argomento, complesso e di grande attualità, di tipo non solo tecnico ma pure mediatico, coinvolge competenze anche di tipo medico-legale. Per tale motivo il Prof. Vasapollo ha predisposto un parere (inviato tempestivamente a tutti i membri della Commissione per una loro valutazione) che è stato letto integralmente nella seduta odierna e che di seguito si riporta.

1) È necessario garantire una informazione approfondita, aggiornata, corretta e completa sui Vaccini. È diritto inalienabile dei genitori e dei piccoli pazienti di essere informati dei benefici e dei rischi di ogni misura da intraprendere, sia preventiva che terapeutica. La comunicazione/informazione deve perseguire una adesione consapevole. La famiglia deve conoscere prima di vaccinare i propri figli: le possibili/probabili complicanze e sequele della malattia che s'intende prevenire, i benefici attesi dalla vaccinazione, i rischi legati alla vaccinazione (sia generali che connessi al bambino in esame)[1], le controindicazioni. Per le vaccinazioni, obbligatorie o raccomandate, che si configurino come normali prestazioni medico-sanitarie, consolidate dall'esperienza e ritenute unanimemente valide dalla scienza medica, non è necessario raccogliere il consenso scritto. È invece importante registrare il dissenso dei genitori in caso di rifiuto alla vaccinazione. In caso di rifiuto alla firma il pediatra dovrà annotare tale dissenso (e rifiuto di firmare) sulla cartella clinica del bambino (rifiuto vaccinale informato).

2) La vaccinazione ha un elevato valore etico-sociale in quanto protegge la persona vaccinata e riduce il rischio di contagio.

[1] La vaccinazione rappresenta un atto di natura medica, di esecuzione pratica relativamente semplice da eseguirsi sotto la diretta responsabilità di un medico e assicurando l'immediata disponibilità di alcuni presidi essenziali di pronto intervento quali, ad esempio, cortisonici e adrenalina. Pertanto, i vaccini sono sicuri se somministrati da personale qualificato rispettando norme di buona pratica (uso di vaccini conservati in modo appropriato, utilizzazione di siringhe sterili e monouso, rispetto delle vie e delle sedi di inoculazione prescritte) e tenendo conto di eventuali circostanze che possono controindicare in maniera definitiva o temporanea, la vaccinazione. I vaccini utilizzati in Italia sono farmaci che rispettano le norme di produzione nazionali ed internazionali; inoltre ogni lotto di vaccino registrato e commercializzato in Italia viene sottoposto a controlli di sicurezza ed efficacia da parte dell'Istituto Superiore di Sanità (Ministero della Salute).

3) Pur tenendo conto dell'obiettiva difficoltà di stabilire una chiara delimitazione tra diritti individuali e diritti collettivi, lo Stato ha il diritto e il dovere di promuovere le vaccinazioni considerate essenziali dalla comunità scientifica internazionale[2].
4) L'obiettivo sarebbe quello di ottenere una protezione vaccinale sufficientemente estesa da proteggere sia i singoli soggetti che l'intera popolazione da rischi significativi di contagio.
5) In relazione ai principi dell'etica biomedica si dovranno valutare quattro principi fondamentali: *l'autonomy* (libertà di scelta); *la non-maleficence* (non procurare danni); *la beneficence* (apportare un giovamento); *la justice* (l'equità).
6) È utile ricordare che l'obbligatorietà delle vaccinazioni è stata gradualmente abbandonata in molte Nazioni, dove le vaccinazioni sono consigliate/raccomandate, salvo l'Italia, Francia, Grecia e in alcuni Paesi dell'Europa dell'Est.
7) In Italia esistono due modalità d'intervento: obbligatoria[3] e raccomandata.
8) Secondo alcuni Autori esisterebbero buone ragioni per abolire l'obbligo vaccinale[4]. Per

[2] Alcuni Paesi adottano misure coercitive indirette consistenti nell'obbligatorietà di esibire il certificato di vaccinazione al momento dell'iscrizione all'asilo nido, alla scuola materna o alla scuola elementare. Altri propendono per un atteggiamento più articolato, considerando il rifiuto un illecito non perseguibile penalmente. Altri ancora ritengono che la pratica vaccinale vada imposta esplicitamente, pur ammettendo la possibilità di deroghe giustificate da validi motivi. Alcune nazioni in cui la vaccinazione non è obbligatoria, le richiedono al momento dell'ammissione alla scuola materna e alla scuola dell'obbligo. Tale sbarramento lascia al genitore la responsabilità e il peso dell'istruzione del proprio figlio.

[3] Dal punto di vista giuridico vi è depenalizzazione delle sanzioni che hanno solo carattere amministrativo. Per tale motivo la segnalazione dei casi di inadempienza deve essere fatta all'Autorità sanitaria locale. Sulla base delle attuali normative, radicalmente cambiate nel tempo, la mancata certificazione non comporta il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola dell'obbligo o agli esami; rimane l'obbligo di comunicare la mancata adesione all'ASL, al Sindaco e al Ministero della Sanità. In definitiva si dà priorità all'educazione e cultura nei confronti del versante strettamente sanitario.

[4] Giovanetti F. *Le vaccinazioni raccomandate godono della stessa tutela legale delle vaccinazioni obbligatorie?* ISS, Newsletter n. 66, 7 marzo 2003; *Obbligatorietà dei vaccini*. Lettera a "pediatria on Line, Forum del 16 marzo 2004;

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Ai Colli

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO PSICHIATRICO

Consorzio Ospedaliero Colibrì

Direttore Sanitario e Primario: ***Dott. Paolo Baroncini***

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

Reparti di degenza

- Residenza Trattamento Intensivo
- Residenza Trattamento Intensivo Specialistico (Dipendenze Patologiche)
- Psichiatria generale
- Riabilitazione Psichiatrica

Ambulatori

- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatria
- Etnopsichiatria e Servizio di Consultazione Culturale:
  Coordinatore:
  Dott. Vincenzo Spigonardo

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

Sito internet: ***www.aicolli.com*** E-mail: ***casadicura@aicolli.com***

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

altri, tra i compiti dello Stato e delle Regioni, secondo l'art. 32 della Costituzione, non c'è solo la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo, ma anche l'interesse della collettività e quindi l'adozione di misure normative atte a contenere tali rischi sanitari non solo sono giustificate ma sono anche doverose. Per tale motivo il provvedimento proposto dalla Regione Emilia-Romagna secondo questi autori appare ragionevole e scientificamente sostenibile[5].

9) Una consapevole e convinta adesione vaccinale, secondo alcuni, è la sola, vera, unica risorsa per contenere le posizioni di contrarietà alle vaccinazioni. È indispensabile da parte dei Servizi di Sanità pubblica il monitoraggio continuo del fenomeno, in modo da potere intervenire quando esso assuma caratteristiche tali da far prospettare conseguenze sulla "herd immunity"[6]. È importante che pediatri e Sanità pubblica aumentino la loro attività di informazione e di educazione sanitaria della popolazione, perché la vaccinazione venga considerata come un diritto fondamentale di ogni bambino e non come obbligo imposto dalla legge.

10) L'opposizione alle vaccinazioni (riportata sui giornali e sui siti web[7]) si basa sul fatto che i vaccini provocano diverse malattie ed eventi avversi (poco pubblicizzati e/o taciuti); molti lotti di vaccini sono contaminati; alterano il sistema immunitario; le malattie combattute dai vaccini sono scomparse o in via di estinzione; la politica delle vaccinazioni è dovuta unicamente alla ricerca del guadagno da parte delle aziende farmaceutiche; l'obbligatorietà è una violazione della libertà individuale e dei suoi diritti civili.

11) Il Codice di deontologia medica (2006) non fa esplicito riferimento alle vaccinazioni. Tuttavia si vuole ricordare che al Capo III - Doveri di assistenza - l'Art. 32 (Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili) stabilisce che il medico deve impegnarsi a tutelare il minore..., in particolare quando ritenga che l'ambiente familiare... non sia sufficientemente sollecito alla cura della salute, fatti salvi gli obblighi di segnalazione previsti dalla legge. Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario a un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso siano garantite qualità e dignità di vita... Il medico, in caso di opposizione dei legali rappresentanti alla necessaria cura dei minori deve ricorrere alla competente autorità giudiziaria. Inoltre, l'Art. 37 – (Consenso del legale rappresentante) – stabilisce che allorché si tratti di minore il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, deve essere espresso dal

---

Il rifiuto delle vaccinazioni. Lettera a "pediatria on Line, Forum del 29 settembre 2003; Analisi del rifiuto vaccinale nell'ASL 18 della Regione Piemonte su 23 osservazioni. Not. Ist. Super. Sanità, 16, 6-7,2003. Per l'Autore l'attuale obbligo vaccinale è puramente virtuale. La scelta del rifiuto va rispettata. È incomprensibile la suddivisione in vaccinazioni obbligatorie e raccomandate (esistono vaccinazioni importanti e sicure (obbligatorie) e vaccinazioni non importanti e/o non sicure (raccomandate)? La legge 28 marzo 2001, n. 145 indica che nessun intervento di natura sanitaria può essere messo in atto senza il consenso informato dell'interessato, salvo situazioni di emergenza. L'orientamento prevalente negli Stati dell'Unione Europea è la raccomandazione vaccinale, non l'obbligatorietà. La Regione Veneto (Legge n. 7 del 23 marzo 2007: sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva) ha abolito il residuo simulacro di obbligatorietà passando alla offerta attiva volontaria sia per la maturazione della coscienza vaccinale nella popolazione sia per il raggiungimento di livelli di copertura superiori a quelli della media nazionale. La Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minori di Venezia si è espressa sul fatto che la segnalazione giudiziaria non è un dovere automatico, ma consegue alla valutazione dell'esistenza di un concreto pregiudizio per il bambino interessato. La segnalazione all'autorità amministrativa dell'inadempienza dell'obbligo vaccinale costituisce un dovere formale prescritto dalla legge che non può essere derogato. La Regione Emilia-Romagna si appresta a rendere obbligatorie le vaccinazioni contro la polio, difterite ed epatite B per i bambini che altrimenti non potranno accedere agli asili nido pubblici o privati convenzionati.

[5] Negli USA non esiste l'obbligo vaccinale, ma la maggior parte degli istituti scolastici richiede obbligatoriamente i certificati vaccinali all'atto dell'ammissione.

[6] Un importante epidemiologo ha affermato che l'interesse dell'individuo sarebbe quello di non vaccinarsi e di lasciare che tutti gli altri lo facciano, così creando una "*herd immunity*".

[7] Da un esame di 22 siti dei movimenti antivaccinazioni eseguito in USA è risultato che l'81% di essi riportava molte affermazioni prive di fondamento del tipo: le V. provocano malattie idiopatiche come l'autismo, la morte improvvisa, disturbi immunitari, diabete mellito, malattie neurologiche e allergiche (100% dei siti); danneggiano il sistema immunitario (95% dei siti); gli eventi avversi sono sottostimati (95% dei siti); le strategie vaccinali sono proposte per profitto (91% dei siti); la politica vaccinale rappresenta una violazione delle libertà civili (77% dei siti).

rappresentante legale. Il medico, nel caso in cui sia stato nominato dal giudice tutelare un amministratore di sostegno, deve debitamente informarlo e tenere nel massimo conto le sue istanze. In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria... Infine, al Capo III Tutela della salute collettiva – l'Art. 74 (Trattamento sanitario obbligatorio e denunce obbligatorie) riporta che il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività l'informativa alle autorità sanitarie e ad altre autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dalla legge, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato[8].

VALUTAZIONE E SUGGERIMENTI SUL DOCUMENTO "*VACCINAZIONI INFANTILI: STATO ATTUALE, CRITICITÀ, PROPOSTE*" [9]

Sulla base di quanto discusso dalla Commissione è possibile stilare il seguente documento, riservandoci, tuttavia, di integrarlo con ulteriori precisazioni, se richieste.

1) È necessario garantire una informazione approfondita, aggiornata, corretta e completa sui Vaccini. È diritto inalienabile dei genitori e dei piccoli pazienti di essere informati dei benefici e dei rischi di ogni misura da intraprendere, sia preventiva che terapeutica. La comunicazione/informazione deve perseguire una adesione consapevole. La famiglia deve conoscere prima di vaccinare i propri figli: le possibili/probabili complicanze e sequele della malattia che s'intende prevenire, i benefici attesi dalla vaccinazione, i rischi legati alla vaccinazione (sia generali che connessi al bambino in esame)[10], le controindicazioni. Per le vaccinazioni, obbligatorie o raccomandate, che si configurino come normali prestazioni medico-sanitarie, consolidate dall'esperienza e ritenute unanimemente valide dalla scienza medica, non è necessario raccogliere il consenso scritto. È invece importante registrare il dissenso dei genitori in caso di rifiuto alla vaccinazione. In caso di rifiuto alla firma il pediatra dovrà annotare tale dissenso (e rifiuto di firmare) sulla cartella clinica del bambino (rifiuto vaccinale informato).

2) La vaccinazione ha un elevato valore etico-sociale in quanto protegge la persona vaccinata e riduce il rischio di contagio.

3) Pur tenendo conto dell'obiettiva difficoltà di stabilire una chiara delimitazione tra diritti individuali e diritti collettivi, lo Stato ha il diritto e il dovere di promuovere le vaccinazioni considerate essenziali dalla comunità scientifica internazionale[11].

4) L'obiettivo sarebbe quello di ottenere una protezione vaccinale sufficientemente estesa da proteggere sia i singoli soggetti che l'intera popolazione da rischi significativi di contagio.

5) In relazione ai principi dell'etica biomedica si dovranno valutare quattro principi

[8] Si ricorda che per le vaccinazioni il pediatra deve comunicare l'opposizione alla procedura al Servizio d'igiene pubblica della ASL, il quale è tenuto a comunicare la mancata vaccinazione al Sindaco.

[9] Estratto dal Verbale della Commissione "Problematiche Medicina Legale" del 29 giugno 2016.

[10] La vaccinazione rappresenta un atto di natura medica, di esecuzione pratica relativamente semplice da eseguirsi sotto la diretta responsabilità di un medico e assicurando l'immediata disponibilità di alcuni presidi essenziali di pronto intervento quali, ad esempio, cortisonici e adrenalina. Pertanto, i vaccini sono sicuri se somministrati da personale qualificato rispettando norme di buona pratica (uso di vaccini conservati in modo appropriato, utilizzazione di siringhe sterili e monouso, rispetto delle vie e delle sedi di inoculazione prescritte) e tenendo conto di eventuali circostanze che possono controindicare in maniera definitiva o temporanea, la vaccinazione. I vaccini utilizzati in Italia sono farmaci che rispettano le norme di produzione nazionali ed internazionali; inoltre ogni lotto di vaccino registrato e commercializzato in Italia viene sottoposto a controlli di sicurezza ed efficacia da parte dell'Istituto Superiore di Sanità (Ministero della Salute).

[11] Alcuni Paesi adottano misure coercitive indirette consistenti nell'obbligatorietà di esibire il certificato di vaccinazione al momento dell'iscrizione all'asilo nido, alla scuola materna o alla scuola elementare. Altri propendono per un atteggiamento più articolato, considerando il rifiuto un illecito non perseguibile penalmente. Altri ancora ritengono che la pratica vaccinale vada imposta esplicitamente, pur ammettendo la possibilità di deroghe giustificate da validi motivi. Alcune nazioni in cui la vaccinazione non è obbligatoria, le richiedono al momento dell'ammissione alla scuola materna e alla scuola dell'obbligo. Tale sbarramento lascia al genitore la responsabilità e il peso dell'istruzione del proprio figlio.

fondamentali: *l'autonomy* (libertà di scelta); *la nonmaleficence* (non procurare danni); *la beneficence* (apportare un giovamento); *la justice* (l'equità).

6) È utile ricordare che l'obbligatorietà delle vaccinazioni è stata gradualmente abbandonata in molte Nazioni, dove le vaccinazioni sono consigliate/raccomandate, salvo l'Italia, Francia, Grecia e in alcuni Paesi dell'Europa dell'Est.

7) In Italia esistono due modalità d'intervento: obbligatoria[12] e raccomandata.

8) Secondo alcuni Autori esisterebbero buone ragioni per abolire l'obbligo vaccinale[13]. Per altri, tra i compiti dello Stato e delle Regioni, secondo l'art. 32 della Costituzione, non c'è solo la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo, ma anche l'interesse della collettività e quindi l'adozione di misure normative atte a contenere tali rischi sanitari non solo sono giustificate ma sono anche doverose. Per tale motivo il provvedimento proposto dalla Regione Emilia-Romagna secondo questi autori appare ragionevole e scientificamente sostenibile[14].

9) Una consapevole e convinta adesione vaccinale, secondo alcuni, è la sola, vera, unica risorsa per contenere le posizioni di contrarietà alle vaccinazioni. È indispensabile da parte dei Servizi di Sanità pubblica il monitoraggio continuo del fenomeno, in modo da potere intervenire quando esso assuma caratteristiche tali da far prospettare conseguenze sulla "herd immunity"[15]. È importante che pediatri e Sanità pubblica aumentino la loro attività di informazione e di educazione sanitaria della popolazione, perché la vaccinazione venga considerata come un diritto fondamentale di ogni bambino e non come obbligo imposto dalla legge.

10) L'opposizione alle vaccinazioni (riportata sui giornali e sui siti web[16]) si basa sul fatto che i vaccini provocano diverse malattie ed eventi avversi (poco pubblicizzati e/o taciuti); molti lotti di vaccini sono contaminati; alterano il sistema immunitario; le malattie combattute dai vaccini sono scomparse o in via di estinzione; la politica delle vaccinazioni è dovuta unicamente alla ricerca del guadagno da parte delle aziende farmaceutiche; l'obbligatorietà è una violazione della libertà individuale e dei suoi diritti civili.

---

[12] Dal punto di vista giuridico vi è depenalizzazione delle sanzioni che hanno solo carattere amministrativo. Per tale motivo la segnalazione dei casi di inadempienza deve essere fatta all'Autorità sanitaria locale. Sulla base delle attuali normative, radicalmente cambiate nel tempo, la mancata certificazione non comporta il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola dell'obbligo o agli esami; rimane l'obbligo di comunicare la mancata adesione all'ASL, al Sindaco e al Ministero della Sanità. In definitiva si dà priorità all'educazione e cultura nei confronti del versante strettamente sanitario.

[13] Giovanetti F. *Le vaccinazioni raccomandate godono della stessa tutela legale delle vaccinazioni obbligatorie?* ISS, Newsletter n. 66, 7 marzo 2003; *Obbligatorietà dei vaccini*. Lettera a "pediatria on Line, Forum del 16 marzo 2004; *Il rifiuto delle vaccinazioni*. Lettera a "pediatria on Line, Forum del 29 settembre 2003; Analisi del rifiuto vaccinale nell'ASL 18 della Regione Piemonte su 23 osservazioni. Not. Ist. Super. Sanità, 16, 6-7,2003. Per l'Autore l'attuale obbligo vaccinale è puramente virtuale. La scelta del rifiuto va rispettata. È incomprensibile la suddivisione in vaccinazioni obbligatorie e raccomandate (esistono vaccinazioni importanti e sicure (obbligatorie) e vaccinazioni non importanti e/o non sicure (raccomandate)? La legge 28 marzo 2001, n. 145 indica che nessun intervento di natura sanitaria può essere messo in atto senza il consenso informato dell'interessato, salvo situazioni di emergenza. L'orientamento prevalente negli Stati dell'Unione Europea è la raccomandazione vaccinale, non l'obbligatorietà. La Regione Veneto (Legge n. 7 del 23 marzo 2007:sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva) ha abolito il residuo simulacro di obbligatorietà passando alla offerta attiva volontaria sia per la maturazione della coscienza vaccinale nella popolazione sia per il raggiungimento di livelli di copertura superiori a quelli della media nazionale. La Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minori di Venezia si è espressa sul fatto che la segnalazione giudiziaria non è un dovere automatico, ma consegue alla valutazione dell'esistenza di un concreto pregiudizio per il bambino interessato. La segnalazione all'autorità amministrativa dell'inadempienza dell'obbligo vaccinale costituisce un dovere formale prescritto dalla legge che non può essere derogato. La Regione Emilia-Romagna si appresta a rendere obbligatorie le vaccinazioni contro la polio, difterite ed epatite B per i bambini che altrimenti non potranno accedere agli asili nido pubblici o privati convenzionati.

[14] Negli USA non esiste l'obbligo vaccinale, ma la maggior parte degli istituti scolastici richiede obbligatoriamente i certificati vaccinali all'atto dell'ammissione.

[15] Un importante epidemiologo ha affermato che l'interesse dell'individuo sarebbe quello di non vaccinarsi e di lasciare che tutti gli altri lo facciano, così creando una "*herd immunity*".

[16] Da un esame di 22 siti dei movimenti antivaccinazioni eseguito in USA è risultato che l'81% di essi riportava molte affermazioni prive di fondamento del tipo: le V. provocano malattie idiopatiche come l'autismo, la morte improvvisa, disturbi immunitari, diabete mellito, malattie neurologiche e allergiche (100% dei siti); danneggiano il sistema immunitario (95% dei siti); gli eventi avversi sono sottostimati (95% dei siti); le strategie vaccinali sono proposte per profitto (91% dei siti); la politica vaccinale rappresenta una violazione delle libertà civili (77% dei siti).

11) Il Codice di deontologia medica (2006) non fa esplicito riferimento alle vaccinazioni. Tuttavia si vuole ricordare che al Capo III - Doveri di assistenza - l'Art. 32 (Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili) stabilisce che il medico deve impegnarsi a tutelare il minore...., in particolare quando ritenga che l'ambiente familiare... non sia sufficientemente sollecito alla cura della salute, fatti salvi gli obblighi di segnalazione previsti dalla legge. Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario a un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso siano garantite qualità e dignità di vita.... Il medico, in caso di opposizione dei legali rappresentanti alla necessaria cura dei minori deve ricorrere alla competente autorità giudiziaria. Inoltre, l'Art. 37 – (Consenso del legale rappresentante) - stabilisce che allorché si tratti di minore il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, deve essere espresso dal rappresentante legale. Il medico, nel caso in cui sia stato nominato dal giudice tutelare un amministratore di sostegno, deve debitamente informarlo e tenere nel massimo conto le sue istanze. In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria... Infine, al Capo III Tutela della salute collettiva - l'Art. 74 (Trattamento sanitario obbligatorio e denunce obbligatorie) riporta che il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività l'informativa alle autorità sanitarie e ad altre autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dalla legge, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato[17].

LA COMMISSIONE PROBLEMATICHE MEDICO-LEGALI

[17] Si ricorda che per le vaccinazioni il pediatra deve comunicare l'opposizione alla procedura al Servizio d'igiene pubblica della ASL, il quale è tenuto a comunicare la mancata vaccinazione al Sindaco.

Poliambulatorio Privato
ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell' AMAB
Scuola Italo-Cinese di Agopuntura
Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo
Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna
Tel. 340 9553985, **www.amabonline.it**
segreteriascuola@amabonline.it

Attiva fin dal **1986**. Rappresenta uno dei **primi esempi in Italia di integrazione** fra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale.

Vi opera **personale medico qualificato** che lavora in tutti i campi in cui l'agopuntura ha le sue maggiori indicazioni:
- Cefalee croniche, emicrania
- Dolori dell'apparato muscolo scheletrico
- Patologie gastriche e intestinali
- Patologie dermatologiche
- Patologie ginecologiche

Percorsi terapeutici specifici:
- Trattamento dell'infertilità maschile e femminile e supporto alla procreazione medicalmente assistita
- Trattamento anti-aging
- Trattamento pediatrico

A.M.A.B. Associazione Medici Agopuntori Bolognesi

A proposito del "problema 118"

Di seguito si riporta l'Editoriale del Dott. Roberto Mora, Direttore Responsabile di "Verona Medica" - Trimestrale di Informazione Medica dell'Ordine dei Medici e Odontoiatrici di Verona, apparso nel n. 2 di Giugno 2016. L'Editoriale articola una risposta all'hastag# lanciato da alcuni contro l'Ordine dei Medici di Bologna a proposito delle azioni disciplinari da questo intraprese relativamente a criticità del "118".

Lettera di solidarietà con i medici del 118 di Bologna, Piacenza e Modena

Lettera di solidarietà con i Medici del 118 di Bologna, Piacenza e Modena sospesi dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna diretta a Ministero della Salute, FNOMCeO, Assessorato politiche per la salute Emilia Romagna, Conferenza Stato-Regioni

Abbiamo appreso del provvedimento disciplinare di sospensione dall'attività predisposto dall'Ordine dei Medici di Bologna nei confronti di Colleghi della Rianimazione e 118 dell'Ospedale Maggiore e del Dipartimento di Emergenza della AUSL di Bologna, oltre che delle AUSL di Piacenza e Modena.

Il provvedimento è stato assunto nei confronti di professionisti conosciuti per l'assoluto valore scientifico a livello nazionale e internazionale, i quali, secondo l'Ordine bolognese, redigendo procedure e istruzioni operative che prevedono la possibilità di somministrazione di alcuni specifici farmaci anche da parte di infermieri, avrebbero trasgredito l'art. 3 del Codice di Deontologia Medica.

Questo tipo di procedure rientra nella modalità di soccorso volta a garantire una gestione ottimale sul territorio dei pazienti che sono a rischio imminente della vita, la cui efficacia è da anni documentata dalla letteratura scientifica e che rappresenta lo standard per i servizi di soccorso di molti Paesi, oltre che per l'Emergenza 118 anche di altre regioni d'Italia.

Il divieto di utilizzo da parte degli infermieri di strategie terapeutiche salva-vita codificate da linee guida internazionali, avallate da precise e protocollate prescrizioni mediche, in pazienti in imminente pericolo di vita, rappresenterebbe un passo indietro di decenni per l'Emergenza nazionale, esponendo – questa misura sì, regressiva davvero – a rischi inaccettabili la popolazione. Come professionisti coinvolti quotidianamente e da anni nel trattamento dei pazienti più gravi, negli ospedali e sul territorio, riteniamo sia tempo che questioni come questa, dotate di enorme impatto sia sulla salute che sulla opinione pubblica, vengano affrontate sulla base di dati scientifici consolidati, con il supporto di esperti del settore ed evitando di generare allarmismi nocivi per la popolazione e per il Sistema Sanitario nel suo complesso.

Alla luce di queste riflessioni, ci saremmo aspettati allora dall'Ordine di Bologna, che, al fine di ottenere un chiarimento sulla gestione delle competenze professionali, si fosse adottato nei confronti dei Colleghi un approccio improntato da un lato al rispetto reciproco secondo l'art. 58 del nostro Codice di Deontologia, dall'altro, al confronto scientifico e a un dialogo da condurre nelle sedi opportune, finalizzato prima di tutto ad analizzare le ricadute in termini assistenziali delle procedure in questione, peraltro accettate e certificate dalle AUSL cui i Colleghi appartengono. Questo approccio, aperto e collaborativo, avrebbe anche sottratto l'intera questione alla prevedibile e inevitabile cassa di risonanza mediatica.

Al contrario, per affrontare quello che si è ritenuto fosse un problema, si è preferito far uso di un provvedimento disciplinare quale la sospensione.

Sottolineiamo con forza, che questa misura, proprio per il suo carattere punitivo, è il segno evidente di una incapacità ad affrontare i problemi di una società e di una professione in tumultuoso cambiamento che, al contrario, richiederebbe prima di tutto una disponibilità nuova a partecipare insieme e costruttivamente alle grandi sfide in corso nei confronti della nostra professione, del Sistema Sanitario Nazionale, dell'intera popolazione.

Sono soprattutto le distorsioni indotte da logiche di tutela corporativa che, oggi, a nostro avviso, costituiscono il vero intralcio alla ridefinizione della figura professionale del medico, come l'attuale, drammatica congiuntura storica invece richiederebbe.

Duole constatare che anche la Federazione Nazionale non abbia saputo, in questa occasione, adottare una posizione di mediazione, collaborazione e disponibilità facendo di questo episodio un punto di forza anziché di evidente debolezza.

• Dott. Luca Ansaloni, U.S.C. Chirurgia I, Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo
• Prof. Massimo Antonelli, Direttore della scuola di specialità in Anestesiologia e Rianimazione, Direttore Istituto di Anestesiologia e Rianimazione, Università Cattolica del Sacro Cuore Policlinico A. Gemelli, Roma
• Dott. Guido Bertolini, IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Bergamo
• Dott. Paolo Biban, Direttore U.O.C. Pediatria ad Indirizzo Critico, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
• Dott. Fausto Catena, Direttore Chirurgia d'urgenza, Ospedale Maggiore, Azienda Ospedaliera di Parma
• Dott. Mario Cavalli, Direttore generale Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico S. Orsola di Bologna
• Dott.ssa Erga Cerchiari, Direttore U.O.C. Anestesia e Terapia Intensiva Ospedale Maggiore, Bologna
• Dott. Osvaldo Chiara, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano
• Dott. Arturo Chieregato, Direttore U.O. Neurorianimazione, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano
• Dott. Giovanni Cipolotti, Direttore Dip. Emergenza Urgenza UOC SUEM 118, Ospedale del Cadore, Belluno
• Prof. Giorgio Conti, Direttore U.O.C. di Terapia Intensiva Pediatrica e Trauma Center Pediatrico, Università Cattolica del Sacro Cuore Policlinico A. Gemelli, Roma
• Dott. Elvio De Blasio, Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedaliera Gaetano Rummo, Benevento
• Dott.ssa Alessandra De Palma, Responsabile Area Sicurezza delle Cure AOU di Bologna, Direttore U.O.C. Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna
• Prof. Francesco Della Corte, Director, Dept of Emergency Medicine, Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità, Novara
• Dott. Giuseppe Foti, Professore Associato Anestesia Rianimazione, Università Milano Bicocca, Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione, ASST-Monza
• Prof. Roberto Fumagalli, Professore Ordinario di Anestesia e Rianimazione, Direttore Scuola di Specialità di Anestesia e Rianimazione, Università degli Studi Milano Bicocca, Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione 1 ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano
• Dott. Alberto Giannini, Responsabile Unità Terapia Intensiva Pediatrica Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano
• Dott.ssa Chiara Gibertoni, Dirigente Medico, Direttore generale Azienda Sanitaria di Bologna
• Dott. Giuseppe R. Gristina, Gruppo di Studio per la Bioetica, SIAARTI – Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva, Roma
• Prof. Martin Langer, Professore Ordinario di Anestesia e Rianimazione, Direttore della Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore Università degli Studi di Milano
• Prof. Nicola Latronico, Professore Associato di Anestesia e Rianimazione, Università di Brescia Direttore, UOC Anestesia e Rianimazione 2, ASST Spedali Civili di Brescia
• Dott. Sergio Livigni, Direttore S.C. Anestesia Rianimazione 2, Ospedale San Giovanni Bosco, Torino
• Dott. Paolo Malacarne, Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione P.S. Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Pisa
• Dott. Davide Mazzon, Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione Ospedale di Belluno, Direttore Dipartimento Chirurgia ULSS 1 Regione Veneto
• Dott.ssa Maria Teresa Montella, Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera, Regione Emilia Romagna
• Dott. Giuseppe Nardi, U.O.C. Anestesia e Rianimazione, Ospedale "Infermi", Rimini
• Prof. Stefano Nava, Professore Straordinario Universitario Pneumologia e Terapia Intensiva Respiratoria, Azienda Ospedaliera Sant'Orsola-Malpighi, Bologna
• Dott. Adriano Peris, Direttore Dipartimento Neuro-muscoloscheletrico e degli Organi di Senso, SOD Cure Intensive del Trauma e Supporti Extra Corporei, Ospedale Careggi di Firenze

• Dott. Francesco Procaccio, Medico Chirurgo Anestesista-Rianimatore
• Dott. Giulio Radeschi, Direttore S.C. Anestesia Rianimazione AOU S. Luigi Gonzaga, Orbassano, Torino
• Prof. Vito Marco Ranieri, Direttore della scuola di specialità in Anestesiologia e Rianimazione, Direttore Dipartimento di Anestesiologia e Rianimazione, Sapienza Università di Roma Policlinico Umberto I, Roma
• Dott. Sergio Ribaldi, Responsabile UOS dipartimento di emergenza Policlinico Umberto I, Roma
• Dott. Paolo Rosi, Direttore U.O.C. Centrale Operativa SUEM Ospedale Treviso
• Dott. Gianni Saguatti, Direttore U.O. Senologia, AUSL Bologna
• Dott. Fabrizio Sandri, Direttore U.O.C. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale Direttore Dipartimento Materno-Infantile Azienda USL di Bologna
• Prof. Gennaro Savoia, Direttore Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, AORN A. Cardarelli, Napoli
• Dott. Federico Semeraro, Dirigente Medico Anestesista Rianimatore, U.O.C. Anestesia-Terapia Intensiva, Ospedale Maggiore, Bologna
• Dott. Giovanni Sesana, Direttore Sala Operativa 118 Milano e Monza Brianza, Azienda Regionale Emergenza Urgenza Regione Lombardia
• Prof. Nino Stocchetti, Prof. Ordinario Anestesia e Rianimazione Università di Milano
• Dott. Mario Tavola, Direttore Dipartimento Emergenza Accettazione e S.C. Anestesia e Rianimazione ASL 3 Genovese
• Dott. Gregorio Tugnoli, USD Chirurgia del Trauma, AUSL di Bologna, Ospedale Maggiore
• Dott.ssa Danila Valenti, Direttore UOSD di Oncologia Metropolitana e Cure Palliative AUSL di Bologna, Direttore Rete delle Cure Palliative AUSL di Bologna
• Prof. Carlo Alberto Volta, Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione Universitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna, Ferrara

La risposta alla lettera sta nell'editoriale.

RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

a) denunciare all'Ordine ogni esercizio abusivo della Professione Medica ed ogni fatto che leda il prestigio professionale;

b) informare la Segreteria di ogni eventuale cambiamento di qualifica, di residenza e del conseguimento di specialità o docenze, esibendo il relativo attestato in competente bollo.

Prestanomismo

Si riporta per ulteriori reminescenza, l'Art. 8 della legge n. 1792, che così recita:

1) Gli esercenti le professioni sanitarie che prestano comunque il proprio nome, ovvero la propria attività, allo scopo di permettere o di agevolare l'esercizio abusivo delle professioni medesime sono puniti con l'interdizione della professione per un periodo non inferiore ad un anno;

2) Gli Ordini e i Collegi Professionali, ove costituiti, hanno facoltà di promuovere ispezioni, presso gli studi professionali, al fine di vigilare sul rispetto dei doveri inerenti alle rispettive professioni.

⋆⋆⋆

Editoriale di risposta alla lettera precedente

Negli ultimi mesi ha fatto scalpore la notizia che l'Ordine dei Medici di Bologna ha sanzionato, con la sospensione dall'esercizio professionale, alcuni medici che, in adesione ad un protocollo regionale, avevano sottoscritto istruzioni operative in cui autorizzavano gli infermieri delle ambulanze del 118 a compiere, in autonomia, interventi che però l'Ordine riteneva "atti medici" e come tali non delegabili.

Incuriosito ho cercato informazioni ed ho scoperto che in quella Regione si era deciso che i mezzi di soccorso, anziché di due tipi, come li vogliono le leggi nazionali, erano di tre tipi.

All'ambulanza di base (fornita da personale addestrato al soccorso) e a quella medicalizzata, era stata aggiunta l'ambulanza infermierizzata, una ambulanza cioè dotata, oltre che del personale addetto al soccorso, di un infermiere e quest'ultimo era "abilitato" a compiere, in autonomia, quanto previsto in una serie di protocolli.

Ho cercato allora i protocolli e ne ho trovati una serie di cui per brevità citerò solo il titolo (chi fosse interessato comunque li potrà trovare sulla pagina web dell'Ordine...): anafilassi, arresto cardiaco, coma, crisi convulsiva, ipoglicemia, dispnea, ipotermia, overdose di oppiacei e di benzodiazepine, ipertensione, ustioni, ostru-

zione delle vie aeree, dolore acuto in paziente finale, politrauma... etc.
Scorrendoli ho appurato che autorizzavano l'infermiere a decidere, in totale autonomia,le cure appropriate prevedendo la somministrazione di farmaci e l'applicazione di presidi (come ad esempio la CPAP di Boussignac, la predisposizione di un accesso intraosseo per l'infusione di liquidi o farmaci) senza dovere per questo consultare (magari per radio o per telefono) il medico del 118.
Tra i farmaci a disposizione addirittura uno che può essere utilizzato solo dagli anestesisti, per cui è dovuta intervenire l'AIFA...!
A Piacenza la città è stata divisa in due.
Una metà fornita delle due forme di mezzi di soccorso tradizionali (e legali) ed una seconda in cui il soccorso era fornito oltre che dalla "ambulanza medicalizzata" da un'auto infermieristica che siccome si affiancava a quella medica denominata Tango 51 era stata chiamata Tango 50.
La stampa che alla notizia dell'inserimento della nuova auto l'aveva descritta "un mezzo veloce di soccorso avanzato con a bordo un infermiere e un autista soccorritore che va a sostituire quella che per tanti anni è stata l'ambulanza del 118" si è poi scatenata gridando alla malasanità quando questa, intervenendo, non è stata in grado di salvare il neonato di una partoriente morta a casa improvvisamente.
Nei periodi in cui lavoravo come volontario in Ghana (al Baobab Medical Centre nel villaggio di Buriwà, vicino a Cape Coste) mi aiutava William, un infermiere professionale.
Lo ricordo con affetto, con stima e riconoscenza. Mi ha insegnato un sacco di cose. Tra queste come riconoscere e trattare la malaria.
Il Ghana ha una popolazione di circa 22 milioni di abitanti; in tutto il paese il numero di medici non riesce ad arrivare a 2500 (nella sola provincia di Verona ne abbiamo il doppio).
Va da sé che quando William non ha a disposizione il medico volontario, la malaria, le parassitosi, le ferite e quant'altro gli capita, lo cura da solo. Fa quello che può...!
Come fa quello che può la *midwife* (ostetrica) Elizabeth, che, oltre alle vaccinazioni in cui è aiutata dalle *health assistant* (personale addestrato all'assistenza, ma non infermiere) gestisce e fa partorire nel centro le tante donne gravide che lo affollano. Nella rubrica "lettere" ospitiamo in questo numero, la "lettera di solidarietà con i medici del 118 di Bologna, Piacenza e Modena"; proprio quelli che sono stati condannati dall'Ordine di Bologna per avere infranto l'art. 3 e l'art. 7 (prestanomismo) del nostro codice deontologico. È firmata da 19 colleghi medici. L'ho ricevuta, all'Ordine, in posta elettronica e ho ritenuto opportuno ospitarla sul giornale. Sul BMJ di un mese fa (http:// dx.doi.org/10.1136/bmj.i620) la collega Margareth McCartney, parlando del loro decantato NHS (National Health Sistem) scrive:
«Il nostro è un sistema sanitario sempre più in crisi. L'assistenza sociale sta implodendo, i servizi di emergenza sono sovra-affollati, ed i MMG (Gps) stanno pensando alla Pensione Anticipata per evitare l'incombere di nuove pesanti regole... I giovani medici stanno scioperando o cercando lavori agli antipodi e infine le iscrizioni alla facoltà di medicina sono in calo ... Ma a quanto pare, tutto è OK: la tecnologia ci salverà. Perché preoccuparsi della diminuzione del numero di posti letto negli ospedali e dell'aumento della multimorbilità, quando abbiamo ormai dispositivi di autocontrollo della salute, la telemedicina, e "app" che trasformano uno smartphone in un otoscopio?».
Il nostro SSN è ispirato in buona parte al NHS inglese. E come quello sta vivendo momenti di grande difficoltà, che non è solo economica...!
In Inghilterra il numero di medici è insufficiente rispetto le necessità.
Abbiamo troppi medici, e di questi, troppi sono in attesa di entrare in una specialità. Sforniamo 10.000 medici all'anno e prevediamo di impiegarne solo la metà. Chi ci vieta di impiegarli anche nelle auto e nelle ambulanze del 118? Forse che la loro preparazione è inferiore a quella dell'infermiere? O è solo la paura di doverli pagare di più? Le scelte della politica, quando obbediscono alle logiche dell'economia e sacrificano su quell'altare la qualità e la sicurezza delle cure, vanno denunciate e rifiutate. I colleghi che hanno firmato quella lettera forse tutte queste cose non le hanno considerate. Oppure hanno confuso l'Italia con il Ghana...!

Roberto Mora

La medicina dovuta è quella personalizzata

Sergio Semeraro

Premessa

Ci voleva un premio Nobel ma anche il Direttore del nostro Bollettino Notiziario ha fatto la sua parte.

Alcuni ragionamenti su cosa il malato "attuale" ha diritto di aspettarsi da parte di tutti noi nonché sugli errori che vi si oppongono con particolare riguardo ai pazienti anziani.

LA MEDICINA DELLE 4p:

– Personalizzata;
– Produttiva;
– Preventiva;
– Partecipativa.

Lo ha auspicato il prof. Aaron Ciechanover, premio Nobel per la chimica 2004, in occasione del Festival delle Scienze Mediche, affermando in particolare che "oggi non si devono trattare le patologie a sé stanti ma in relazione al paziente specifico".

Naturalmente "ogni cosa ha il suo prezzo" (1).

Passando al nostro direttore (d'altra parte tra Nobel e Nobili il passo è breve. Scusate la battuta) le sue conclusioni in merito alle spese sanitarie (2) si rivelano del tutto consone con ciò che il malato si deve aspettare dallo Stato. Questi non deve "chiedere ai medici di fare gli interessi delle Aziende, perché per un medico c'è un unico interesse che conta: quello del paziente".

In merito appunto all'argomento delle spese sanitarie risulta, a mio avviso, utile citare un autorevole studio della Harward Business University che indica i 5 errori da evitare in questo campo:

– Tagli al personale di supporto;
– Disinvestire nello spazio e nelle attrezzature;
– Stretta su appalti e prezzi;
– Non riuscire ad effettuare benchmark ed a standardizzare;
– Massimizzare il numero dei pazienti.

Certamente i "reggitori" della nostra Sanità non hanno preso visione, e soprattutto applicato, i preziosi consigli provenienti dalla citata celebre Università.

I tagli alla Sanità sono infatti da anni una realtà in Italia e non possono non favorire il 'privato' (4).

Veniamo a noi. Quali possono essere le modalità per assicurare a chi ne necessita una MEDICINA AD PERSONAM?

A tal fine si rende necessario considerare alcuni FATTORI IDENTIFICATIVI sia di ordine generale che individuale.

Fra i primi vi è naturalmente l'età anagrafica nonché il genere. Ma di quest'ultimo discuteremo in altra specifica occasione (se ci sarà concesso).

Identificazione di ordine anagrafico

Quali sono le varie "età" della nostra vita terrena?

PRIMA ETÀ: neonatale, pediatrica, adolescenziale;

SECONDA ETÀ: età adulta fino ai 60 anni;

TERZA ETÀ: anziani > 75 anni.

Ed i 61-74 anni? Vi è un accordo nel definire questi anni in qualità di "avvicinamento" alla terza età, caratterizzato da significative peculiarità: dalla badante ad impegnative prestazioni sportive! E "non solo" soggiungono alcuni...

La medicina... Aristotelica

Qui lo dico e qui mi spiego. Fino alla metà del secolo scorso era, a mio avviso, valido per l'"arte" medica il principio aristotelico dell'unità di tempo, luogo ed azione, propria delle attività teatrali. In effetti nello stesso tempo (ora della visita), nello stesso luogo (reparto), il protagonistos (il medico) formulava diagnosi e terapia. Qualora vi fossero stati dubbi, interveniva il Deux ex Machina (primario) che naturalmente non scendeva dall'alto ma proveniva dal suo studio risolvendo così i dubbi diagnostici.

La medicina attuale (non Aristotelica)
Da tempo la medicina ha subito una radicale mutazione. La cartella clinica è ora ricca di numerosi accertamenti diagnostici, eseguiti dai vari colleghi in tempi e luoghi diversi. Tale ultima condizione rappresenta una particolare caratteristica dei pazienti anziani che sovente presentano una condizione di comorbilità che si associa, come è noto, al rischio di perdita dell'autosufficienza.

Cosa è auspicabile
Vista la moltiplicazione quasi... evangelica delle discipline mediche e chirurgiche, sarebbe utile favorire il più possibile un "sistema" non di CONTRO-SPECIALIZZAZIONI ma al contrario di INCONTRO-SPECIALIZZAZIONI. Ciò al fine di favorire quella reciproca OSMOSI CULTURALE che non può non conseguire risultati benefici in campo operativo.

Veniamo e noi
La Geriatria e la Pediatria sono sorte contemporaneamente, ed in primis, nel Regno Unito all'inizio del secolo scorso. Data la preponderanza anagrafica della popolazione giovanile di allora, la Pediatria fu la più "precoce" nell'organizzarsi in veste di specifica disciplina, sia dal punto di vista culturale che operativo.
La rivoluzione anagrafica degli ultimi decenni ha fatto peraltro assumere un'importanza sempre maggiore sia alla GERIATRIA (cura dell'anziano), che alla GERONTOLOGIA (studio dell'invecchiamento), che alla GERAGOGIA (educazione all'invecchiamento). Va detto che l'"adeguamento" della geriatria ai progressi della Sanità e alle opportunità di una PERSONALIZZAZIONE DELLA MEDICINA sono di per sé stessi "intrinseci" alle sue finalità operative.
Anche perché si rivolge, come del resto la Pediatria, ad una popolazione ben categorizzata da un punto di vista anagrafico.
Ciò facilita l'IDENTIFICAZIONE del singolo ammalato al fine di assicurargli un "trattamento personalizzato". Significativa, in questo campo, l'organizzazione interna tipica delle Unità operative geriatriche per acuti (ex divisioni) in cui si osserva la presenza dei seguenti ASSETTI ORGANIZZATIVI:
– Reparti di DEGENZA per ammalati acuti;
– Reparti di DEGENZA per postacuti e riabilitazione estensiva;
– Delirium Room per pazienti con problemi cognitivi e comportamentali;
– Stroke Unity per le patologie cerebrovascolari degli ultraottantenni;
– Ambulatori geriatrici (ospedalieri e territoriali);
– Ambulatori artropatie metaboliche;
– Centri esperti per i disturbi cognitivi e della memoria;
– Unità di Valutazione Geriatrica (ospedaliere e territoriali) coinvolgenti i Servizi Sociali.
Ricordo inoltre le PROIEZIONI ESTERNE quali i reparti di ORTOGERIATRIA per gli operandi anziani, nonché i reparti di CHIRURGIA GERIATRICA, che si stanno diffondendo in molti ospedali. Esiste, a tal proposito, la Società Italiana di CHIRURGIA GERIATRICA. Va inoltre rilevato che i Congressi Geriatrici si caratterizzano per una sempre maggiore presenza, da noi richiesta, di relatori e moderatori di altre discipline.

La geriatria batte la medicina tradizionale
I migliori risultati ottenuti dalla geriatria, rispetto alla medicina tradizionale, sono ampiamente comprovati. Tra le varie ricerche citiamo il COCHRANE Database (5). Tale studio ha valutato oltre 10.000 anziani appartenenti a sei Paesi. Risultati significativamente superiori ottenuti dalle GERIATRIC ACUTE UNITY, rispetto alle UNITÀ OPERATIVE OSPEDALIERE NON GERIATRICHE per quel che concerne: GUARIGIONE, CONSERVAZIONE DELL'AUTOSUFFICIENZA E RITORNO AL PROPRIO DOMICILIO alla dimissione. Il tutto con eguale numero di personale ed eguali spese.

Post scriptum
Questo finale riguarda la situazione 'locale'.
La Geriatria nella nostra città è nata agli inizi degli anni Settanta con l'Ospedale Marcello Malpighi. Tale Ospedale, in seguito unito al Sant'Orsola, sorse con il totale contributo finanziario dell'Istituto Giovanni XXIII, con la specifica finalità di istituire a Bologna una ASSISTENZA GERIATRICA OSPEDALIERA fino ad allora del tutto assente.
Negli ultimi anni abbiamo assistito a questo paradossale evento. Mentre la Pediatria ha

conservato ed incrementato la sua esemplare organizzazione, la Geriatria ha subito, al contrario, un notevole ridimensionamento riduttivo, sia in termini di unità operative ospedaliere (da 5 a 3 di cui una delle quali trasferita all'Ospedale Maggiore) che di numero di posti letto. Ciò in evidente contrasto con i dati anagrafici che dimostrano un netto incremento della popolazione anziana e una diminuzione di quella giovanile. A tale proposito riporto i seguenti dati degli Uffici Anagrafici del Comune di Bologna:
over 64: 66.000 nel 1971. 99.500 nel 2011; over 80: 11.000 nel 1971, 35.000 nel 2011, con ulteriori incrementi negli anni successivi.
Da rilevare inoltre che nel nostro Ateneo non esiste un Reparto Geriatrico Universitario. Ciò differenzia la nostra Scuola di Medicina dalle altre Scuole italiane dove, al contrario, la Geriatria Universitaria, con i suoi reparti di degenza, è presente da svariati decenni ed è stata resa illustre da vari 'maestri'. In primis va citato il Prof. Antonini di Firenze, 'padre' della Geriatria italiana.

Note bibliografiche

(1) Aaron Ciechanover: *Prolusione inaugurale del Festival delle Scienze Mediche*. Bologna 2016
(2) Alessandro Nobili: *Il controllo della Spesa Sanitaria*. Bollettino Notiziario Ordine dei Medici e Chirurghi della Provincia di Bologna. N. 5 - maggio 2016.
(3) Bob Kaplan, Robert Haas: *How not to cut Health Costs*. Harvard Business Review 2014.
(4) Ivan Cavicchi: *La privatizzazione silenziosa della Sanità*. Datanews, 2004
(5) Ellis G. et altri: *The Cochrane Database of* systematic reviews, 2011.

Questo articolo è stato elaborato nell'ambito del Centro Studi per i problemi della popolazione anziana della città di Bologna, ospite della Società Medica Chirurgica (Archiginnasio).
Coordinatore Sergio Semeraro; segretario Stefano Naldi. Docenti dei corsi per l'allenamento della memoria Giancarlo Savorani e Valentina Gallassi. Consulente Prof. Carlo Hanau.
Nuovi corsi per l'allenamento della memoria sono programmati a partire dall'ultima settimana del prossimo mese di settembre con l'adesione partecipativa di F.E.D.E.R.S.P.E.V. e A.N.M.M ed il patrocinio dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Bologna

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Psicologia Medica

Bologna - via dell'Osservanza, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Reparti degenza:
- Residenza trattamento intensivo donne
- Residenza trattamento intensivo uomini
- Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo
- Psichiatria generale e riabilitazione

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

Ufficio Prenotazione Ricoveri:
tel. 051 6440324 - fax 051 580315

Ambulatorio Centro Nuove Dipendenze
(gioco d'azzardo patologico, Internet, ecc.)
Tel. 329.0887517
Coordinatrice Dott.ssa Arianna Torroni
Medico Chirurgo Specialista in Psichiatria

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 6 luglio 2016

Cognome-Nome	Telefono
ARCIUOLO GIUSEPPE	340/74.61.536
ATTI CARLO	339/72.01.388
AZZARONE CARLOTTA	338/93.02.918
BALZANI ALESSIO	393/06.03.479
BARILLI GABRIELE	338/44.60.516
BONFIENI AMANZIO	373/83.84.322
BOSCHETTI LAURA	338/22.23.320
BRAVI CARLO ANDREA	338/78.34.089
BUIATTI MARIA	333/99.21.595
CAFORIO VALENSIA	347/65.97.080
CALIARI GABRIELE	340/85.87.196
CHIARINI VALENTINA	349/00.60.601
CORDA CAROLINA	333/49.29.919
COSTANTINO CLAUDIA	335/70.09.963
CUCU SILVIA	380/79.39.244
D'ADAMO ANTONIO	340/91.58.482
DE BERARDINIS GIULIA	339/50.77.298
DE MARIA BEATRICE	338/67.32.338
DI CIOMMO MARIA LUISA	347/23.03.113
DI MARZIO GIULIA	339/30.12.847
FATTIBENE JESSICA	331/12.76.543
FOGUE BWOPDA FABRICE INNOCENT	329/60.15.283
FIRINU ANTONELLA	348/72.21.665
FORLANI GIULIA	333/98.85.260
FORMARO NICOLINA SILVANA	347/78.27.325
GALUPPI FRANCESCO	335/65.98.563
GAMBERI ALESSANDRO	333/57.94.387
GAMBERINI ELISA	333/71.17.218
GARDINI GRETA	340/93.55.691
GENTILINI MATTIA	051/47.76.20
	340/23.17.355
GRANA MARIANNA	329/89.32.333
GRAZIANO DANIELE	333/74.94.082
GUENZI LORENZO	389/80.66.070
LATTUCA THOMAS	328/62.14.756
LOCASO MICHELA	320/07.84.669
LOLLI GIULIA	338/87.69.986
LOTRECCHIANO LUDOVICA	348/56.71.879
MAYA GIRALDO PAOLA	380/43.20.438
MATTEI SIMONE	329/15.91.919
MERLI ELENA	333/38.14.807
NICOLACI TIZIANA	345/63.00.277
NUZZETTI MICHELA	349/28.90.091
PASSARINI GIULIA	339/17.34.151
PATTI DANIELA	349/33.20.021
PEDRINI FRANCESCA ALICE	340/78.48.535
PRIVITERA HRUSTEMOVIC HANA	329/37.98.070
RIZZO RAFFAELLA	380/79.43.223
ROCHIRA ANDREA	328/19.29.335
ROTINI CARLOTTA	329/79.39.753
RRUSHO ODETA	370/31.18.258
SCANDELLA MICHELA	339/24.59.451
SOFLAI SOHEE SOPHIA	333/95.84.688
STARA ALESSANDRA	345/59.00.388
STEFANINI CRISTINA	348/44.49.668
STIPA CARLOTTA	329/58.66.089
TAMBURRANO CHIARA	340/85.38.654
TARTIVITA CHIARA NATALIA	348/91.38.057
TOMASSOLI GIOVANNI	340/29.41.064
TUNDO GIULIA MARIA	393/25.83.205
UBIALI ANDREA	347/37.61.653
VALLI VITORIO	337/59.10.23
VENTURI RAFFAELLA	349/74.60.558
ZAVARONI SUSANNA	370/31.16.647

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
BAGNATO FRANCESCA	Medicina Interna	338/39.99.669
BOTTOLI ELENA	Corso di Formazione in Medicina Generale	339/30.10.766
CARDELLICCHIO RODOLFO	Ortopedia e Traumatologia	051/49.29.16
		335/62.20.145
CONGIU ERMINIA	Corso di Formazione in Medicina Generale	349/53.19.078
DANNOUN AHMAD	Corso di Formazione in Medicina Generale	3711543082
DI VITO LIDIA	Neurologia	328/85.17.534
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
FABBRI SIMONETTA	Medicina Interna	335/54.87.533
FORLANI GIULIA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	333/98.85.260
LACORTE DORIANA	Pediatria	380/38.65.381
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente	
	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/44.32.41
		339/48.19.676
PALUMBO BENEDETTA	Odontoiatra	051/30.38.96
		338/33.64.432
PICCOLI LIDIA	Chirurgia Generale	347/59.17.472
PIGNATARO BARBARA	Odontoiatra	333/48.97.823
PIRAZZOLI GIAN LUCA	Geriatria	329/27.52.327
SCATURRO MELCHIORRE	Neurologia	347/53.37.537
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23
VENTURI RAFFAELLA	Patologia Clinica	349/74.60.558

Le Radici del Benessere: dall'igiene orale all'Area Wellness. Igienisti, dentisti, medici, atleti, sportivi e cultori della materia

Venerdì 16 e sabato 17 Settembre 2016

Bologna, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - via San Vitale n. 59 (Bologna) - Aula Bigari

PROGRAMMA
VENERDÌ 16/09
9:00-9:15 - *Prof. Luigi Checchi,* Introduzione al corso
9:50-13:00 - *Prof. Filippo Ongaro,* Nutrizione e malattie cronico-degenerative
14:00-17:00 - *Prof. Luigi Checchi,* Malattia parodontale, malattie sistemiche e igiene orale domiciliare
SABATO 17/09
9:00-13:00 - *Prof. Filippo Ongaro,* Allenamento fisico e prevenzione
14:00-16:00 - *Dott.ssa Sonja Ongaro,* Stress e tecniche di rilassamento
16:00-17:00 - Tavola rotonda

Per effettuare la registrazione al corso contattare:
Dott.ssa Barbara Tissino
barbara.tissino@unibo.it
(+39) 051 20.88.189
dalle ore 12:00 alle ore 13:00

Corso di Psicoterapia Neo-Ericksoniana ed Ipnosi Clinica - Modello ericksoniano e sue evoluzioni, Applicazioni in clinica, Basi e approfondimenti dell'Ipnosi

28/29 gennaio 2017
11/12 - 25/26 febbraio
11/12 - 25/26 marzo

Sede Associazione QE-Academy Via Ruggi 10 Bologna

Orari: 9/12,30-13,30/16

PROGRAMMA
1° week-end
SABATO E DOMENICA: Il modello di Milton Erickson - Il rapporto in terapia - L'abilità della vaghezza - Evoluzione del concetto d'inconscio - Definizione e basi teoriche dell'Ipnosi - Ipnotizzabilità - Segni obiettivi e soggettivi - Fenomeni metabolici e immunitari - Fenomeni psicologici - Calibrazione ricalco e guida - I diversi tipi d'ipnosi - Dimostrazioni, ed esercitazioni
2° week-end
SABATO E DOMENICA: Schema d'induzione classica - Il modello naturalistico - Utilizzazione - Approfondimento dello stato di trance - La negazione - Dimostrazioni ed esercitazioni - Decondizionamento e ristrutturazione - Ipnosi e modelli derivati - Esercitazioni
3° week-end
SABATO: La metafora e il simbolo. Loro uso in terapia - Dialogo con il sintomo, suo sviluppo, suo senso, suo uso - Applicazioni dell'ipnosi in clinica, discussione di casi
DOMENICA: Esercitazioni - Casi Clinici - Prova finale teorico pratica
4° week-end
SABATO: Accoglienza del paziente in studio - Gestione dell'ansia
DOMENICA: Tecniche rilassamento, l'importanza dell'ascolto e del respiro, dallo yoga alla meditazione
5° week-end
SABATO: Ipnosi regressiva a precedenti età -Ipnosi Agita, l'approccio corporeo - Il corpo nella coppia
DOMENICA: Casi Clinici e Supervisioni - Prova finale teorico-pratica

COSTI: 600 euro se l'iscrizione avverrà entro il 15 ottobre - 680 euro oltre il 15 di ottobre. La quota di partecipazione è comprensiva dell'iscrizione all'associazione per l'anno 2017. La partecipazione è riservata ai soci
Numero massimo di partecipanti 20
L'iscrizione al corso prevede un colloquio preliminare anche telefonico

Informazioni e iscrizioni
dott.ssa Daniela Carissimi
tel. 051/6235150 - cell. 3382076221
daniela.carissimi@qeacademy.it
dott.ssa M.Cristina Ratto
cell. 3356853700 drratto@rattocristina.it
dott.ssa Sarah Cervellati
cell. 3280541124 sarah.cervellati@libero.it

L'evento 2007-161939 Ed. 1 è stato accreditato ECM per n. 20 partecipanti MEDICO CHIRURGO (Tutte le discipline), ODONTOIATRA, PSICOLOGO (PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA)
Il Provider Qiblì srl (ID n. 2007) ha assegnato a questo evento n. 50 crediti formativi validi per l'anno 2017.
Gli attestati con i crediti ECM ottenuti verranno consegnati successivamente, dopo la verifica della documentazione consegnata, e inviati direttamente dal Provider tramite e-mail entro 90 giorni dal termine dell'evento.

CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie a domicilio a Bologna e provincia

È obbligatoria la prescrizione del medico

SEMPLICE E VELOCE SENZA LISTA D'ATTESA
SCEGLI IL GIORNO E IL LUOGO PER IL TUO ESAME. AL RESTO CI PENSIAMO NOI

INFO E PRENOTAZIONI
Prenota on-line sul sito clinicadomicilio.it o chiama lo 051.644.00.55 oppure scrivi a info@clinicadomicilio.it
Tutti i giorni, festivi compresi, dalle 8:00 alle 22:00.

Il servizio è attivabile su tutta la provincia di Bologna.

051.644.00.55 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA
COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

CERTIFICATA

CLINICA, SEMEIOTICA E VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DEL PAZIENTE ORTOPEDICO NELLA VISITA DI CONTROLLO DOMICILIARE

È stato felicemente portato a compimento l'ulteriore impegno dell'Associazione Nazionale Medici Fiscali (ANMEFI) per l'anno in corso in fatto di formazione, rispondendo alla necessità di contribuire alla costante formazione ed aggiornamento dei medici fiscali. Come preannunciato alla S. Sua, il secondo corso «Clinica, semeiotica e valutazione medico-legale del paziente ortopedico nella visita di controllo domiciliare», si è tenuto a Bologna sabato 7 maggio 2016, nei locali da Lei gentilmente messi a disposizione, presso la sede dell'Ordine da Lei presieduto, alla Via Zaccherini Alvisi, 4.
L'evento rientrava nel Programma Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina E.C.M., Provider Mytime Training & Technology srl, e contrassegnato come Evento n. 159011.
Con il Corso si sono voluti sottolineare alcuni aspetti medico-legali della visita medica di controllo da parte del medico fiscale INPS, ed in particolare, come di frequente accade, al paziente con patologie ortopediche del rachide e del ginocchio, evidenziandosi aspetti e problematiche alle quali è maggiormente esposto.
Nel ringraziarLa ancora per aver aperto i lavori, portando i saluti del Suo Ente e salutato i presenti, i partecipanti hanno particolarmente apprezzato la sede.
Il Presidente dell'associazione, nonché coordinatore scientifico dell'evento, Dr. Claudio Palombi, ha volto anche la funzione di moderatore, presentando gli obiettivi formativi e i diversi relatori intervenuti. Come da programma, alle ore 09:30 si è tenuta la registrazione dei partecipanti, tra i quali sei non iscritti all'associazione, ma medici di controllo INPS.
Alle ore 10:00 il Dr. *Francesco Romeo*, specialista in Ortopedia e Traumatologia, Dirigente Medico I livello Ospedale della Valtiberina USL 08 Arezzo, che ha illustrato il tema assegnato: *Patologie muscolo scheletriche del rachide e del ginocchio. Valutazione dell'attività lavorativa da parte del medico di controllo*. La presenza in sala del modello ha consentito ai partecipanti di visualizzare le manovre di interesse della categoria e il corretto approccio da aversi con questo tipo di pazienti visitati dal medico fiscale nel controllo domiciliare. Alle ore 14.15, dopo breve pausa, i lavori sono ripresi con la relazione, supportata da ampia documentazione radiologica e strumentale, del Dr. Massimo Molinari, specialista in Radiologia, medico ospedaliero presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna, che ha illustrato gli *Elementi distintivi nelle patologie acute, croniche o post-traumatiche nelle indagini strumentali radiologiche di routine*.
È seguito l'intervento del Dr. Paolo Faccioli, specialista in Medicina Legale e perito medico legale del Tribunale Civile di Bologna, che ha esposto interessanti considerazioni medico legali e utili indicazioni sul sopralluogo e circostanze della visita medica domiciliare.
La Dr.ssa Giovanna Ferrari, dirigente medico INPS di Bologna, ha fornito indicazioni riguardo la visita medica di controllo, soffermandosi su quelle concernenti le patologie del rachide e del ginocchio e sulla corretta refertazione da redigere dal medico fiscale.
L'ultima relazione del corso è stata tenuta dall'Avv. *Filippo Barbagiovanni Gasparo: Medico di controllo e medico curante. Aspetti giuridici nella discordanza di referti e risoluzione del rapporto di lavoro secondo il Consiglio di Stato*. Gli esperti hanno tutti presentato argomenti di nostra competenza, soffermandosi particolarmente sulle specifiche responsabilità etiche e professionali a cui siamo soggetti, così da evitare comportamenti non corretti, ma anche per valorizzare la specificità del nostro ruolo, che oramai diventa unico sul territorio italiano, anche in considerazione del trasferimento della titolarità esclusiva del controllo dello stato di salute dei lavoratori pubblici e privati. Le numerose domande poste ai relatori e le relative ed esaurienti risposte hanno confermato la validità dell'incontro e la preparazione degli esperti.
La finalità formativa di questo secondo appuntamento, in linea con il Sistema ECM, anche sulla base di quanto ci è stato esternato dai partecipanti, ci è parsa pertinente e consona con quanto ci prefiggiamo come associazione nazionale di categoria, che tra i suoi scopi principali contiene quello di promuovere le attività di aggiornamento «atte a tutelare l'immagine e la dignità del medico di controllo, curarne l'aggiornamento professionale e preservarne gli interessi, nelle sue varie espressioni professionali, nei confronti di qualunque soggetto pubblico o privato, attuando le iniziative più opportune, in conformità con le leggi vigenti, per il conseguimento dei fini statutari, compresa la tutela dei diritti e degli interessi della categoria» (Art. 3 dello Statuto ANMEFI).
Se ci si vuole soffermare sulle specifiche dell'evento, l'acquisizione delle competenze tecnico-professionali con la frequentazione dell'evento ci pare siano state acquisite, contribuendo ad implementare specifiche competenze in ordine agli aspetti più critici correlati alla valutazione dello stato di salute del paziente ortopedico, in particolar modo, con riferimento alla formulazione del quesito, alla conferma o variazione della prognosi formulata dal medico prescrittore. Riguardo l'a*cquisizione delle competenze di processo* si è acquisita una maggiore consapevolezza in ordine alle maggiori criticità che la nostra attività si trova a dover affrontare e risolvere durante la fase dell'accertamento domiciliare.

Dr. Claudio Palombi
Presidente ANMEFI

ANMEFI, Associazione Nazionale Medici di Medicina Fiscale Via del Principe Stanislao Poniatowski, 4 - 04017 San Felice Circeo (LT) a.anmefi@gmail.com**; PEC:** a.anmefi@pec.it **tel.: 328.0018134**

Affittasi in studio medico (situato in zona Mengoli, composto da ingresso, sala d'aspetto, 3 stanze uso ambulatorio) una stanza arredata uso ambulatorio per una-due giornate o mezze giornate. Non ci sono spese di segreteria. Per informazioni telefonare al 339.7716933.

Cerco collega per condivisione studio dentistico Bologna centro - Tel. 331.5850427.

Medico Dentista, Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva, Chirurgia Maxillo-Facciale e Implantologia, esperienza trentennale, cerca preferibilmente in Emilia-Romagna collaborazione per Chirurgia, Implantologia e Protesi. Tel. 331.5850427.

Vendesi villa a schiera di testa. 250mq, Euro 550.000. Tel. 331.5850427.

Per dismissione studio oculistico si vendono apparecchi usati. Tonometro ad identazione e ad applanazione, cassetta lenti e proiettore, campimetro, oftalmoscopio, frontifocometro, autorefrattometro, tavolo gemellare. Euro 7500. Per info tel. 335/7089653.

A Monzuno - 28km Bologna - appartamento pianoterra (90 mq) + portico in villetta bifamiliare sita sommità collina (400m alt.), immersa in bosco appenninico - recintata - Sole 24h (ingresso open space, ampio camino, riscaldamento a termo, due camere da letto, cucina, bagno, garage, sottotetto sfruttabile) prato antistante, legnaie, barbecue. Vendesi. Tel. 051.6145251 - 339.6790996.

Poliambulatorio Bonazzi, sito in Cento (FE), via IV Novembre 11, autorizzato e certificato ISO 9001, con servizio di segreteria, accesso handicap e fermata autobus antistante rende disponibili ambulatori a medici specialisti. Per informazioni Tel. 051/902236.

Vendo ecografo ESAOTE "MYLAB 50 GOLD", dotato di tre (3) sonde (t.vaginale - Convex - lineare), quasi nuovo. Per maggiori informazioni chiamare il 338/5069887.

Affittasi in zona di prestigio (via Dante angolo viale Carducci) stanza arredata in ampio e luminoso studio medico con sala d'attesa e due bagni in comune, a medici specialisti per giornate o mezze giornate. Servizio reception per accoglienza pazienti. Per informazioni e visite Tel. 051.301977.

Poliambulatorio medico multispecialistico autorizzato sito in Bologna (zona Toscana) mette a disposizione di medici specialisti ambulatori per giornate o mezze giornate con eventuale servizio di segreteria. Per informazioni Tel. 051.441262 - e-mail: info@studiofavilli.net

Affittasi aBologna zona Murri prima collina, comodo fermata bus; nuovo monolocale arredato con giardinoetto privato. Per info Tel 328/3317553.

Affittasi ambulatori a Medici, Psicologi, Laureati area medica, Odontoiatri (studio attrezzato ed autorizzato), in studio medico nel centro storico di Bologna, angolo p.zza Galileo, adiacente a garage pubblico con libero accesso sirio autorizzato. Per info tel.: 3355431462.

Affittasi studio odontoiatrico (attrezzato e autorizzato) preferìbilmente ad ortodontisti, con 2/3 poltrone,2 radiologici, sala di sterilizzazione, sala attesa, reception, studio personale, cantina, in quartiere Mazzini zona Pontevecchio. Tel: 3334758740.

Norme editoriali

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

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

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

Congressi/convegni/seminari (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)
Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.
Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nominativi, telefoni, e-mail)

Annunci: testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: RENOGRAFICA SRL
13 via Seragnoli - 40138 Bologna - telefono 051 6026111 - fax 051 6026150

Poliambulatorio Privato

Giardini Margherita

Direttore Sanitario: Dr. Maurilio Missere

– ALLERGOLOGIA	***Dr.ssa Parma Maddalena***
– ANGIOLOGIA MEDICA	***Dr. Caniato Andrea***
– CARDIOLOGIA	***Dr. Drago Gianmarco***
	Dr. Marchetta Fausto
– CHIRURGIA PLASTICA	***Dr. Pistorale Antonio***
– DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	***Dr.ssa Orsini Maria Grazia***
– ECOGRAFIA	***Dr. Affinito Domenico***
	Dr. Missere Maurilio
– GINECOLOGIA/OSTETRICIA	***Prof. Cassani Alberto***
	Dr.ssa Alfieri Stefania
	Dr. Guida Gerardo
	Dr. Marino Silvio Antonio
	Dr.ssa Rosa Stefania
	Dr. Traversa Gabriele
– FISIATRIA	***Dr.ssa Lullini Giada***
– OCULISTICA	***Dr. Morinelli Gaudenzio***
	Dr.ssa Manzari Alessandra
	Dr. Galazzetti Muscinelli Alberto
– OTORINOLARINGOIATRA	***Dr. Borghesi Francesco***
	Dr. Giorgi Giuseppe
	Dr. Montanari Fabio
– UROLOGIA	***Prof. Bercovich Eduard***
	Dr. Comerci Francesco
– PUNTO PRELIEVI	
– MEDICINA DEL LAVORO	***Dr. Missere Maurilio***
	Dr.ssa Venturi Silvia
	Dr.ssa Belisario Adele
	Dr.ssa Concordia Alessandra
	Dr.ssa Mastio Valeria
	Dr.ssa Sifaky Evangelia

You Tube

Instagram

Google+

Seguici su Facebook

CONTATTI

Personale Segreteria: Caterina F. – Alice T.

Sede: Via Santo Stefano 103 – Bologna

Tel/Fax : 051. 48 42 736

segreteria@fondazionectr.it

http://www.poliambulatoriogiardinimargherita.it/

CONVENZIONATI CON LE PRINCIPALI CASSE MUTUE ASSISTENZIALI 1046/GP/cb

TOYOTA

ALWAYS A BETTER WAY

OPERAZIONE IBRIDO PER TUTTI.

Sosteniamo la vostra mobilità professionale a impatto zero per l'ambiente

- ACCESSO ZTL GRATUITO
- PARCHEGGIO GRATIS SULLE STRISCE BLU
- BOLLO GRATIS*

TOYOTA HYBRID

Convenzione stipulata tra T Motor Bologna e il Consiglio Direttivo ODM Bologna in coerenza con l'art. 5 del codice deontologico ‹Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente›

T MOTOR BOLOGNA

Nuova Concessionaria Toyota

San Lazzaro di Savena
via Emilia, 295 - Tel. 051 4992511
www.tmotorbologna-toyota.it

*In Emilia Romagna per l'anno 2016 i proprietari di autoveicoli con alimentazione ibrida benzina-elettrica, inclusiva di alimentazione termica, o con alimentazione benzina-idrogeno, immatricolati per la prima volta sono esentati dal pagamento della tassa automobilistica regionale dovuta per il primo periodo fiscale e per le due annualità successive, ex art. 1, L.R. n. 23 del 29/12/2015 pubblicata nel BURERT n. 339 del 29/12/2015. Accesso gratuito alla ZTL ai sensi del Testo Unico allegato all'Ordinanza PG. n. 8550/2005 e dell'Ordinanza PG. n. 195563/2005. Esenzione dalla sosta tariffata ai sensi della Delibera del Consiglio PG. n. 232951/2005 e dell'Ordinanza PG. n. 43391/2007.
Immagini vetture indicative. Valori massimi Yaris Hybrid: consumo combinato 27,8 km/l, emissioni CO_2 82 g/km. Valori massimi Auris Hybrid: consumo combinato 24,4 km/l, emissioni CO_2 96 g/km. Valori massimi RAV4 Hybrid: consumo combinato 19,6 km/l, emissioni CO_2 118 g/km.